Estudo etnográfico e de satisfação de profissionais e usuários do Programa de Saúde da Família em Samambaia, Distrito Federal

Ethnographic study and the satisfaction of Professionals and users of the Family Health Program in Samambaia, Federal District, Brazil

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes[1]
Ana Carolina Vieira de Lima[1]
Dario Yuri Nogueira[1]
Fernando Cerqueira[1]
Gabriela Ferreira Mello[1]
Hugo Santiago Souza[1]
Karoline Domingos Chiari[1]
Leonidas Cotta Junior[1]
Marilia Vasconcelos Gueiros[1]
Mônica Álvarez Leão[1]
Victor Cabral Ribeiro[1]

[1]Curso de Medicina. Escola Superior em Ciências da Saúde-ESCS/FEPECS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília-DF, Brasil.

Correspondência
Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Curso de Medicina. Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS/FEPECS/GDF
SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1-
Edifício Fepecs -Brasilia-DF.
70710-907, Brasil.

Recebido em 09/outubro/2009
Aprovado em 17/março/2011

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de satisfação dos usuários e dos profissionais do PSF na área de abrangência do Centro de Saúde n.º03, em Samambaia, Distrito Federal.

Metodologia: O método foi descritivo e consistiu na aplicação de um questionário por família (n=279), atendidas pelo PSF, respondido por um adulto voluntário. O questionário também foi aplicado a 25 profissionais (enfermeiros, médicos e agentes comunitários) que trabalhavam no programa. Este questionário constou de respostas abertas e fechadas e foram agrupadas em quatro categorias de análise: (1) Referentes às famílias usuárias do PSF; (2) Avaliação do programa de saúde da família (PSF); (3) Acesso e disponibilidade dos serviços complementares da atenção básica; (4) Nível de satisfação do usuário do PSF e do profissional que trabalha no programa. Os dados foram coletados no período de 30 de maio a 30 de setembro de 2008 por uma equipe de pesquisadores treinados para a aplicação do questionário e interpretação dos resultados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) sob o n.º52/08. Foi aplicado o teste T, sendo os resultados significativos para $p \leq 0,05$.

Resultados: As variáveis foram classificadas como bom, regular ou ruim. Os resultados demonstraram que o nível de satisfação geral das famílias usuárias (n=274) foi avaliado como entre bom e regular em 17 dos 22 itens avaliados.

Conclusão: Constatou-se um elevado grau de satisfação de usuários do Programa de Saúde da Família na região estudada, havendo uma clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença, a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento. A maioria dos itens avaliados com significância estatística recebeu conceito entre regular e bom. Percebe-se relação entre o nível de satisfação e a renda familiar mensal. A satisfação aumenta proporcionalmente à renda.

A parcela da comunidade que tem renda familiar mensal de até um salário mínimo foi o único grupo que avaliou, com significância estatística, algumas variáveis como ruins ou entre regular e ruim. Estes aspectos podem estar associados a questões socioeconômicos e de informação e sugerem a necessidade de maior gestão do programa na atenção a estas famílias.

Palavras-chave: Satisfação; Usuário; Profissionais; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: Assess the level of users and professional's satisfaction of FHP in the area covered by the Health Centre No.03 in Samambaia, Distrito Federal.

Methodology: The method was descriptive and consisted of one questionnaire per family (n = 279) assisted by the PSF, which was answered by an adult volunteer. The questionnaire was also applied to 25 professionals (nurses, doctors and community workers) who worked in the program. This questionnaire consisted of open and closed questions grouped into four categories of analysis: (1) Referring to the families that are users of PSF, (2) evaluation of the Family Health Program (PSF), (3) access and availability of additional services of primary care, (4) level of satisfaction of the PSF user and of the professionals working in the program. Data were collected from May 30 to September 30, 2008 by a team of researchers trained in the application of the questionnaire and interpretation of results. The project was approved by the Ethics Committee of the Health Department of the Federal District (SES / DF) under No. 52/08. T test was applied and the results were significant at $p \leq 0.05$.

Results: The variables were classified as good, fair or poor. The results showed that the level of overall satisfaction of families users (n = 274) was evaluated between good and regular in 17 of 22 items evaluated.

Conclusion: There was a high degree of satisfaction of users of the Family Health Program in the region studied, there being a clear association of satisfaction with the following: improvement of information on the health-disease process, the existence of home visits as part of the key element in prevention and monitoring. Most of the items evaluated with statistical relevance were assessed between fair and good. It was perceived relationship between the level of satisfaction and family income. Satisfaction increases proportionately to income. The portion of the community who has family income of up to one minimum wage was the only group that has evaluated, with statistical significance, some variables such as bad or between regular and bad. These may be associated with socio-economic and information aspects thus suggesting the need for better management of the program when assisting these families.

Key words: Satisfaction; Users; professionals; The Family Health Program

INTRODUÇÃO

Durante a década de 90 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa Saúde da Família – PSF como estratégias de estruturação da atenção básica de saúde, na perspectiva da implementação do Sistema Único de Saúde - SUS. Estes Programas priorizam as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma contínua e integral. O Agente Comunitário de Saúde – ACS é um componente da comunidade que se incorpora às equipes locais de saúde da família mediante processo de seleção e treinamento, constituindo uma categoria profissional que vem ganhando legitimidade junto às localidades nas quais está inserida.

Todos os profissionais dos programas devem criar vínculos de responsabilidade e confiança com a comunidade de forma a enfrentar os desafios de intervenção nos determinantes do processo saúde-doença, fundamentando-se na atenção à população e vigilância à saúde[1, 2].

O município de Samambaia situa-se no Distrito Federal, aproximadamente 23 km de Brasília, capital do Brasil. Foi fundada a partir da lei 49 e decreto 11.921, em 1989[1]. Sua população é de 215.000[2] habitantes e sua área é de 105.7 km^2. As famílias que moram na região possuem, em média, uma renda de 7,64[1] Salários Mínimos mensais. A renda per capita é, todavia, de 1,79 Salário Mínimo[1].

O Centro 03, localizado na Extensão de Samambaia, foi o alvo da pesquisa. Ele atende a uma população de 13.690 habitantes, sendo que destas somente 2.174 são atendidas pelo PSF. O PSF apresenta-se distribuído em três equipes: três médicos, três enfermeiros e dez agentes comunitários de saúde[3].

Segundo Ware et al., a medida de satisfação do usuário é uma avaliação pessoal dos cuidados e serviços de saúde que são dispensados, o que implica em julgamento sobre a qualidade dos serviços ofertados como medida de melhoria do programa e das ações de saúde [4].

Os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável[4-6].

Prévost, Fafard, & Nadeau (1998), com base em ampla revisão da literatura, situam o aumento do interesse pela avaliação da satisfação dos usuários em inícios dos anos 70[5].

Segundo Ware et al. (1983) a medida da satisfação dos usuários ou dos pacientes é uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde que são dispensados. A perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços[5]. Na mesma linha, Atkinson (1993) propunha que a avaliação sistemática da qualidade das ações dos serviços de saúde constitui-se uma medida de otimização dessas ações[4].

Outros autores, como Donabedian (1980) e Pascoe (1983), consideram que a satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo, e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço[7-8]. Pascoe (1983) enfatiza ainda que essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário.

Além das características do usuário que avalia e dos focos de avaliação, a literatura destaca diferentes perspectivas metodológicas na abordagem da satisfação dos usuários de serviços de saúde. Autores defendem o emprego de instrumentos rigorosamente validados e padronizados; indicam também a importância de se garantir, no processo de avaliação, a objetividade, o caráter confidencial e o anonimato dos entrevistados[5].

Os estudos de avaliação de satisfação de usuário utilizam, em geral, escalas e questionários compostos de subitens que tratam de uma ampla gama de questões, incluindo estrutura, funcionamento e avaliação do serviço de saúde pelo usuário. Têm-se limitado, porém, à mensuração do nível de satisfação com o serviço prestado, sem um esforço de contextualização cultural e concepções do processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde, aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços pelo usuário[9-29].

Visando qualificar as ações do PSF, este estudo objetiva avaliar o nível de satisfação dos usuários e dos profissionais do PSF na área de abrangên-

cia do Centro de Saúde n.º03, em Samambaia, Distrito Federal.

METODOLOGIA

O método foi descritivo e consistiu na aplicação de um questionário por família (n=279), atendidas pelo PSF, respondido por um adulto voluntário. O questionário também foi aplicado a 25 profissionais (enfermeiros, médicos e agentes comunitários) que trabalhavam no programa. Foram considerados critérios de inclusão, usuários residentes na região atendida pelo PSF e profissionais que trabalhavam no referido programa por um período mínimo de 06 meses.

O questionário utilizado para a avaliação dos usuários foi uma adaptação dos instrumentos do *Primary care Assessment Tool* (PCAT), elaborado inicialmente na Universidade de John Hopkins e direcionado para a avaliação dos aspectos da atenção primária em países industrializados e validados no Brasil[10].

Este questionário constou de respostas abertas e fechadas e foram agrupadas em quatro categorias de análise:

(1) Referentes às famílias usuárias do PSF: aspectos sócio-demográficos, auto-avaliação sobre o estado de saúde da sua família, atendimento e acesso ao serviço de atenção básica, resolutividade dos problemas de saúde, construção do vínculo com o profissional, doenças prevalentes, adesão ao tratamento.

(2) Avaliação do programa de saúde da família (PSF): respeito e consideração; escuta; compreensão; humanização; acolhimento por parte dos profissionais da equipe; formação dos profissionais; orientação comunitária; periodicidade e tempo desprendido nas visitas domiciliares; resolutividade dos problemas de saúde; número de profissionais para atender a população da área de abrangência; relação entre os profissionais; impacto da implantação e atuação do PSF no contexto da atenção primária em saúde; participação dos agentes comunitários de saúde para boa execução dos serviços;

(3) Acesso e disponibilidade dos serviços complementares da atenção básica: facilidade para marcação e encaminhamento para consultas; qualidade dos serviços de vacinação, pré-natal, tratamento e controle de diabetes e hipertensão, aconselhamento nutricional e preparação de alimentos, acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, orientação para a prevenção de acidentes domésticos e para o controle de doenças epidêmicas, planejamento familiar; disponibilidade de medicamentos prescritos;

(4) Nível de satisfação do usuário do PSF e do profissional que trabalha no programa.

Os dados foram coletados no período de 30 de maio a 30 de setembro de 2008 por uma equipe de pesquisadores treinados para a aplicação do questionário e interpretação dos resultados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) sob o nº52/08. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e mantido o sigilo e anonimato das informações. Caso os usuários ou profissionais não desejassem participar da pesquisa lhes foi assegurado que não teriam nenhum prejuízo no atendimento enquanto usuários dos serviços da SES/DF ou enquanto servidores em suas funções laborais.

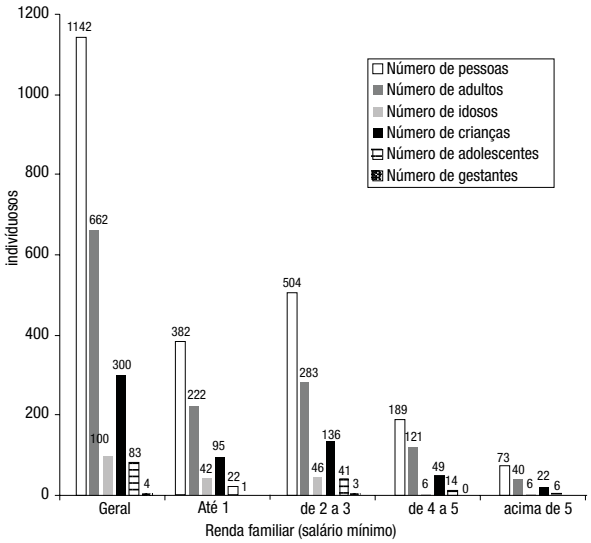
Os dados foram analisados através do Programa Excell versão 2003 e os resultados foram considerados significativos com um erro inferior a 5%. Foi aplicado o teste T, sendo os resultados significativos para $p \leq 0,05$. As famílias foram estratificadas de acordo com a renda familiar mensal da seguinte forma: até um salário mínimo; de dois a três salários mínimos; de quatro a cinco salários mínimos; e mais de cinco salários mínimos.

RESULTADOS

As variáveis analisadas foram avaliadas em bom, regular e ruim. Os resultados demonstram que o nível de satisfação geral das famílias usuárias (n=274) foi avaliado como entre bom e regular em 17 dos 22 itens avaliados. O perfil socioeconômico dessas famílias é representado pelo Gráfico 1 e a estratificação da amostra é representada nos demais gráficos.

Gráfico 1

Renda familiar das famílias atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Samambaia-DF e o número de indivíduos por família.



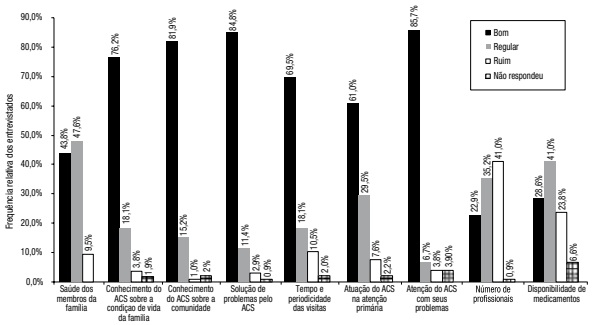
SM = Salário Mínimo R$ 450,00. Referência: agosto de 2008.

As variáveis: "Saúde dos membros da família", "conhecimento do ACS a respeito da comunidade", "conhecimento do ACS a respeito das condições de vida da família", "soluções de problemas pelos ACS", "número de profissionais", "tempo de visita e periodicidade das mesmas", "atuação do ACS na atenção primaria à saúde", "facilidade para marcar consultas", "disponibilidade de vacinas", "atendimento para crianças", "pré-natal", "tratamento para controle de diabetes", "tratamento para controle de hipertensão", "conselhos sobre alimentação e nutrição", "educação contra acidentes domésticos", "serviço de planejamento familiar" e "disponibilidade dos medicamentos prescritos" receberam conceito entre bom e regular, enquanto "atenção do ACS com seus problemas", "atendimento para adultos", "atendimento para idosos", "conselhos sobre higiene dos alimentos", "controle de doenças epidêmicas" receberam conceito entre regular e ruim.

Nas famílias que possuiam renda mensal de até um salário mínimo (Gráfico 2), as seguintes variáveis foram tidas como regular e bom: "saúde dos membros da família", "conhecimento do ACS sobre as condições de vida da família", "conhecimento do ACS sobre a comunidade", "solução de problemas pelo ACS", "tempo de visita e periodicidade das mesmas", "atenção primaria à saúde", "atenção do ACS com seus problemas" e "disponibilidade de vacina". Foram classificadas entre ruim e regular foram: "número de profissionais", "atendimento para criança", "atendimento para idoso", "educação sobre acidentes domésticos" e "disponibilidade dos medicamentos prescritos". As demais variáveis não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

Gráfico 2

Avaliação do Programa de Saúde da Família por famílias com renda mensal até 1 salário mínimo.

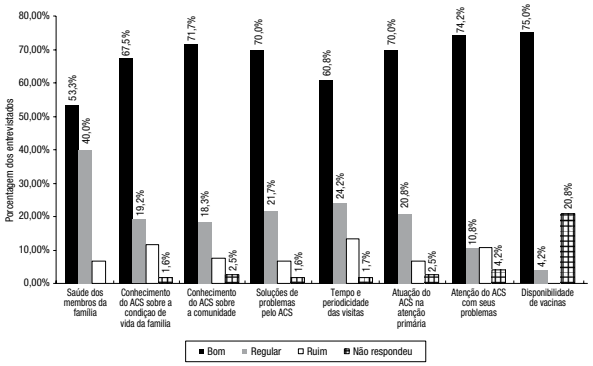


SM = Salário Mínimo R$ 450,00. Referência: agosto de 2008.

Nas famílias que possuem renda entre 2 e 3 salários mínimos (gráfico 3), os itens avaliados entre regular e bom foram: "saúde dos membros da família", "conhecimento do ACS sobre a comunidade", "conhecimento do ACS sobre suas condições de vida", "solução de problemas pelo ACS", "tempo de visita e periodicidade das mesmas", "atuação do ACS na atenção primaria à saúde", "atenção do ACS com seus problemas" e "disponibilidade de vacina". As demais variáveis não apresentaram resultado estatisticamente significativo.

Gráfico 3

Avaliação do Programa de Saúde da Família por famílias com renda mensal superior a 2 a 3 salários mínimos.



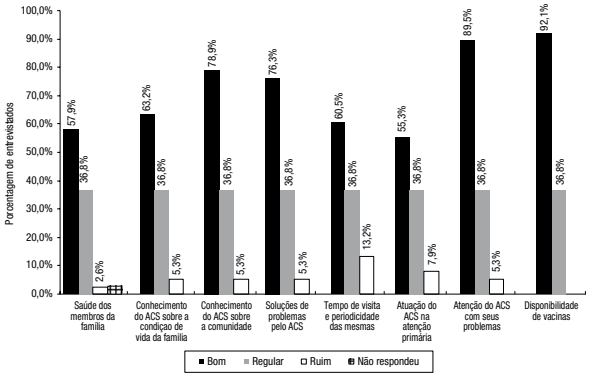
SM = Salário Mínimo R$ 450,00. Referência: agosto de 2008.

Nas famílias com renda mensal entre 4 e 5 salários mínimos (gráfico 4), os itens conceituados entre regular e bom foram: "saúde dos membros da família", "conhecimento do ACS sobre as condições de vida da família", "conhecimento do ACS sobre a comunidade", "solução de problemas pelo ACS", "tempo de visita e periodicidade das mesmas", "atuação do ACS na atenção primaria à saú-

de", "atenção do ACS com os seus problemas", "disponibilidade de vacina", "programa de controle de doenças epidêmicas". As demais variáveis não tiveram o resultado confirmado pelo teste T.

Gráfico 4

Avaliação do Programa de Saúde da Família por famílias com renda mensal entre 4 e 5 salários mínimos.

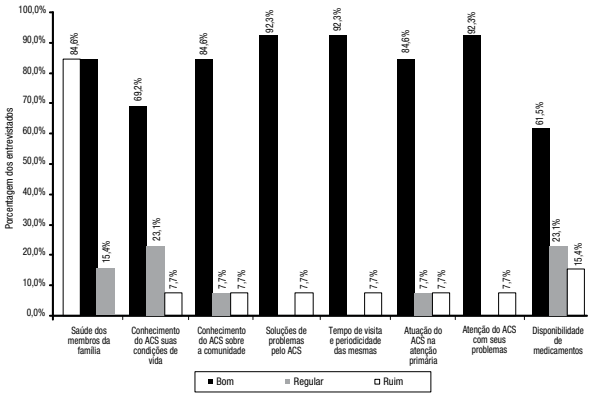


SM = Salário Mínimo R$ 450,00. Referência: agosto de 2008.

Nas famílias com renda maior que 5 salários mínimos mensais (gráfico 5), as variáveis avaliadas entre bom e regular foram: "saúde dos membros da família", "conhecimento do ACS sobre a comunidade", "conhecimento do ACS sobre suas condições de vida", "soluções de problemas pelo ACS", "tempo de visita e periodicidade das mesmas", "atuação do ACS na atenção primaria à saúde", "atenção do ACS com os seus problemas", "disponibilidade de vacina", "disponibilidade dos medicamentos prescritos". Os demais itens analisados não obtiveram resultados estatisticamente significativos.

Gráfico 5

Avaliação do Programa de Saúde da Família por famílias com renda mensal superior a 5 salários mínimos.



SM = Salário Mínimo R$ 450,00. Referência: agosto de 2008.

DISCUSSÃO

Referentes às famílias usuárias do PSF e avaliação do PSF

Estudo realizado em município de MG mostra que para profissionais atuantes no PSF a prevenção é o pilar dessa nova proposta em saúde[15]. Estudo qualitativo realizado em São Sebastião-DF indica que a educação e a prevenção em saúde sob uso de tecnologia de baixo custo já estão sendo implementadas, porém necessita de adequação com métodos apropriados para a orientação dos pacientes dando ênfase a modificação do paradigma da medicalização[20].

De acordo com os dados levantados nos nossos estudos a pontuação média dessa variável segundo a avaliação dos profissionais foi 2,4.

Considerando a humanização no atendimento pelo PSF referente ao estabelecimento de vínculo entre o usuário e o ACS, e a comunidade e o ACS, os resultados demonstraram a satisfação dos usuários. Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos[17-19], reforçando o impacto dessas ações na efetividade do programa.

A solução de problemas pelos ACS foi outro aspecto positivo. Uma barreira encontrada foi a dificuldade de alguns usuários em identificar os limites de atuação dos ACS, levando à insatisfação desses membros da comunidade. É importante que os ACS expliquem esses limites aos usuários, assim como o funcionamento e a hierarquização dos serviços de saúde.

O PSF foi implementado com o intuito de uma mudança assistencial, enfatizando a prevenção primária de ações em saúde, e facilitou o acesso aos serviços, efetivando o princípio de regionalização, equidade e hierarquização do SUS.

É interessante comparar os resultados entre usuários e profissionais do PSF referentes à atuação do ACS dentro do programa. A maioria dos profissionais considerou a participação boa, com um média de 2,65 (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom). Assim como em outros trabalhos (24), a avaliação do ACS foi positiva, podendo ser atribuída à proximidade do ACS com a comunidade, o que permite melhor conhecimento dos principais problemas.

Em relação à periodicidade das visitas domiciliares, o trabalho "A Satisfação dos Usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde", mostrou que a maioria dos usuários (82,5%) recebia visitas mensais realizadas pelos ACS. No presente trabalho, os resultados, em média de 0,83 visitas ao mês pelo PSF, que incluem outros profissionais além dos ACS, demonstram que nem todas as famílias são visitadas mensalmente.

As visitas às famílias, entretanto, foram feitas de forma desigual, sendo que o máximo ao mês foi de 4, e o mínimo, de 0. Mesmo assim, o tempo e a periodicidade das visitas foram considerados satisfatórios pela maioria do entrevistados (65,8%). Resultados que dizem respeito à satisfação do usuário com o tempo e periodicidade das visitas pelo PSF não foram encontrados em outros trabalhos.

Os serviços complementares do Centro de Saúde foram referidos positivamente com relação a: vacinação, atendimento para crianças, atendimento para adultos, atendimento para idosos, controle de diabetes e hipertensão, conselhos sobre alimentação e nutrição, planejamento familiar e controle de doenças epidemiológicas. Foram insatisfatórios os serviços de: Educação sobre higiene de alimentos e acidentes domésticos. A disponibilidade de medicamentos foi considerada regular, pois não atende a todas as necessidades de saúde. No trabalho do distrito de Caucaia-CE[16], os serviços de saúde oferecidos atenderam a demanda de maneira satisfatória. Entretanto, alguns usuários ressaltaram a falta de medicamentos.

Tratando-se de ações educativas, o trabalho do Ceará[18] revelou que o incentivo a participar de sessões educativas foi considerado insatisfatório, resultados estes distintos dos obtidos em outras regiões[20-24].

O acesso aos serviços no Centro de Saúde foi referido como insatisfatório no trabalho do programa do Ceará[16], pela dificuldade de obter informações. O trabalho realizado na Bahia[13] demonstra a dificuldade no acesso a marcações de consulta no local. No presente trabalho, esse aspecto foi avaliado como regular/bom, de acordo com a facilidade para marcar consulta.

Trabalho realizado na cidade de Porto Alegre ressalta a grande importância do ACS dentro e fora das Unidades Básicas de Saúde. Alguns profissionais (21,7%) relataram que os agentes também interagem com a equipe na formação de grupos dos programas de saúde. Para 19,6% dos profissionais das equipes de saúde, o agente participa no controle vacinal e no cadastramento das famílias da comunidade. A busca ativa de faltosos acompanhados pelos programas também foi citada por 15,2% dos profissionais como atividade importante desenvolvida pelos agentes do PSF. Um dado interessante é que, em 13,0% dos relatos feitos pela equipe, uma das atividades do agente em sua unidade é o trabalho de apoio à equipe[18]. De acordo com os dados levantados nos nossos estudos a pontuação média dessa variável segundo a avaliação dos profissionais foi 2,7 como média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável.

Trabalho realizado em vários municípios do estado de São Paulo mostra que o vínculo da população com a unidade de saúde refletido em fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde teve 80% do se escore máximo alcançado segundo avaliação dos profissionais de saúde da atenção básica[17].

Em dois municípios de MG mostra que um alto grau de satisfação profissional está relacionado com a proximidade da comunidade[24]. De acordo com os dados levantados nos nossos estudos a pontuação média dessa variável segundo a avaliação dos profissionais foi 2,8, média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável.

Acesso e disponibilidade dos serviços complementares da atenção básica

O paciente deve ser tratado em todos os aspectos da sua saúde. Integralidade (ou elenco de serviços): implica que a atenção primária deve estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde. Isto inclui o encaminhamento para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários; em estudo realizado em municípios do estado de São Paulo essa variável recebeu dos profissionais da atenção básica entre 70,0% a 80,0% do seu escore máximo de acordo com o instrumento utilizado[17]. De acordo com os dados levantados nos nossos estudos a pontuação média dessa variável segundo a auto-avaliação dos profissionais foi 2,5, média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável.

Estudo realizado sobre atendimento ao diabético em serviço de atenção básica mostra que a adesão foi maior entre os que estavam em uso de tratamento medicamentoso (72,0%) quando comparados aos que não usavam medicamento (67,0%) demonstrando a importância da equipe de saúde na orientação do paciente em todos aspectos de sua vida[22].

Em município do estado de São Paulo, estudo observou que o PSF oferece orientação aos pacientes diabéticos e hipertensos sobre como fazer uma dieta hipocalórica (59,4%), recomendações sobre a importância da atividade física (54,7%), mas não há esclarecimentos suficientes sobre como medidas de redução de estresse podem beneficiar o tratamento dessas doenças (21,9%)[21-22]. De acordo com os dados levantados nos nossos estudos a pontuação média dessa variável segundo a avaliação dos profissionais foi 2,6 que é a média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável.

Nível de satisfação do usuário do PSF e do profissional que trabalha no programa

Primeiramente, é importante ressaltar a pequena publicação de trabalhos quantitativos sobre o nível de satisfação dos profissionais que atuam no PSF. Por isso, é difícil estabelecer parâmetros concretos para comparação direta com os dados do presente trabalho.

No que diz respeito à atuação do PSF no contexto da atenção primária em saúde, neste trabalho foi observado *escore* entre regular e bom, com tendência a regular (pontuação=2,4, média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável).

Em estudo realizado em município de Minas Gerais foi descrito que "a prevenção é o pilar dessa nova proposta em saúde"[23]. Também a respeito dessa variável, em estudo qualitativo realizado em São Sebastião-DF, afirmou que a educação e a prevenção em saúde sob uso de tecnologia de baixo custo já está sendo implementada, porém necessita de implementação de práticas de educação e saúde que visem a orientação dos pacientes para a prevenção de doenças e a diminuição da utilização de medicamentos[19].

A qualidade do atendimento pressupõe a integralidade do serviço de saúde. Isso implica que a atenção primária deve estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde. Isto inclui o encaminhamento para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários; em estudo realizado em municípios do estado de são Paulo essa variável recebeu dos profissionais da atenção básica entre 70% a 80% do seu escore máximo de acordo com o instrumento utilizado[16]. No que diz respeito à avaliação da qualidade da assistência ao paciente, o presente trabalho demonstrou escore entre regular e bom (2,5, média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável.

Em trabalho realizado em Unidade Básica de Saúde na cidade de Porto Alegre ressaltou a importância da atuação do ACS na composição da equipe multiprofissional, no controle vacinal e no cadastramento das famílias da comunidade, na busca ativa de faltosos e no trabalho administrativo. De acordo com os dados levantados nos nossos estudos, o escore relativo à participação do ACS esteve entre regular e bom, com tendência a bom (2,7, média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável).

A respeito da receptividade da comunidade, trabalho realizado em vários municípios do estado de São Paulo mostra que o vínculo da população com a unidade de saúde refletido em fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde teve 80% do se escore máximo alcançado segundo avaliação dos profissionais de saúde da atenção básica[16]. Trabalho realizado em dois municípios de Minas Gerais mostra que um alto grau de satisfação profissional está relacionado com a proximidade da comunidade[23]. Nesse estudo a variável apontada recebeu conceito entre regular e bom com tendência a bom (2,76, média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável).

Em relação à avaliação da qualidade de orientação ao autocuidado, estudo realizado sobre atendimento ao diabético em serviço de atenção básica mostra que a adesão foi maior entre os que estavam em uso de tratamento medicamentoso (72,0%) quando comparados aos que não usavam medicamento (67,0%) demonstrando a importância da equipe de saúde na orientação do paciente em todos os aspectos de sua vida[21].

Em estudos realizados em município do estado de São Paulo foi evidenciado que o PSF ofereceu orientação aos pacientes diabéticos e hipertensos

sobre como fazer uma dieta hipocalórica (59,4%), recomendações sobre a importância da atividade física (54,7%), mas não há esclarecimento suficiente sobre como medidas de redução de estresse pode beneficiar o tratamento dessas doenças (21,9%)[20]. No trabalho citado, a variável relativa à qualidade de orientação ao autocuidado recebeu escore entre regular e bom.

Em relação à percepção da relação entre os profissionais do PSF, o trabalho em equipe é relatado positivamente no sentido de facilitar a divisão de tarefas e negativamente quanto à tomada de decisões. Isso ocorre devido aos conflitos gerados pela diversidade de opiniões[22]. Neste trabalho, a relação interpessoal do PSF foi definida como boa, pois o trabalho em equipe facilita as ações em saúde.

A respeito da construção de vínculo com o usuário do serviço de saúde, observou-se, em outros estudos[22,23], que no PSF a relação entre profissionais e usuários é de maior confiança do que a mesma relação em outros serviços de saúde. Dessa forma, observou-se, maior adesão ao tratamento pelos usuários do PSF. No entanto, esse vínculo é referido negativamente quando a comunidade demanda intervenções fora do poder de resolução do agente de saúde. No estudo realizado, a construção do vínculo entre profissionais e usuários foi descrita como boa, em virtude da mudança de atenção à saúde implantada pelo PSF, mais individualizada e direcionada.

Neste estudo, ainda, a percepção em relação à quantidade de profissionais do PSF é negativa, visto que há demanda muito grande de pacientes para reduzido número de profissionais. Resultado semelhante foi descrito por trabalho realizado em Londrina[24].

Quanto ao tempo desprendido em cada visita e a periodicidade da mesma são referidos de forma positiva em outros trabalhos[22,23], visto que os profissionais de saúde têm maior tempo para atender às necessidades dos usuários. No presente estudo, contudo, essa variável foi avaliada como regular, demonstrando necessidade de aumento do número de visitas e da duração das mesmas.

Não foram encontradas outras publicações a respeito da implantação do PSF. O nosso estudo revelou, porém, que na área de abrangência do Centro de Saúde 03 em Samambaia, a implantação foi regular. Existe insatisfação, ainda, quanto à dificuldade em atender a todas necessidades da população.

Quanto à resolubilidade do serviço no centro de saúde, os profissionais, em estudo realizado em Pernambuco[26], consideraram boa, apesar da carência de profissionais, da falta de contra-referência e de vagas para referência dos casos. No presente estudo, essa variável recebeu ***escore*** entre regular e bom, tendendo a regular[2,28], média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável)

Quanto à qualidade do serviço prestado, foi relatado que uma das principais deficiências é a morosidade no atendimento aos usuários[27]. No presente estudo, essa variável foi avaliada entre regular e bom em 2,47 média simples das pontuações (1-3, 1-ruim, 2-regular, 3-bom) dadas a essa variável.

Quanto à organização dos serviços prestados, indentificou-se deficiência na rapidez e na agilidade o que gera filas de espera devido à grande demanda[27]. O sistema de referência e contra-referência foi considerado como problemático o que junto a outros fatores gera dificuldades no acesso aos cuidados de saúde[26]. No presente estudo, a variável "organização e estrutura" recebeu ***escore*** entre regular e bom tendendo a regular.

Quanto à marcação de consultas, 42,0% dos profissionais apontaram satisfação em estudos anteriores[27]. Já quanto ao encaminhamento, observo-se deficiência no acesso e na integralidade entre a atenção primária e os demais níveis de atenção[27]. No presente estudo, essa variável foi avaliada entre ruim e regular tendendo a regular.

Em geral, os profissionais encontram-se satisfeitos com a remuneração salarial[26]. O profissional de enfermagem, porém, mostrou-se insatisfeito por causa da desigualdade existente para o nível superior[26]. Em outro estudo[27], aproximadamente 21,0% dos entrevistados se mostraram insatisfeitos com seus salários. Em um terceiro trabalho[28] 43,0% dos entrevistados consideraram a remuneração razoável; 32,1% baixa; 17,9% muito baixa e 7,1% boa. A remuneração salarial do presente trabalho foi avaliada entre regular e bom tendendo a regular.

Não foram encontradas publicações que avaliem aspectos relativos a carga horária do profissional do PSF. No presente trabalho, essa variável foi avaliada pelos profissionais entre regular e bom com tendência a regular.

CONCLUSÃO

Constata-se um elevado grau de satisfação de usuários do Programa de Saúde da Família na região estudada, havendo uma clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença, a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento. A maioria dos itens avaliados com significância estatística recebeu conceito entre regular e bom. Percebe-se relação entre o nível de satisfação e a renda familiar mensal. A satisfação aumenta proporcionalmente à renda. A parcela da comunidade que tem renda familiar mensal de até um salário mínimo foi o único grupo que avaliou, com significância estatística, algumas variáveis como ruins ou entre regular e ruim. Estes aspectos podem estar associados a questões sócio-econômicos e de informação e sugerem a necessidade de maior gestão do programa na atenção a estas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Distrito de Mosqueiro, Pará. Ciência e Saúde Coletiva. 2008, 13(1):35-41.

2. Moura ERF, Silva RM. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do Programa Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2006, 19(2): 150-156.

3. Base de dados do Centro de Saúde 03 de Samambaia, Distrito Federal – 2006. Acesso em: http://www.samambaia.df.gov.br/001/00101001.asp?ttCD_CHAVE=213&btOperacao=www.saude.df.gov.br. Data do acesso: 23/04/2008.

4. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning. 1983, 6: 247-263.

5. Prévost A, Fafard A, Nadeau MA. La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l'experience de la Régie Régionale Chadière-Appalaches. The Canadian Journal of Program Evaluation. 1998, 13(1):1-23.

6. Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. Cadernos de Saúde Pública. 1993, 9(3): 283-299.

7. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evaluation and Program Planning. 1983, 6:185-210.

8. Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri W C. A identidade do agente de saúde. Um abordagem fenomenológica. Ciência e Saúde Coletiva. 2008, 13(1): 51-60.

9. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Edição brasileira (UNESCO e Ministério da Saúde). Brasília: Unesco; 2002.

10. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. Scentia Medica. 2005, 15(4): 227-34.

11. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. Rev. Baiana Saúde Pública. 2007, 31(2): 256-266.

12. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência Saúde Coletiva. 2002, 7(3): 581-9.

13. Ronzani TM, Silva CM. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência Saúde Coletiva. 2008, 13(1): 23-4.

14. Silva JA, Ribeiro LC, Silveira M. Avaliação do Nível de Satisfação dos Usuários do Programa saúde Família no Bairro Furtado de Menezes. XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 20-24 de setembro de 2004; Caxambú – MG - Brasil. Campinas: ABEP, 2004.

15. Aguiar A, Moura ER. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. Revista brasileira em promoção da saúde 2004; 17 (4): 163-169. Ciência Saúde Coletiva. 2006, 11(3): 683-703.

16. Ibañes N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Ciência Saúde Coletiva. 2006, 11(3): 683-703.

17. Ferraz L, Aerts DRGC .O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência Saúde Coletiva. 2005, 10(2), 347-55.

18. Tomasi E, Facchini LA, Piccini LX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al .Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007, 24(1): 159-172.

19. Hildebram SM, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. Rev Bras de Enfermagem. 2008, 61(3): 319-24.

20. aiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cadernos Saúde Pública. 2006, 22(2): 377-85.

21. Araújo RB, Santos I, Cavaleti MA, Costa JSD, Béria JU. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. 1999, (33)1: 24-32.

22. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública. 2006, 40(4): 727-733.

23. Ronzani TM, Silva CM.O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência Saúde Coletiva. 2008, 13(1): 23-34.

24. Trelha CS, Silva DW, Iida LM, Forte MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). Revista espaço para a saúde. 2007, 8(2): 20-25.

25. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cad, Saúde Pública. 2008, 24(1): 69-78.

26. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios no estado de Pernambuco, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005, 5(2): 1737-45.

27. Francisca ETL, Maria SBJ, Thereza MMM. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006, 59(3): 291-6.

28. Cotta RMM, Schott M, Azevedo CM, Francechini SCC, Priore SE, Dias G.Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006, 15(3): 7-18.