
ARTIGO ORIGINAL

Perfil dos usuários do posto de saúde da família do bairro Humaitá, Tubarão – SC

Renata Faverzani Magnago¹, Davi de Souza Moreira¹, Luissaulo Cunha², Thiago Mamôru Sakae³

Resumo

Introdução: A cobertura do SUS foi ampliada com a associação feita entre o Programa de Agentes Comunitários e a Estratégia de Saúde da Família, visando aumentar a área de abrangência e levar melhores condições de saúde à população.

Objetivo: Este estudo visou analisar e descrever o perfil dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Humaitá do município de Tubarão, Santa Catarina.

Métodos: foi desenvolvido através de uma análise transversal, com uma amostra de 105 pacientes, selecionados por demanda. A coleta dos dados foi feita no período de julho a setembro de 2007, sendo aplicado um questionário semi-estruturado no próprio posto.

Resultados: Houve uma prevalência do gênero feminino (73,3%), com 88,6% da população local adscrita natural de Tubarão e faixa etária entre 40 e 59 anos. A maioria dos entrevistados tem tempo de estudo superior a 11 anos e baixa renda mensal. A maioria não encontrou dificuldades na marcação de consultas, carência de vagas, longo tempo de espera. Os usuários relataram estar satisfeitos quanto à relação médico-paciente e a resolutividade.

Conclusão: O Posto de Saúde da Família Humaitá, segundo nosso estudo, já superou vários obstáculos, apresentando facilidade à marcação de consultas (95,2%), alta resolutividade (96,2%) e satisfação do

público-alvo (62,9% total e 37,1% parcial). Além disso, a população apresenta taxa de escolaridade superior aos estudos comparativos.

Descritores: 1. Acesso aos Serviços de Saúde;
2. Resolução de Problemas;
3. Pacientes Ambulatoriais.

Abstract

Background: The coverage of the Unique System of Health (SUS) was expanded with the union between the community agents and health family programs, aiming to increase the performance area and bring better health conditions to the population.

Objective: This study sought to analyze and describe the profile of users of the Humaitá family care station in Tubarão, Santa Catarina.

Methods: Was developed a cross-section study analysis, performed with a sample of 105 patients, selected by demand. The collection of data was done between July-September 2007 and applied a semi-structured questionnaire on the station.

Results: Prevalence was significantly higher for female gender (73,3%), with 88,6% of registered local population from Tubarão between 40-59 years old. Most of interviewed that answered the questionnaire have more than 11 years of study and low-income monthly. The majority didn't find problems to get an appointment, lacks of consultations or long time of wait. The users reported being satisfied about resolutibility and doctor-

1 Estudante do sexto ano do curso de graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

2 Professor do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal de Santa Catarina.

3 Professor do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina.

patient relationship.

Conclusions: The Humaitá Health Station, according our study, has already overcome several obstacles, presenting easy to get an appointment (95,2%), high resolubility (96,2%) and satisfaction of the local public (62,9% overall; 37,1% partial). Besides, the education rates of the local population are better than comparatives studies.

Keywords: 1. *Health Services Accessibility;*
2. *Problem Solving;*
3. *Outpatients.*

Introdução

No ano de 1978, em Alma-Ata, idealizou-se a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, não satisfazendo os seus próprios objetivos⁽¹⁻⁵⁾.

Em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado tendo como prioridade levar a sociedade o acesso aos cuidados básicos de saúde⁽⁶⁾, ou seja, foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento para todo o cidadão, sem qualquer cobrança pelo serviço⁽⁷⁾. Por meio do SUS todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas, sejam elas públicas ou privadas⁽⁷⁾.

Ficou instituído, segundo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que “Em sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida”^(8,9).

No Brasil, ficou estabelecido os princípios do SUS de universalidade; equidade; integralidade; hierarquização e regionalização; descentralização⁽⁹⁾ e controle social e, juntamente a isso, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada, ou seja, fácil acessibilidade aos serviços^(3-5,8,10-13). No Canadá, cujos princípios são equivalentes, este sistema é efetivo, pois este dispõe de financiamentos adequados⁽¹¹⁾.

O Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, ingressaram como tentativa de extensão da cobertura do SUS⁽⁶⁾, sendo que o primeiro, com a ação dos agentes

comunitários, é o intermediário entre a comunidade e sistema de saúde⁽¹⁴⁾, fazendo a busca ativa de pacientes de risco, realizando orientações sobre prevenção das doenças e promoção da saúde, sendo o PSF – Estratégia Saúde da Família (ESF) – muitas vezes o acesso do cidadão à saúde^(4,15).

Ao implantar o PSF, objetivou-se reafirmar os princípios do SUS, tentando uma reformulação por meio de inovações do modelo assistencial^(3,6), reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais em nível nacional⁽¹⁶⁾. Seu desempenho é melhor do que o sistema tradicional e mais adequado para funcionar em sistema de saúde municipal⁽¹⁾.

Segundo a portaria número 1886, ficou estabelecida que a composição da equipe de saúde da família deverá constar de pelo menos médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários da saúde (cada agente trabalhando com 150 famílias ou com 750 pessoas)^(5,12,13,15).

Analisando alguns contextos, Heidemann relata que há dezessete anos (1990), toda a população do Canadá (27.500.000) gozava de uma boa saúde: 26% disseram possuir uma saúde excelente, 36% muito boa e 26% boa⁽¹¹⁾. Em um estudo feito com 30 usuários do PSF de Caucaia (Ceará) no período de 11 a 18 de novembro de 2002, têm-se os valores de 20% para saúde excelente, 63,4% para boa e 16,6% regular⁽¹⁷⁾. Sawyer e colaboradores relataram que de um modo geral a população brasileira refere possuir um estado de saúde bom, quando se utilizam as opções: boa, regular e ruim⁽¹⁸⁾ (este estudo analisou os dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 em escala nacional, de modo que a amostra totalizou 187.364 pessoas).

O estudo de Pinheiro e colaboradores verificou uma prevalência de 62,3% do gênero feminino como usuários dos serviços primários de saúde nos últimos 12 meses^(18,19) (Pinheiro e Sawyer utilizaram os dados PNAD, de 1998, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constituído por 110 mil domicílios). Szwarcwald e colaboradores, declararam (em seu estudo em 4 municípios do RJ com população superior a 100 mil habitantes nos meses de julho e agosto de 2005) que, no último ano, houve menor utilização dos serviços ambulatoriais justamente nos locais com baixas condições socioeconômicas⁽²⁰⁾.

O grau de escolaridade é considerado um dado importante a ser pesquisado, como fica evidente quando Roncalli e colaboradores, em um estudo feito na região

Nordeste com 24.695 pessoas, em que afirmaram que mães com baixo grau de escolaridade, as crianças menores de 1 ano possuem calendário vacinal incompleto, assim como maiores taxas de internação por infecção respiratória aguda⁽²¹⁾.

Ribeiro e colaboradores analisaram os dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003, com 384.834 pessoas em todo território nacional e referem que predomina entre os usuários do SUS as mulheres^(18,19), pessoas de precária escolaridade⁽²⁾ e renda associando-se um estado de saúde regular a ruim⁽²²⁾. Quanto a escolarização, o atendimento pelo SUS é inversamente proporcional à escolaridade e que 34,5% da população dispunham de plano de saúde⁽²²⁾.

No Brasil, aproximadamente 25% da população possui algum tipo de plano de saúde particular, restando 75% que permanece com apenas o SUS à assistência a saúde ou tem que pagar consulta particular⁽⁹⁾.

Há uma insatisfação quanto ao tempo de espera⁽⁹⁾, acesso à marcação de consultas, falta de equipes suficientes para suprir a demanda da população, número reduzido de fichas, horário de atendimento que não cobre feriados e finais de semana^(17,19,20,22-24). Gouveia e colaboradores, referem ainda que não está havendo bom relacionamento médico-paciente⁽¹⁷⁾, faltam medicamentos e local adequado para a coleta de materiais para exames⁽²⁴⁾, baixa resolubilidade do problema que levou o usuário a procurar assistência de saúde, vários diagnósticos não são feitos e baixa expectativa da população^(9,17).

Quando se refere à satisfação, segundo Trad⁽²⁴⁾, destacam-se os agentes de saúde e os médicos, as visitas domiciliares e a preocupação com a busca de soluções aos problemas⁽²⁴⁾. Além disso, considerou-se, neste estudo, que o posto é de fácil acesso quanto à localização⁽²⁴⁾ o que não ocorreu no estudo de Ibañez², Pinheiro⁽¹⁹⁾ e Samico⁽²³⁾.

Pinheiro e colaboradores descreveram como sendo as mulheres as que mais cuidam de sua saúde em relação à prevenção e rotina e os homens buscando basicamente o tratamento curativo⁽¹⁹⁾.

A ESF complementa o SUS nas questões relacionadas, principalmente, cobertura e melhoria da qualidade de vida da população e como modelo assistencial, exige avaliação constante e um correto monitoramento para que haja uma adequada implementação do sistema⁽¹⁷⁾.

Na revisão bibliográfica feita, não foram encontrados

trabalhos publicados relevantes sobre o assunto nessa região, portanto, os resultados determinados nesta entrevista com os usuários serão essenciais para o processo de avaliação do sistema, uma vez que, é por meio deles que somos capazes de apontar os desafios e áreas de atuação para a melhora do sistema vigente.

Métodos

Este estudo é do tipo transversal, quantitativo e descritivo. O local de fonte de dados foi o município de Tubarão, sede da região do Amurel, possui 64 Km² de zona urbana de uma área total de 300 Km².

O sistema de saúde de Tubarão oferece serviços de saúde especializados atraindo grande contingente populacional das áreas vizinhas. A ESF abrange 67% da população local⁽²⁵⁾.

O Bairro Humaitá, localizado na região central do Município à margem esquerda do rio Tubarão, tem cerca de 3 mil habitantes, onde a maioria (60%) pertence à classe economicamente desprovida⁽²⁵⁾.

A unidade de saúde foi inaugurada em 1992, tornando – se posteriormente Unidade de Saúde de Referência Humaitá. Em 2004 houve a implantação do PSF que desde então utiliza, conjuntamente à unidade de referência, estrutura física, recursos materiais e humanos.

A unidade básica de saúde bairro Humaitá funciona de segunda à sexta-feira das 7 às 16 horas e sua equipe é formada por um médico, um dentista, um auxiliar de dentista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar administrativo e 10 agentes comunitários.

Até o momento da coleta dos dados havia 961 famílias cadastradas na unidade de saúde do Bairro Humaitá de Tubarão.

Para este estudo, a população alvo esteve constituída por todos os pacientes cadastrados no centro de saúde, sendo selecionada uma amostra por demanda com uma população de 105 pacientes.

Delimitaram-se como critérios de inclusão todos os pacientes que concordaram em participar do estudo, maiores de 18 anos e cadastrados no centro Humaitá. Assim, os critérios de exclusão abrangeram os pacientes que não aceitaram participar do estudo, pessoas não cadastradas e menores de 18 anos.

A coleta dos dados foi realizada, no período de julho a setembro de 2007, através da aplicação de um questionário fechado à população em entrevistas individuais, no próprio centro de saúde. O estudo foi

organizado para analisar o perfil dos usuários através das variáveis: idade (em anos completos), escolaridade (em anos formais de estudo), renda familiar (número de salários mínimos), gênero (masculino / feminino), procedência (cidade), motivo da procura (requisição de exame; pedido de receita; estar doente; serviços odontológicos; prevenção; curativos), acesso a serviços de saúde além do SUS (particular; convênio; não), problema que o trouxe à unidade foi resolvido (sim; não), principal dificuldade encontrada (acesso à marcação de consultas; falta de equipes suficientes para suprir a demanda da população; número reduzido de fichas; horário de atendimento que não cobre feriados e finais de semana; relacionamento insatisfatório médico-paciente; ausência de posto de coleta de material para exames laboratoriais; longo tempo de espera; falta de medicamentos; deslocamento até o posto); como considera sua saúde (boa; regular e péssima), utilização dos serviços (com frequência; raramente e primeira vez), grau de satisfação (total, sem reclamações; parcial, poderia melhorar; péssimo).

Os softwares utilizados para a criação e análise do banco de dados foram os programas Epidata 3.1 e Epiinfo 6.04. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão e as variáveis categóricas através de razões, proporções e taxas. As diferenças nas proporções foram avaliadas através do teste qui-quadrado (X^2).

Quanto aos aspectos éticos o estudo foi submetido à apreciação da coordenadora dos PSF, da diretoria da Unidade Básica de Saúde Humaitá, sendo realizado apenas após análise e autorização do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL e esteve em todos os momentos seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos propostas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996.

Antes das entrevistas, foi solicitado dos pacientes um consentimento livre e esclarecido para participarem do estudo. Os participantes não foram submetidos a nenhum tipo de desconforto físico. Os dados obtidos com a pesquisa foram totalmente confidenciais, preservando dessa forma a identidade de todos os participantes.

Resultados

O perfil socioeconômico e demográfico dos 105 pacientes entrevistados demonstra uma predominância de 73,3% no gênero feminino (77 pacientes). A população

local adstrita ao posto é, em 88,6%, natural da cidade de Tubarão.

A distribuição de acordo com a faixa etária mostra, conforme a Tabela 1, que mais de 50% dos pacientes entrevistados têm idade superior a 40 anos.

A média de escolaridade foi de 8,2 anos de estudo, apresentando as mulheres uma média superior a dos homens (10 e 7,5 anos, respectivamente) com $p=0,01$. Ainda em relação a esta variável, mais de 40% dos participantes possuem escolaridade igual ou superior a 11 anos de estudo e menos de 20% eram analfabetos ou tinham até 3 anos de estudo. Deve-se enfatizar que aproximadamente 57% não tinham ensino médio completo (Tabela 2).

Ao se analisar a renda familiar em intervalos, verificou-se que 45,7% dos entrevistados recebiam valores inferiores a dois salários mínimos mensais, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Quanto à utilização dos serviços, 83,8% utilizaram com frequência, 9,5% raramente e apenas 6,7% foi a primeira vez que utilizou. Quando questionados, 53,3% se auto-definiram como possuindo boa saúde, 35,2% saúde regular, e apenas 11,4% como péssima.

O número de pacientes que procurou atendimento médico porque estava doente (56,2%) foi levemente superior àqueles que não estavam.

Com relação à requisição de exames, 9,5% dos pacientes relataram que iriam solicitá-los, sendo este um dos objetivos da consulta, enquanto mais de 90% realizariam exames apenas se médico achasse necessário. O pedido de receitas médicas, também levou 27,6% pacientes procurarem o serviço, enquanto os demais apenas se o médico recomendasse.

A unidade de saúde não foi procurada por 52,4% dos pacientes para prevenção de doenças e/ou pré-natal. Ocorreu baixo índice de procura pelos serviços odontológicos de modo que somente 17 pacientes (16,2%) foram à consulta com o dentista. Para a realização de curativos apenas 10 pacientes (9,5%) procuraram o serviço.

A prevalência de pacientes que utilizam apenas o SUS para acessar o sistema de saúde foi de 80%, sendo que os demais utilizaram convênio de saúde (16,2%) ou sistema particular (3,8%) para o pagamento das consultas.

O grau de satisfação total foi confirmado por aproximadamente 63% da amostra de modo que o restante estava parcialmente satisfeitos, não havendo pacientes que relatassem insatisfação quanto ao trabalho

desenvolvido no posto.

Quanto à resolutividade 96,2% de todos os casos consultados teve seu problema resolvido no posto, sendo necessário, aos demais, encaminhamento a outros serviços.

Negaram dificuldades para a marcação de consultas 95,2% da amostra e negaram relacionamento insatisfatório médico-paciente 96,2%.

Quanto ao número de profissionais conforme a demanda da população, 52,4% está satisfeitos, e o restante relatou faltar principalmente profissional médico, em especial ginecologista.

Prevaleceu (73,3%) o número de pessoas que negaram a indisponibilidade de vagas para consultas e o longo tempo de espera para consulta não foi vivenciado por 88,6%.

Predominou o número de pessoas que (90,5%) confirmou que a falta de posto de coleta de material para exames laboratoriais é um problema vivenciado diariamente. Não houve consenso quanto à necessidade de o posto permanecer aberto nos finais de semana e feriados, verificando-se que 47,6% acham que deveria cobrir tais horários.

Em 42,9% das entrevistas houve confirmação quanto à falta de medicamentos disponíveis na unidade básica em estudo, 24,8% negaram esta carência e 32,4% nunca necessitaram pegar algum remédio disponível (Tabela 4).

Dos pacientes entrevistados, 86,7% morava próximo à unidade de saúde da família Humaitá, não referindo dificuldades de deslocamento, enquanto 13,3%, apesar de cadastrados no posto, referiram residir atualmente longe do local o que dificulta o acesso.

Discussão

Na avaliação do perfil demográfico, da população estudada, houve uma prevalência, segundo faixa etária, de 36,19% da amostra de pessoas com idade no intervalo de 40 a 59 anos, sendo este valor equivalente ao encontrado (36%) no estudo observacional transversal de Azeredo e colaboradores numa amostra com 364 domicílios de Teixeira – MG no período de novembro de 2003 a fevereiro de 2004⁽¹³⁾.

Em relação à procedência, 88,6% eram de Tubarão, contudo isto não apresenta relevância uma vez que a ESF atende a população local cadastrada, de modo que ser de outra cidade (11,4%) não interfere nos resultados. Encontramos o predomínio do gênero feminino (73,3%) semelhante ao estudo de Jesus e colaboradores e demais

literaturas consultadas^(13,18,19,26).

A escolaridade de 42,9% dos entrevistados foi de 11 anos ou mais de estudo (pelo menos ensino médio completo), de modo que a alta escolaridade não confere com os estudos de Azeredo, Ibañez, Ribeiro, Jesus e Esperança^(2,10,22,26).

A renda per capita por salários mínimos, no estudo de Azeredo e colaboradores, prevaleceu em menos de 2 salários mensais (72,8%)^(13,26). Neste estudo 1,4% não souberam relatar a própria renda⁽¹³⁾. Na nossa pesquisa, foi encontrado um percentual de 45,7% de pessoas com salários abaixo de 2 e todos os entrevistados souberam relatar sua renda mensal.

Houve uma prevalência (53,3%) de pessoas que relataram possuir um bom estado de saúde, confirmando os dados coletados por Sawyer⁽¹⁸⁾.

Uma parcela acima de 90% referiu já ter utilizado os serviços disponíveis pelo menos uma vez, o que também foi visto no estudo de Escorel⁽⁴⁾.

Os pacientes que procuraram atendimento porque estavam doentes (56,2%), o fizeram com o propósito de saírem da consulta com um tratamento e alcançar a cura, objetivos estes que compõe essência da ESF⁽⁷⁾. Apenas 9,5% dos pacientes foram à consulta para solicitar requisição de exames, sendo este um valor relativamente baixo, mas importante, demonstrando que as pessoas estão preocupadas com sua saúde, sendo este um modo de tentar prevenir doenças.

Já os pacientes que foram solicitar pedido de receitas médicas (27,6%), o fizeram provavelmente para dar continuidade ao tratamento de alguma doença que exige acompanhamento e reavaliação.

Em nosso estudo, apenas 47,6% pessoas foram à consulta com o propósito de prevenção e/ou pré-natal, porém este valor pode ter apresentado viés, visto que há um dia específico reservado para consultas com gestantes e as datas para as entrevistas foram aleatórias podendo ter coincidido ou não com estes dias.

A consulta odontológica foi relatada apenas por 16,2% da amostra, o que também provavelmente não corresponde aos valores reais, uma vez que houve a troca do dentista durante a coleta de dados, estando o posto sem este profissional por um período de tempo não especificado.

Apesar de a unidade de saúde disponibilizar o serviço de realização de curativos, apenas 9,5% procuraram o posto com este objetivo, resultado semelhante de Conill e colaboradores, em seu estudo na cidade de Florianópolis no período de 1994 a 2000⁽¹²⁾.

Em nosso estudo, o acesso à saúde por meio do SUS foi de 80% da população, sendo corroborado pelos estudos de Conill e Escorel, onde uma minoria de famílias têm acesso ao serviço privado (Escorel desenvolveu seu estudo em 10 cidades de diferentes estados do Brasil, com 1640 famílias nos meses de março a julho de 2002)^(4,12). No estudo de Esperança e colaboradores, em uma cidade de MG, este número é ainda maior, assim 98% dos usuários não têm qualquer tipo de plano de saúde⁽¹⁰⁾.

Constatou-se que não houve insatisfação quanto ao serviço prestado no posto, já que os pacientes referiram estar total ou parcialmente satisfeitos, semelhante à pesquisa desenvolvida por Jesus e colaboradores que afirma uma maioria (80%) que considera bom e ótimo⁽²⁶⁾.

O problema que levou os pacientes a procurarem o posto de saúde da família foi resolvido na maioria das consultas (96,2%), estando em concordância com a literatura, no estudo de Elias e Rosa, que afirma que uma adequada equipe de saúde possui uma eficácia na resolutividade de 85%^(3,5). No estudo de Camejo e colaboradores (realizado em Cuba com 451 pacientes no período de janeiro a dezembro de 2000) fica evidente a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos pacientes, de modo que apenas 19,1% necessitaram ser transferida ou encaminhada a outro serviço⁽²⁷⁾.

Em nossa amostra, foi encontrado um percentual de 95,2% de pessoas que relataram fácil acesso à marcação de consultas, o que não ocorreu na literatura utilizada^(17,19,20,22-24).

Os trabalhos consultados apresentam uma insatisfação quanto ao número reduzido de atendimentos diários, o que foi relatado por apenas 26,7% de nossos pacientes como um problema^(17,19,20,22-24).

A questão de a unidade de saúde não abrir nos finais de semana e feriados, apesar de a literatura afirmar ser uma dificuldade encontrada, em nosso estudo não houve um consenso quanto a essa necessidade^(17,19,20,22-24).

Os estudos de Gouveia, Aguiar, Trad e seus colaboradores relatam não haver posto de coleta de materiais para exames laboratoriais, isso é vivenciado diariamente por 90,5% dos pacientes de nosso estudo^(9,17,24).

Contrariando a literatura, apenas 12% dos pacientes de nosso estudo referiu insatisfação quanto ao longo tempo de espera para serem atendidos^(9,17,19,20,22-24).

Com relação à falta de medicamentos, 42,9% dos entrevistados confirmam este dado da literatura, remédios estes que compõe a lista daqueles oferecidos pelo SUS^(9,17,24).

Quanto ao quesito relacionamento médico-paciente, a maioria da amostra (96,2%) negou insatisfação, estando este valor levemente abaixo dos dados coletados na literatura, onde todos os entrevistados estavam muito satisfeitos (51%) e satisfeitos (49%), segundo estudo de Camejo e colaboradores^(7,27).

A falta de equipes suficientes para suprir a demanda populacional, relatada por 47,6% dos entrevistados afirmando a ausência de profissionais da área médica, foi também um problema encontrado no estudo de Conill⁽¹²⁾.

Os entrevistados negaram dificuldade em chegar ao posto de saúde, em 86,7% dos casos, referindo morar próximo deste. A utilização dos serviços de saúde apresenta limite de abrangência à população local cadastrada, estando de acordo com estudo de Escorel^(4,26). Verificou-se que a maioria dos usuários, dispensa meio de transporte⁽²⁶⁾, apesar de este não ser um dos objetivos de estudo deste trabalho.

Conclusões

As características apresentadas pela clientela da Unidade Básica de Saúde da Família Humaitá de Tubarão revelam que os usuários deste sistema possuem uma escolaridade superior a dos estudos comparativos, podendo ser um fator facilitador de comunicação entre os membros do PSF e a comunidade, assim como incentiva a participação ativa da população e promove o controle social. A cidadania, por meio da inclusão social, é mais efetiva quando o homem através do seu nível de informação busca ativa e progressivamente melhorias à população, excluindo a segregação e marginalização social.

O fato de os usuários utilizarem os serviços com relativa frequência, constata que a unidade está à disposição da população para atendimento na sede ou ainda através dos agentes comunitários e demais membros da equipe.

Os pacientes se deslocaram até o posto por motivo de doença, solicitação de exames e receitas de medicamentos e em menor número para prevenção e promoção em saúde, realização de curativos e serviços odontológicos. Campanhas para prevenção e promoção de saúde geral e bucal deveriam ser desenvolvidas no intuito de informar a população acerca de tais serviços disponíveis, não desmerecendo o fato de a solicitação de exames ser uma forma de prevenção de saúde.

Constata-se na ESF Humaitá a facilidade na

marcação de consultas, a alta resolutividade e a satisfação do público indo ao encontro de uma população que carece de recursos financeiros, acessando a possibilidade de saúde através do SUS. A ESF Humaitá, então, ratifica a idéia de que a Estratégia de Saúde da Família – ESF – surgiu para aprimorar os princípios do SUS^(1,3,6,16).

A unidade de saúde de nosso estudo não compartilha de algumas dificuldades apresentadas em outros serviços, assim, há agilidade no atendimento, número de atendimentos disponíveis suficiente, satisfação dos usuários e alta resolutividade.

Sabendo-se que o objetivo da ESF é a de ser composta por médicos generalistas, porém especialistas em medicina da família, uma exigência deveria ser o funcionamento dos níveis secundário e terciário de assistência, fortalecendo a interligação entre tais níveis, visando primordialmente o trabalho entre várias equipes e a agilidade dos serviços. Em contraposição cabe ressaltar que prevalece o público feminino, sendo compreensível à solicitação principalmente de médicos ginecologistas.

Referências Bibliográficas:

1. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siquiera FV, et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):669-81.
2. Ibañez N, Rocha JS, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Care performance assessment of primary health care services in the state of São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.
3. Rosa WAG, Labate RC. Family Health Program: the construction of a new care model. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(6):1027-34.
4. Escorel S, Giovanella L, de Mendonça MHM, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 21(2-3):164-76.
5. Elias E. A Atenção Primária em Saúde no Sul de Santa Catarina: Uma análise das interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Dissertação de Mestrado. Tubarão-SC: UNISUL; 2006.
6. Reis CC, Hortale VA. The Family Health Program: supervision or “shared vision”? A case study in a medium-sized Brazilian city. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(2):492-501.
7. Sistema Único de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: URL: <http://www.saude.sp.gov.br/portal/24088259c89b06a70174d93a6c1ad6a4.htm>. Acessado em 24 de Abril se 2007.
8. Pustai OJ. O Sistema de Saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004: 69-75.
9. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza JPRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(Suppl 1):Sp109-Sp118.
10. Esperança AC, Cavalcante RB, Marcolino C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. *Reme: Rev Min Enferm*. 2006; 10(1):30-6.
11. Heidemann E. El sistema asistencial canadiense: costo y calidad. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. 1994; 117(5):381-8.
12. Conill EM. Primary care policies and health reforms: an evaluative approach based on an analysis of the Family Health Program in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, 1994-2000. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(Suppl 1):191-202.
13. Azeredo CM, Cotta RM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Assessment of sanitation and housing conditions: the importance of home visits in the Family Health Program context. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(3):743-53.
14. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):7-18.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1886/GM, 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: URL: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/portarias.htm> Acessado em 28 de abril de 2007.
16. Gil CR. Human resources training in family health: paradoxes and perspectives. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(2):490-8.

17. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-Ce. *Rev Bras Prom Saúde*. 2004; 17(4):163-9.
18. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):757-776.
19. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):687-707.
20. Szwarcwald CL, Mendonca MHM, Andrade CLT. Primary health care indicators in four municipalities of the State of Rio de Janeiro, 2005: results of a domestic survey in the population. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):643-655.
21. Roncalli AG, Lima KC. Impact of Health Family Program concerning child health indicators in large towns from Brazilian Northeast region. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):713-724.
22. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):1011-22.
23. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(2):229-40.
24. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):581-589.
25. Felisbino AS, Ceolin APM, Ghedin JF, Fernandes J, Nazario JG, Nunes J, et al. Planejamento Estratégico – Unidade de Saúde Humaitá, 8º semestre do curso de Enfermagem, disciplina de Administração de Enfermagem em Saúde Coletiva. 2006. Disponível no Posto de Saúde 20 de Abril de 2007.
26. Jesus PBR de, Carvalho DV. Family health clientele's perception for medical services in the clinic: the nurse contribution. *Rev Min Enf*. 2002; 6 (1/2):48-56.
27. Camejo ER, Perez NM, Alfonso MIC, Madera HB. Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias. *Rev Cubana Enfermer*. 2003; 19(3):139-44.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária, em jul-set 2007.

Faixa etária	Número de pessoas	Percentual %
? 25 anos	16	15,23
26 – 39 anos	32	30,47
40 – 59 anos	38	36,19
≥ 60 anos	19	18,09
Total	105	100

Fonte: Posto de Saúde da Família Humaitá, Tubarão-SC.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo o tempo de estudo, em jul-set 2007.

Escolaridade	Número de pessoas	Percentual %
0 – 3 anos	18	17,1
4 – 7 anos	23	21,9
8 – 10 anos	19	18,1
≥ 11 anos	45	42,9
Total	105	100

Fonte: Posto de Saúde da Família Humaitá, Tubarão-SC.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo a renda, em jul-set 2007.

Renda	Número de pessoas	Percentual %
≤ 1 Salário	33	31,4
1,1 a 1,9 Salários	15	14,3
2 a 4,9 Salários	44	41,9
≥ 5 Salários	13	12,4
Total	105	100

Fonte: Posto de Saúde da Família Humaitá, Tubarão-SC.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes de acordo com a opinião quanto à disponibilidade de medicamentos, em jul-set 2007.

Disponibilidade de Medicamentos	Número de pessoas	Percentual %
Insuficientes	45	42,9
Suficientes	26	24,8
Nunca precisaram	34	32,4
Total	105	100

Fonte: Posto de Saúde da Família Humaitá, Tubarão-SC.

Endereço para correspondência

Renata Faverzani Magnago

Rua Padre Bernardo Freuser, 90. Apto 203.

CEP: 88701-140

Tubarão - SC

E-mail: renatamagnago@yahoo.com.br