



Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural

Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas
Evaluación del Índice de Responsividad de la Estrategia Salud de la Familia de la zona rural

Helena Eri Shimizu¹, Josélia de Souza Trindade¹, Monique Santos de Mesquita¹, Máira Catharina Ramos¹

Como citar este artigo:

Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03316. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020203316>

¹ Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, DF, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the responsiveness of Family Health Strategy units in the rural area of the Federal District registered in the National Program for Improvement of Access and Quality of Basic Care. **Method:** Descriptive study, which used a questionnaire to evaluate the following dimensions: a) respect for people: dignity, confidentiality of information, autonomy, communication; b) customer orientation: facilities, choice of the professional, agile service and social support. **Results:** The users' assessment of responsiveness was 0.755. The dimensions related to respect for people received an index of 0.814 and customer orientation was 0.599. **Conclusion:** Care is given that shows respect for human dignity, but progress needs to be made in building confidentiality and the autonomy of users. Infrastructure is poor and care is not agile, highlighting the need for greater investments in rural areas.

DESCRIPTORS

Family Health Strategy; Rural Population; Health Evaluation; Primary Health Care; Primary Care Nursing; Quality of Health Care.

Autor correspondente:

Helena Eri Shimizu
SQN 205 Bloco G Apt. 605
CEP 70843-070 – Brasília, DF, Brasil
shimizu@unb.br

Recebido: 09/05/2017
Aprovado: 28/11/2017

INTRODUÇÃO

O incremento da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido o principal fator de aprimoramento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, que é compreendida como uma tática de reorientação do sistema de saúde visando a mudança do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais⁽¹⁾. Diversos investimentos têm sido realizados para qualificar a ESF, sobretudo para organizar o processo de trabalho no sentido de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividade.

Não há dúvidas de que o crescimento do número de equipes da ESF melhorou o acesso aos serviços de saúde para grande parte da população brasileira⁽²⁻⁴⁾, contudo ainda é bastante precária em diversas regiões do país⁽⁵⁾. Registram-se como problemas recorrentes a falta de articulação em redes integradas, a alta demanda, o modelo médico-centrado, a carência de capacitação, bem como os reduzidos espaços participativos para a democratização do processo de trabalho em saúde⁽⁶⁻⁷⁾. Tais fragilidades têm colocado em pauta a reflexão sobre a necessidade de outras estratégias para o seu aprimoramento.

Na área rural, apesar da expansão das unidades da ESF, a dispersão populacional e a vasta área territorial têm sido agravantes à cobertura da Estratégia, insuficientes para uma APS resolutiva. Outro fator dificultador para o avanço da ESF nas zonas rurais de municípios de pequeno e médio porte é a escassez de recursos, mormente de profissionais qualificados^(1,8-9), com destaque para a falta de médicos que queiram trabalhar no campo.

Pesquisas apontam que as condições de saúde da população da zona rural são mais precárias do que as da zona urbana, que comumente tem mais acesso a outros tipos serviços de saúde⁽⁸⁻⁹⁾, além da APS. Portanto, continua sendo um grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) garantir o acesso igualitário e com qualidade a toda a população brasileira. Nesse sentido, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁽¹⁰⁾ tem buscado avaliar como está o desempenho da APS, todavia ainda são escassos os estudos que analisem em maior profundidade como o sistema de saúde atua sobre a população rural.

Ademais, no meio rural, a situação das famílias apresenta-se de forma mais complexa, pois se acrescentam dificuldades que no meio urbano não são percebidas, como por exemplo a escassez de transporte público, a falta de serviços de saúde e, em muitas regiões, a falta de infraestrutura, como energia elétrica e meios de comunicação⁽¹¹⁻¹²⁾. Essas carências colocam maiores obstáculos para a atuação das equipes da ESF rural.

É, pois, necessário avaliar a qualidade da atenção prestada pela ESF na zona rural, sobretudo para identificar as suas lacunas, visando aprimorar o sistema de saúde. Alguns estudos mostram as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mas ainda são insuficientes os que verificam a maneira como direitos – individuais e coletivos – são considerados na análise do acesso e da utilização dos serviços e sistemas de saúde⁽¹³⁾.

Segundo pesquisas de avaliação em saúde realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de responsividade dos sistemas de saúde se refere à forma como o sistema atende às expectativas e demandas dos usuários nos aspectos não diretamente ligados ao cuidado médico⁽¹⁴⁾, partindo do pressuposto de que é direito dos usuários o cuidado adequado e em tempo oportuno.

Os estudos sobre responsividade visam analisar a interação entre o modo como o sistema de saúde atua e a satisfação do usuário⁽³⁾. Ademais, distancia-se do aspecto subjetivo, comum nas pesquisas de satisfação, por avaliar percepções individuais concretas, ou seja, a partir das experiências legitimadas pelos usuários sobre os aspectos do sistema de saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar o Índice de Responsividade de unidades da Estratégia Saúde da Família das áreas rurais do Distrito Federal, participantes do PMAQ, no que tange às dimensões voltadas ao respeito pelas pessoas e à orientação para o cliente.

MÉTODO

Estudo descritivo exploratório, realizado junto às equipes de ESF localizadas na zona rural do Distrito Federal participantes do PMAQ-AB.

O Distrito Federal (DF), diferentemente das demais unidades federativas, não possui municípios, por estar organizado político-administrativamente em 31 Regiões Administrativas (RA). Está situado na região Centro-Oeste do Brasil e conta com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2.917.830 residentes.

Havia, cadastrados no PMAQ-AB da ESF do DF, 55.681 usuários, sendo 42.462 residentes de área urbana e 13.219 residentes de área rural. Para a determinação do tamanho da amostra, considerou-se a divisão proporcional dos usuários das áreas rural e urbana, partindo-se do pressuposto de que existem mais usuários na área urbana do que na rural. Tal proporção totalizou 382 usuários, sendo, destes, 92 da área rural. O erro amostral adotado foi de 5% e nível de confiança, de 95%. A escolha das unidades se deu por conveniência. Considerou-se a aceitação para a participação no estudo.

Os critérios de inclusão dos usuários foram: frequentar regularmente a unidade da ESF há mais de 3 meses e ser maior de 18 anos de idade. Foram excluídos os usuários que apresentavam condições física e mental afetadas.

Para a coleta de dados, realizada no período de maio a julho de 2016, em dias e turnos alternados (manhã/tarde), utilizou-se de um questionário validado em outro tipo de serviço⁽¹³⁾ e adaptado para este estudo, que continha 28 perguntas divididas três grandes blocos: i) a caracterização do perfil do usuário; ii) a dimensão da responsividade de respeito pelas pessoas, e; iii) a dimensão da responsividade de orientação para o cliente/ usuário. A dimensão de respeito pelas pessoas inclui questões relacionadas à dimensão ética na interação das pessoas com o sistema de saúde, composto pelas seguintes variáveis: dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. A dimensão de orientação para o cliente/ usuário, por sua vez, abrange componentes que influenciam na satisfação do usuário, contudo, não são ligados à saúde diretamente, englobando variáveis de agilidade, suporte social, instalações e escolha do profissional.

A análise dos dados foi realizada segundo o modelo validado⁽¹⁶⁾, que define a variação fechada entre 0 e 1, onde o valor positivo máximo em relação à determinada dimensão do serviço é 1, sendo este considerado o padrão ideal a ser alcançado. A escala de interpretação dos valores 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). O questionário foi adaptado para a aplicação na APS, uma vez que o original era voltado para serviços ambulatoriais.

O cálculo do escore das perguntas foi feito mediante a transformação dos dados categóricos, obtidos por meio das respostas dos questionários, em dados numéricos. A escala ordinal de quatro itens (sempre, quase sempre, raramente e nunca) que compôs o questionário teve os seguintes valores: o item “sempre” corresponde ao valor 10; o item “quase sempre”, ao valor 7; o item “raramente”, ao valor 3; e ao item “nunca” o valor atribuído foi 0. Para as perguntas dicotômicas do questionário (respondidas com sim ou não), foram atribuídos os valores 10 e 0, sendo que o valor 10 expressa a

avaliação positiva, e o valor 0 expressa a negativa. Por conseguinte, calculou-se a média dos valores obtidos e dividido por 10, obtendo-se assim o escore da pergunta. Este escore expressou a avaliação dos usuários sobre aquele indicador após a conversão em um índice com variação entre 0 e 1. Para finalizar, foi calculada a média dos índices dentro de cada uma das dimensões. Foram atribuídos pesos iguais às perguntas de cada dimensão para o cálculo do índice.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde sob o parecer nº 569/2011, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi assinado por todos os participantes.

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos entrevistados (Tabela 1), verificou-se que a maioria era do sexo feminino (78,2%), com idade variando entre 20 e 49 anos (75,0%) e tinha cursado o ensino médio (34,8%). Quanto à renda, tem-se uma variação entre um (36,9%) e quatro salários mínimos (54,3%). Observou-se bom tempo de vínculo com a unidade.

Tabela 1 – Caracterização dos usuários das ESF rurais, por Regiões Administrativas do Distrito Federal, Brasil, 2016.

	Sobradinho	Gama	Itapoã	Brazlândia	São Sebastião
Sexo					
Masculino	25,00	23,33	20,00	16,67	15,38
Feminino	75,00	76,67	80,00	83,33	84,62
Total	100	100	100	100	100
Idade					
18 a 29	28,13	26,67	60,00	25,00	7,69
30 a 49 anos	59,38	60,00	20,00	41,67	61,54
50 a 69 anos	6,25	13,33	20,00	33,33	23,08
Mais de 70 anos	6,25	-	-	-	7,69
Total	100	100	100	100	100
Escolaridade					
Fundamental incompleto	18,75	26,67	20,00	25,00	7,69
Fundamental completo	12,50	16,67	-	8,33	7,69
Médio incompleto	25,00	20,00	20,00	25,00	46,15
Médio completo	34,38	30,00	60,00	33,33	38,46
Superior incompleto	-	3,33	-	8,33	-
Superior completo	3,13	-	-	-	-
Sem escolaridade	6,25	3,33	-	-	-
Total	100	100	100	100	100
Renda					
Até 1 salário mínimo	28,13	43,33	20,00	50,00	38,46
2 a 4 salários	68,75	40,00	80,00	41,67	53,85
Acima de 5 salários	3,13	16,67	-	8,33	7,69
Total	100	100	100	100	100
Tempo que frequenta a Unidade					
1 a 3 meses	-	3,33	-	-	-
3 a 11 meses	37,50	30,00	20,00	41,67	30,77
1 a 4 anos	50,00	43,33	20,00	41,67	-
5 a 10 anos	9,38	16,67	40,00	-	53,85
Mais de 10 anos	3,13	6,67	20,00	16,67	15,38
Total	100	100	100	100	100

Quanto à responsividade, os resultados demonstram que as dimensões concernentes ao respeito pelas pessoas apresentaram melhores índices do que a dimensão de orientação para o cliente/usuário, sendo de 0,814 e de 0,599, respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 2.

Da dimensão voltada para o respeito pelas pessoas, a categoria “comunicação” obteve índice 0,790, considerado bom. Essa categoria referia-se à frequência com que os usuários buscavam informações nas Unidades ESF, à facilidade de obter as informações desejadas, e se os médicos e enfermeiros davam atenção aos seus problemas, com explicação sobre a doença e o tratamento. A “dignidade” obteve índice igual a 0,897, considerado muito bom, categoria que diz respeito à forma como os usuários eram tratados pelos profissionais da ESF, especialmente durante a realização dos exames físicos, com respeito, privacidade e sem discriminação. Já a

categoria “confidencialidade” obteve o valor de 0,695, tido como regular e estava relacionada com a confiança que os usuários tinham nos servidores para guardarem sigilo das informações nos prontuários. O “respeito à autonomia” também foi classificado como regular (0,664) e avaliou se o usuário foi informado sobre a opção de tratamento pelo médico e/ou pela enfermeira, e se lhe era permitido fazer perguntas e decidir sobre o tipo de tratamento.

Outra dimensão analisada na Tabela 2 foi a orientação para o cliente/usuário, que obteve o índice 0,599. Nesta dimensão, a categoria “apoio social” alcançou índice de 0,805, considerado muito bom. As perguntas estavam relacionadas ao apoio social recebido pelo usuário na equipe de saúde da família, que envolvia a participação de parentes, amigos e membros da comunidade no tratamento.

Tabela 2 – Valores do Índice de Responsividade do Serviço (IRS) das unidades de ESF rurais, conforme as dimensões, Distrito Federal, Brasil, 2016.

Dimensões	Índice de Responsividade (IC 95%)
Respeito pelas pessoas	0,814 (0,801-0,827)
Dignidade	0,897 (0,882-0,912)
Confidencialidade	0,695 (0,599-0,791)
Autonomia	0,664 (0,629-0,698)
Comunicação	0,790 (0,767-0,813)
Orientação para o usuário	0,599 (0,577-0,621)
Agilidade	0,609 (0,563-0,654)
Apoio social	0,805 (0,731-0,879)
Instalações	0,653 (0,633-0,674)
Escolha do profissional	0,051 (0,008-0,093)
Índice de Responsividade	0,755 (0,743-0,767)

A outra categoria dessa segunda dimensão foi referente às instalações, as perguntas se remetiam à limpeza e ao conforto do local de espera, consultórios, sala de reuniões e banheiros e obteve o valor de 0,653, portanto, regular. Quanto à agilidade no atendimento, as perguntas estavam relacionadas à quantidade de dias necessários para conseguir marcar uma consulta, ao tempo de espera para atendimento nas consultas marcadas e ao tempo para o usuário receber o resultado dos exames de laboratórios. Essa dimensão recebeu valor do índice de 0,609, caracterizando-se como regular. O último

bloco avaliado foi a possibilidade de escolha do profissional, que obteve o 0,051, ou seja, péssimo.

Na Tabela 3 demonstra-se o IRS das ESF rurais, segundo as Regiões Administrativas do DF. A Região Administrativa Itapoã obteve melhores avaliações na maioria das dimensões, e a Região Administrativa de Sobradinho, as piores avaliações em grande parte das dimensões.

Ademais, verifica-se que há diferenças consideráveis nas avaliações das dimensões entre diferentes Regiões Administrativas.

Tabela 3 – Índice de Responsividade do Serviço (IRS) das ESF rurais, por dimensões, segundo as Regiões Administrativas do Distrito Federal, Brasil, 2016.

Dimensões	Sobradinho	Gama	Itapoã	Brazlândia	São Sebastião
Dignidade	0,887 (0,860-0,914)	0,901 (0,875-0,928)	0,925 (0,864-0,986)	0,892 (0,849-0,936)	0,906 (0,869-0,943)
Confidencialidade	0,562 (0,380-0,744)	0,700 (0,525-0,874)	1	0,833 (0,586-1)	0,769 (0,504-1)
Autonomia	0,619 (0,558-0,680)	0,668 (0,609-0,728)	0,860 (0,753-0,966)	0,727 (0,643-0,812)	0,630 (0,525-0,736)
Comunicação	0,697 (0,653-0,740)	0,795 (0,753-0,838)	0,975 (0,936-1)	0,885 (0,840-0,930)	0,849 (0,793-0,904)
Agilidade	0,482 (0,399-0,566)	0,655 (0,577-0,732)	0,478 (0,273-0,684)	0,661 (0,642-0,781)	0,804 (0,707-0,901)
Apoio Social	0,815 (0,683-0,948)	0,783 (0,643-0,922)	0,800 (0,244-1)	0,675 (0,403-0,946)	0,953 (0,885-1)
Escolha do profissional	0	0,010 (-0,010-0,030)	0,244 (-0,280-1)	0,058 (-0,070-0,186)	0,130 (-0,065-0,327)
Instalações	0,655 (0,631-0,678)	0,652 (0,608-0,697)	0,651 (0,556-0,747)	0,490 (0,420-0,559)	0,770 (0,731-0,808)
Total	0,712 (0,691-0,732)	0,761 (0,741-0,782)	0,832 (0,788-0,876)	0,768 (0,737-0,799)	0,805 (0,77-0,833)

DISCUSSÃO

No que concerne à responsividade da ESF, verificou-se que foi mais bem avaliada pelos usuários da ESF as dimensões relativas ao respeito pelas pessoas (0,814), o que pode ser considerado resultado de investimentos realizados na política de humanização no SUS⁽⁶⁾, especialmente por meio de ações para fortalecer a APS. As dimensões relacionadas à orientação para o usuário, que envolve aspectos atinentes à infraestrutura do sistema de saúde, foram mais mal avaliadas (0,599). Tais resultados demonstram as carências de serviços de saúde a que está submetida a população rural, ou seja, a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde^(8-9,11-12).

Das dimensões relacionadas ao respeito pela pessoa, o ser tratado com dignidade apresentou o maior índice (0,897). Revela, sobretudo, o cuidado que os profissionais da ESF apresentam no momento da realização do exame clínico: com respeito e sem discriminação – competências fundamentais para garantir o vínculo dos usuários com o serviço, fortemente reforçadas na tecnologia denominada acolhimento⁽¹⁷⁾.

Contudo, verificou-se que a “confidencialidade”, que também faz parte do ser tratado com respeito, foi avaliada como regular (0,695). A “confidencialidade” refere-se ao respeito à privacidade, que constitui um preceito moral tradicional das profissões de saúde, que trata do dever de guardar e reservar dados/informações de terceiros, aos quais se tem acesso em virtude do exercício da atividade profissional⁽¹⁸⁾.

Discute-se ainda que o sigilo, ou segredo profissional, esteja associado ao princípio bioético da autonomia⁽¹⁹⁾, porque os dados pessoais pertencem única e exclusivamente ao paciente, apenas ele pode decidir a quem deseja informá-los. Nesse sentido, os profissionais de saúde, conhecedores dos dados e informações dos usuários, não devem divulgá-los, senão se estes autorizarem ou em situações excepcionais, apontadas pela ética e pelo direito, como casos de notificação compulsória previstos em lei e regulamentos, em que os profissionais podem quebrar o sigilo em virtude de critérios epidemiológicos oriundos da saúde pública^(18,20).

A comunicação, a segunda dimensão mais bem avaliada pelos usuários, apresentou um índice bom (0,790). Refere-se à comunicação entre os profissionais e os usuários, crucial para a formação de relação de confiança no serviço. O profissional de saúde deve saber orientar, dialogar para que a construção do cuidado em saúde seja de forma conjunta e integral. A comunicação deve quebrar a barreira da assimetria da informação e criar novas possibilidades de compreensão do caso e de propostas de solução dos problemas percebidos⁽²¹⁾.

A possibilidade de o usuário ter autonomia, todavia, foi avaliada como regular (0,664). O conceito de autonomia está associado à progressiva consolidação dos direitos humanos, foi incorporado à relação médico-paciente, mais precisamente a partir da década de 1960, com base em estudos empíricos que mostraram a associação entre maior apoio à autonomia dos pacientes e melhores resultados em saúde⁽¹⁹⁾. Contudo, verifica-se que ainda são incipientes as práticas de democratização das relações entre profissionais e pacientes, de valorização da autonomia do paciente em relação à escolha da terapêutica e aos procedimentos a serem seguidos, de modelos em que pacientes e médicos são

vistos como corresponsáveis nesse processo⁽²²⁾. Para que haja transformações nas práticas hegemônicas e verticalizadas de saúde, é preciso problematizar as relações de poder/saber estabelecidas entre profissionais da saúde e usuários, bem como refletir sobre os pressupostos fundamentais dessa racionalidade⁽²²⁾.

A racionalidade baseada apenas em modelo biomédico de atenção, com centralização no tratamento clínico individual, ainda adotada no campo da saúde – mais precisamente no campo da APS –, pode desautorizar as comunidades a cuidarem de si, utilizando-se também de conhecimentos populares, isso reforça as práticas profissionais baseadas em prescrições de como as pessoas devem viver, comumente fazendo uso de diversos medicamentos⁽²²⁾. Nesse contexto, as comunidades, ao se depararem com as mesmas prescrições, podem passar a ser cada vez mais passivas na capacidade de autocuidado, o que pode reforçar a procura pelos serviços de saúde apenas em situações de doenças⁽²²⁾. Além disso, nessa lógica, as comunidades podem contribuir para o aumento da medicalização, que, por sua vez, ajuda a reforçar a engrenagem discursiva pautada pelo modelo hegemônico⁽²²⁾.

Da dimensão “orientação para o cliente/usuário”, verificou-se que falta agilidade no atendimento (0,609), ou seja, os usuários revelam a falta de acesso ao serviço de saúde, pois existe dificuldade para marcação de consultas, o tempo de espera para realização das consultas marcadas é grande, bem como o tempo para receber os resultados dos exames de laboratórios.

Ressalta-se que, na zona rural, usualmente a ESF é o único serviço de saúde disponível, e as distâncias para acessá-la podem ser longas, devido à distribuição geográfica esparsa das unidades. Desta forma, há que se melhorar o acesso ao serviço, de modo a estar disponível a qualquer momento que o usuário necessitar de atendimento, a exemplo do que foi determinado pelo governo britânico: os serviços de APS devem realizar atendimento médico, no máximo em 48 horas, e a qualquer outro profissional da equipe, geralmente da enfermagem, em 24 horas⁽⁵⁾. Para tanto, os modos de organização dos serviços devem ser revisados, a fim de permitir maior equilíbrio entre as agendas de pronto atendimento (acesso fácil e rápido) e outras agendas das ações programáticas.

Quanto menos barreiras existirem em relação ao acesso, sejam elas de fator geográfico, institucional, cultural ou social, maior a possibilidade de aproximação dos usuários aos serviços que contribuem para a preservação ou a melhoria de seu estado de saúde. Entretanto, especialmente no cenário rural, essa aproximação ainda se apresenta como um grande desafio para a APS, exigindo estratégias concretas⁽²³⁻²⁴⁾.

As instalações das unidades da ESF foram consideradas regulares (0,653), especialmente porque no DF ainda não foram construídas unidades rurais. Tais instalações consistem em casas comuns que foram alugadas e abrigam o serviço de saúde, portanto, são improvisadas e desconfortáveis. A ambiência adequada é necessária para melhor acolher os usuários.

Outro aspecto avaliado negativamente foi a não possibilidade de escolha do profissional (0,051), visto que as unidades da ESF têm apenas os profissionais da equipe mínima.

Faz-se importante o usuário poder escolher o profissional que o cuidará, pois isso se reflete na relação de confiança a ser estabelecida. O vínculo profissional-usuário efetivo favorece não somente a adesão ao tratamento, mas também a tomada de decisões mais autônomas dos usuários⁽¹⁷⁾. Entretanto, a APS brasileira ainda não favorece esse tipo de flexibilidade, quer seja pela insuficiente cobertura ou pela rigidez do modo de organização do trabalho e do sistema de saúde local.

Verificou-se ainda que a “dimensão apoio” social foi avaliada como muito boa (0,805), ela diz respeito à dimensão comunitária, necessária para o fortalecimento dos laços sociais, sobretudo na área rural, onde a população é bastante escassa, portanto, mais propícia ao isolamento social. Ficou demonstrado, portanto, que é um desafio transformar as práticas centradas na produção comunitária para a população rural.

Por fim, verificou-se que há diferenças consideráveis nas avaliações das mesmas dimensões (respeito pelas pessoas e orientação para o cliente) entre as diferentes unidades da ESF das RA e entre as unidades de uma mesma RA. Esses resultados sugerem que existem desigualdades no processo de cuidados em saúde dentro do contexto da APS, mais especificamente na ESF rural do DF. Ressalta-se que a RA de Itapoã, campo de estágio dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, obteve melhores índices, possivelmente pelos investimentos acadêmicos realizados nas práticas de saúde. Ademais, os resultados apontam para a necessidade de reforçar o campo da gestão de serviços, de modo a reestruturar as redes de atenção e assegurar o acesso, a acessibilidade e o endereçamento das demandas e necessidades da população para profissionais treinados para atuar com eficácia nas comunidades rurais.

A população da zona rural apresenta vulnerabilidades e fragilidades, pois, além dos problemas de alocação de profissionais de saúde nas áreas remotas, ainda é submetida a iniquidades na distribuição de ações e serviços de saúde, uma vez que há tendência de concentração destes nos grandes

centros urbanos⁽²⁵⁻²⁶⁾. Nota-se ainda carência de modelos assistenciais para a população rural no Brasil.

Nessa lógica, um estudo que avaliou a Atenção Básica e a saúde materno-infantil em uma comunidade rural quilombola⁽²⁷⁾ demonstrou que os serviços de saúde perpetuam a proposta curativista e médico-centrada do processo saúde-doença, revelando a necessidade de melhoria da responsividade no que tange à singularização do cuidado.

A população da zona rural há muito requer atenção das políticas públicas, em especial do Sistema Único de Saúde, devido às iniquidades em saúde, bem como para a superação do modelo de atenção que respeitem suas especificidades.

Quanto às limitações do estudo, a primeira é a possível presença de viés, comum a estudos transversais; outra limitação advém do fato de não ter incluído as populações totalmente excluídas do sistema, ou até mesmo esquecidas por viverem em áreas remotas e de difícil acesso da zona rural. E, por fim, argumenta-se que o gratidão bias – sentimento de gratidão – pode ter dificultado uma visão mais crítica do atendimento.

CONCLUSÃO

A responsividade da ESF da zona rural apresentou índices mais satisfatórios na dimensão referente ao respeito pelas pessoas, o que indica que os cuidados são realizados com respeito à dignidade humana, e, neste ponto, a equipe de enfermagem presta contribuições fundamentais. Todavia, há que se avançar na construção da confidencialidade e da autonomia dos usuários. A dimensão “orientação para o cliente/usuário” obteve índices menos satisfatórios, sobretudo devido à precariedade da infraestrutura e à falta de agilidade no atendimento, o que demonstra que a ESF/APS da zona rural necessita de maiores investimentos do SUS-DF. Portanto, requer discussões mais aprofundadas, com a participação da equipe de enfermagem, sobre a infraestrutura e os processos de trabalho fundamentais para a qualificação da APS como principal porta de entrada do sistema de saúde.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o Índice de Responsividade das unidades Estratégia Saúde da Família da zona rural do Distrito Federal cadastradas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Método:** Estudo descritivo, com utilização de questionário para avaliar as seguintes dimensões: a) respeito pelas pessoas: dignidade, confidencialidade da informação, autonomia, comunicação; b) orientação para o cliente: instalações, escolha do profissional, agilidade no atendimento e apoio social. **Resultados:** A avaliação dos usuários quanto à responsividade foi de 0,755, sendo que as dimensões relativas ao respeito pelas pessoas alcançaram índice igual a 0,814, e à orientação para o cliente, de 0,599. **Conclusão:** Os cuidados são realizados com respeito à dignidade humana, todavia, há que se avançar na construção da confidencialidade e da autonomia dos usuários. A infraestrutura é precária e falta agilidade no atendimento, o que revela a necessidade de maiores investimentos nas unidades da zona rural.

DESCRITORES

Estratégia Saúde da Família; População Rural; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; Qualidade da Assistência à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el índice de responsividad de las unidades Estrategia Salud de la Familia de la zona rural del Distrito Federal registradas en el Programa Nacional de Mejoría del Acceso y la Calidad de la Atención Básica. **Método:** Estudio descriptivo, con utilización de cuestionario para evaluar las siguientes dimensiones: a) respeto por las personas: dignidad, confidencialidad de la información, autonomía, comunicación; b) orientación para el cliente: instalaciones, elección del profesional, agilidad en la atención y apoyo social. **Resultados:** La evaluación de los usuarios en cuanto a la responsividad fue de 0,755, siendo que las dimensiones relativas al respeto por las personas alcanzaron índice igual a 0,814, y la orientación al cliente, de 0,599. **Conclusión:** Los cuidados se llevan a cabo con respeto a la dignidad humana; sin embargo, hay que avanzarse en la construcción de la confidencialidad y la autonomía de los usuarios. La infraestructura es precaria y falta agilidad en la atención, lo que desvela la necesidad de mayores inversiones en las unidades de la zona rural.

DESCRIPTORES

Estrategia de Salud Familiar; Población Rural; Evaluación en Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; Calidad de la Atención de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
2. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):221-32.
3. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177-81.
4. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. 2012;17(1):36-42.
5. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Júnior JOS, de Oliveira KKD, de Freitas RJM, da Silva WF. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Soc*. 2016;25(3):821-9.
6. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2071-85.
7. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014;23(3):869-83.
8. Carneiro FF, Hoefel MGL, Silva MAM, Nepomuceno AR, Vilela C, Amaral FR, et al. Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2012;37(125):43-8.
9. Santos LMP, Oliveira A, Trindade JS, Barreto IC, Palmeira PAComes Y, et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2017;95(2):103-12.
10. Brasil. Portaria n. 1645 de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2016 nov. 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
11. Bertuzzi D, Paskulin LMG, Morais EP. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):158-66.
12. Pitilin ÉB, Lentsck MH. Primary Health Care from the perception of women living in a rural area. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited ;49(5):725-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/0080-6234-reeusp-49-05-0726.pdf>
13. Sarmiento RA, Moraes RM, Viana RTP, Pessoa VM, Carneiro FF. Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2015;9(2):221-35.
14. Mishima SM, Campos AC, Matumoto S, Fortuna CM. Client satisfaction from the perspective of responsiveness: strategy for analysis of universal systems? *Rev Latino Am Enfermagem*. 2016;24:e2669.
15. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2749-59
16. Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cad Saúde Pública*. 2010;26(3):523-34
17. Junges JR, Recktenwald M, Herbert NDR, Moretti AW, Tomasin F, Pereira BNK. Sigilo e privacidade das informações sobre usuários nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. *Rev Bioét*. 2015;23(1):200-6.
18. Siqueira-Batista R, Gomes AP, de Souza Motta LC, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R, et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saúde Soc*. 2015;24(1):113-28.
19. Marques FJ, Hossne WS. A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Rev Bioét*. 2015;23(2):304-10.
20. Villas-Bôas ME. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Rev Bioét*. 2015;23(3):513-23.
21. Silva SA da, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary Health Care evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2015;23(5):979-87.
22. Cadoná E, Scarparo H. Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(9):2721-30.
23. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado B. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciênc Saúde Coletiva Rio Jan*. 2012;17(11):2903-12.
24. Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira ISE, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev Latino Am Enfermagem*. 2016;24:e2672.
25. Bonfim EG, Costa MC, Lopes MJM. Vulnerabilidade das mulheres à violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. *Athenea Digital*. 2013;13(2):193-205.
26. Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, Vanstone M, Winsor S, Smith A. Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(15):1-33.
27. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):366-71.

Apoio Financeiro

Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq). Processo nº 306023/2013-0.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.