

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A VISÃO DO USUÁRIO

Family health program under the user's perspective

Sara Nader Marta¹

Márcia Aparecida Nuevo Gatti¹

Alberto De Vitta¹

Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão¹

Marta Helena Souza De Conti¹

Sandra de Oliveira Saes¹

Roger Palma²

Ricardo Sandri Carvalho²

¹Professor Doutor. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Sagrado Coração, Bauru - SP

²Aluno do mestrado em saúde Coletiva. Universidade do Sagrado Coração, Bauru - SP

MARTHA, Sara Nader *et al.* Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

RESUMO

Introdução: O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi implantado no Brasil em 1994, e é apontado como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais no nível de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. **Objetivos:** Este estudo objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família no município de Tangará da Serra, Mato Grosso, sob a visão dos usuários. **Métodos:** Participaram do estudo 609 pessoas cadastradas, escolhidas aleatoriamente, nas dez Unidades de Saúde da Família. Estas pessoas responderam a um instrumento elaborado pelos pesquisadores, com questões abertas e fechadas, avaliando os aspectos de acesso e disponibilidade, infraestrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia ou resolutividade, territorialidade e descentralização, informação e participação na gestão. **Resultados:** Os resultados demonstraram perspectivas favorá-

Recebido em: 24/11/2011

Aceito em: 20/01/2012

veis dos usuários em relação à ESF, destacando-se alguns aspectos que mereceram atenção como acolhimento, falta de medicamentos e acesso às consultas. **Conclusão:** Esse resultado permite contribuir para um planejamento mais adequado da gestão das unidades, a fim de possibilitar a melhoria da satisfação dos usuários e aprimoramento deste modelo de atenção básica.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde. Saúde da Família. Acolhimento. Usuário.

ABSTRACT

Introduction: *The Family Health Program (FHP), currently known as Family Health Strategy (FHS), was implemented in Brazil in 1994, and is now regarded as one of the main strategies for service reorganization and professional practice reorientation in health promotion, disease prevention and rehabilitation.* **Objective:** *This study aimed at the evaluation of Family Health Strategy in the city of Tangará da Serra, Mato Grosso state, from the users' perspective.* **Methods:** *Six hundred and nine participants were enrolled in the study. They were randomly chosen from ten Family Health Units. These people answered to an instrument developed by the researchers, with open and closed questions, in order to evaluate aspects of access and availability, infrastructure, hospitality, relationship between users and health professionals, effectiveness or resolvability, territoriality and decentralization, information and management participation.* **Results:** *The results showed favorable prospects of users towards the FHS, whilst certain aspects deserve particular attention, such as hospitality, lack of medications and difficulty in scheduling medical appointments.* **Conclusion:** *The results allow a more adequate planning for the management of units, in order to enable improvements on user satisfaction and also on this basic attention model.*

Keywords: *Health evaluation. Family Health. Hospitality. Users.*

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange promoção e proteção da

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção no sistema de saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, em equipe, destinadas a populações de áreas bem delimitadas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação social, responsabilização, acessibilidade, humanização, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade (BRASIL, 2008).

Dentro deste contexto, em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF) com uma abordagem marcadamente inovadora em seu aspecto de relação interativa entre profissionais e comunidade, tratando-se, no entanto, de um projeto complexo, pela quantidade variada de atribuições e propostas. O PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para atividade com início, desenvolvimento e finalização. Entende-se hoje como uma importante estratégia para mudança do modelo atual.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

O território, trabalho em equipe, intersetorialidade e a população adscrita constituem eixos fundamentais da ESF, sendo a visita domiciliar uma de suas principais diretrizes, que objetiva ampliar o acesso aos serviços e criar vínculos com a população. A compreensão desses aspectos é fundamental para a discussão dos processos de trabalho em saúde, gestão, educação permanente/continuada e avaliação de serviços (BRASIL, 2004).

Implantar ou mantê-lo em um município não é simplesmente constituir uma equipe e instalar uma Unidade de Saúde (AYRES *et al.*, 2006), não sendo, portanto uma simples mudança de nomenclatura de Unidade Básica de Saúde (UBS) para ESF sem seguir seus princípios e filosofia de estratégia.

Contudo, a credibilidade e consolidação de qualquer programa devem estar calcadas em uma avaliação sistemática. A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas, a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, o julgamento da incorporação de novas práticas sanitárias

na rotina de profissionais e a mensuração do impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2006).

A avaliação do programa pelo usuário remete ao repensar da participação popular, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que significa o resultado de uma maneira da expressão popular perante o serviço público existente. Para Araújo *et al.* (2005), é necessário ampliar e promover a participação social dos usuários com a busca de maior co-responsabilização na gestão e controle do programa. Esta ampliação da participação se consolida na medida em que se viabiliza a capacidade de grupos de interesse em influenciar, direta ou indiretamente, a formulação de gestão de políticas públicas. Esse processo assume um caráter diferenciador, não só quanto à legitimidade, mas principalmente quanto à garantia de democratização da gestão dos bens públicos.

A percepção e a avaliação que o usuário tem sobre definidas dimensões dos serviços de saúde é entendida como satisfação. Esta, assim considerada, pode ser entendida como um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Uma combinação de métodos tem sido sugerida para o estudo da satisfação de usuários, superando os limites associados a cada um deles em particular (ASPINAL *et al.*, 2003). Com isto, permite-se que sejam privilegiados espaços para análises quantitativas, buscando captar a amplitude do fenômeno; e qualitativas, que permitam aprofundar sua complexidade (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006). É justamente neste contexto que este estudo se enquadra uma vez que avaliou o Programa Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), analisando a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados, cujos resultados poderão contribuir para o aprimoramento do mesmo em benefício da comunidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram deste estudo 609 pessoas, cadastradas no Programa Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT). O município possui uma população estimada em 73.719 habitantes, com 46,8% da população cobertas pela ESF, sendo 10 Unidades de Saúde da Família com abrangência de 9.754 famílias e de 34.849 pessoas cadastradas. A faixa etária predominante é de 20 a 39 anos com 12.526 pessoas cadastradas (BRASIL, 2008b). Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram previamente o Termo de

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

Consentimento Livre e Esclarecido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo nº 157/11 da Universidade do Sagrado Coração.

As 10 Unidades da ESF existentes no município de Tangará da Serra (MT) contribuíram com sua participação, sendo que, cada equipe de Saúde da Família era composta por um médico, um enfermeiro, um técnico e um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, um auxiliar de consultório odontológico, agentes comunitários de saúde conforme o número de famílias cobertas, uma recepcionista e uma funcionária de serviços gerais. Dentre as pessoas cadastradas, foram selecionados, aleatoriamente, 609 usuários, que responderam a um questionário para identificar o nível de conhecimento da comunidade sobre a ESF e o grau de comprometimento da comunidade com o programa; avaliar o grau de satisfação com os serviços prestados e a relação existente entre a equipe profissional da ESF e o usuário; avaliar a percepção do usuário quanto à qualidade e competência profissional da equipe da ESF na resolução dos agravos da comunidade assistida.

O instrumento foi elaborado de forma clara, possibilitando fácil compreensão pelos respondentes, não afetando a qualidade das respostas e evitando o uso de termos técnicos. Seu conteúdo abordou temas focados na literatura científica para avaliação do nível de satisfação dos cadastrados no Programa. As perguntas do questionário foram semiestruturadas, solicitando que indicassem a alternativa de sua preferência. O mesmo foi aplicado pelo mesmo pesquisador.

A abordagem aos usuários foi realizada na própria unidade de saúde da família durante o expediente normal de serviço, tomando-se o cuidado para que não interferisse na rotina normal de atendimento.

A técnica utilizada para a análise e interpretação dos dados, foi a de agrupamento em categorias, embasadas nas dimensões de acesso e disponibilidade, infraestrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia ou resolutividade, territorialidade e descentralização, informação e participação na gestão. A escolha desta proposta foi adotada por já estar validada como padrão metodológico em processos de avaliação da satisfação do usuário condizente com a realidade da população brasileira (BRASIL, 2006).

A satisfação foi analisada de acordo com o modelo de Silva *et al.* (1995), mostrando que quando a tendência é registrá-la (em seus aspectos positivos), os resultados desfavoráveis encontrados (insatisfação) devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes sobre o serviço em questão. Alguns estudos passaram a destacar a importância de se debruçar sobre a avaliação da “insatisfação” (WARE *et al.*, 1983; ZASTOWNY *et al.*, 1989; COYLE,

1999), pois esta categoria permite revelar aspectos dos serviços que precisam ser melhorados e, assim, interessam aos administradores (CARR-HILL, 1992).

É exatamente nesta linha de pensamento, que este trabalho se insere, pois apesar da constatação da satisfação positiva dos usuários, notam-se alguns detalhes e contradições nas respostas que merecem análise, pois estes podem comprometer a organização, propósitos e princípios da ESF.

Segundo Creswell (2003), a triangulação de métodos qualitativos e quantitativos é útil para pesquisas que objetivam generalizar resultados e aprofundar conhecimentos sobre fenômenos e/ou conceitos. Isto faz aumentar o poder interpretativo do estudo (CRESWELL, 2003; DENZIN, 1988; ROBSON, 1998; MINAYO, 2006).

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e os resultados das frequência absoluta e relativa apresentados em tabelas.

A análise das respostas abertas foi realizada em forma de associação por convergência, agrupando-se por uma mesma ideia central, possibilitando a análise estatística. E, além disto, com a leitura minuciosa das respostas, selecionaram-se algumas declarações significativas e/ou de relevância para a evolução do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados das questões fechadas relativos ao perfil dos usuários quanto ao sexo, renda familiar e grau de instrução, a percepção do usuário quanto à instalação da ESF na sua comunidade, a satisfação do usuário com relação ao atendimento na ESF e a avaliação do usuário quanto à efetividade da ESF, são apresentados nas tabelas 1 a 4.

Em relação ao perfil do usuário observou-se evidente predomínio de mulheres cadastradas na ESF (tabela 1). De acordo com Aguiar e Moura (2004), a mulher termina por ser o membro da família que mais procura o serviço de saúde e está mais presente na unidade de saúde. Pode-se afirmar que, sendo a mulher aquela que gesta, pare e amamenta, certamente buscará mais apoio na assistência saúde. O homem tem uma maior participação no trabalho extradomiciliar, ficando a mulher com os afazeres domésticos e o cuidado dos filhos, cabendo a estas a responsabilidade pela saúde da família.

A realidade da população atendida é predominantemente de baixa renda, visto que cerca de 92% dos pesquisados recebiam até três salários mínimos como renda familiar (tabela 1), e destes, quase 40% recebiam até um salário mínimo. Verifica-se então, uma população

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

carente no que diz respeito às determinantes sociais de saúde (alimentação, moradia, saneamento, vestuário, cultura).

Com relação à escolaridade (tabela 1) segue-se, a exemplo da renda familiar, com maior propensão aos ensinos fundamental incompleto (25,48%) e médio incompleto (26,88%). Observa-se a presença de alto grau de instrução incompleto.

Tabela 1 – Perfil dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), quanto ao sexo, renda familiar e grau de instrução.

Variáveis	N	%
Sexo*		
Masculino	118	20,07
Feminino	470	79,93
Renda familiar*		
até 1 s.m.**	230	39,12
de1 a 2 s.m.	110	18,71
de2 a 3 s.m.	201	34,18
de3 a 5 s.m.	27	4,59
acima de 5 s.m	20	3,40
Grau de instrução***	N	%
Sem instrução	29	5,06
Ensino Fundamental incompleto	146	25,48
Ensino Fundamental completo	74	12,91
Ensino Médio incompleto	154	26,88
Ensino Médio completo	131	22,86
Ensino Superior incompleto	19	3,32
Ensino Superior completo	20	3,49

* 21 Não Responderam

** Salário mínimo nacional no valor de R\$ 450,00

*** 36 Não Responderam

Quanto às falhas da ESF, 20 usuários (5,56%) apontaram os problemas com a infraestrutura, relatando que, quando chove, não tem uma área de cobertura para espera enquanto a USF ainda não abriu e de falta de bancos/cadeiras para espera da consulta (fruto das longas filas). De acordo com Ramos e Lima (2003), existe comercialização de lugar na fila de espera pela grande demanda reprimida. Com isto, gera-se certa corrupção ou troca de favorecimento, prejudicial a todo processo democrático institucional do SUS. Situação semelhante foi observada neste estudo onde quatro usuários relataram que para agilizar a consulta, pega um pedido médico do SUS para ir ao serviço privado. Disponibilizamos um destes comentários: “*Pego um pedido e pago a metade*”.

As queixas de falta de vagas para consultas médicas (8,14% - quarto lugar de citação) e odontológicas (14,96% - segundo lugar de citação) ilustram esta situação. O sentimento da insuficiência

da ESF para a cobertura da demanda do bairro foi percebida por 54,75% dos usuários (tabela 2). Enquanto os trabalhadores, quem estão de frente para os problemas, não sentirem isso como direito da população e envolverem as instâncias superiores, será difícil incluir alguma estratégia que reverta esse quadro (SCHIMITH e LIMA, 2004).

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

Tabela 2 – Percepção dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), quanto à instalação do PSF na sua comunidade.

Questões	Sim	Não	Total
Você acha que a comunidade do bairro deve ter mais participação no PSF e ser ouvida?*	565 (97,08%)	17 (2,92%)	582 (100,00%)
Você já foi convidado a participar de reuniões para dar opinião sobre o atendimento do PSF? **	80 (13,70%)	504 (86,30%)	584 (100,00%)
Você acha que as unidades de PSF são suficientes para atender a demanda em seu bairro? ***	262 (45,25%)	317 (54,75%)	579 (100,00%)

* 27 Não Responderam

** 25 Não Responderam

*** 30 Não Responderam

A dificuldade de acesso à consulta odontológica foi um dos problemas levantados por cinco dos 17 usuários entrevistados no estudo de Ramos e Lima (2003), que vem ao encontro dos nossos resultados, sendo que dentre as falhas apontadas está a forma de agendamento para as consultas odontológicas (4,72%). Os usuários precisam permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento. A sistemática de marcação de consultas odontológicas tem muitos aspectos positivos, no entanto, pode-se questionar se os moradores da área de atuação, que deveriam estar sendo priorizados pelo critério de territorialização, estão sendo atendidos por seu serviço de referência. Contudo, com relação a esta sistemática, nossos usuários têm praticamente preferências igualitárias, levando pequena vantagem para o agendamento prévio (56%) em relação ao atendimento por livre demanda (44%).

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

Entretanto, faz-se necessária a mudança da forma de agendamento, visto que para este tratamento odontológico ocorre apenas uma vez por mês, favorecendo ainda mais a competitividade para se conseguir uma vaga, além de configurar uma falta de humanização para com seus usuários. E há um comentário em relação ao agendamento odontológico: “*Deveria ser marcado pelo agente de saúde que facilitaria muito mais.*”

A realidade da população adstrita é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso. Isso permite afirmar que não basta aumentar o número de equipes de Saúde da Família sem abrir espaços para novas formas de organização no processo de trabalho. Portanto, a demanda única para o médico, de atendimentos clínicos, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe. A pouca movimentação na unidade quando o médico está ausente, confirma esse achado, o que caracteriza o modelo médico hegemônico, consequência da organização do processo de trabalho que direciona a demanda clínica para o médico na unidade básica (SCHIMITH e LIMA, 2004).

O acolhimento na saúde é a construção de um novo modo de ver a doença, como responsabilidade social, a construção de novos valores de solidariedade, compromisso e construção da cidadania (BUENO, 2007).

Nesta linha de pensamento é que a pergunta relacionada com a recepção (tabela 3) não tem, de forma alguma, a pretensão de ter como definição o acolhimento. Esta apenas serviu como parâmetro da maneira que o usuário se sente ao chegar à porta de entrada destes serviços. Assim, foi observada uma classificação do serviço de recepção em ótima para 27,14% dos casos, 47,57% bom e uma considerável parcela de 20,77% como regular.

Escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2008b). Isto acaba gerando mais confiança ao usuário, aumentando sua autoestima e elevando a credibilidade para com o profissional, facilitando assim a cooperação ao tratamento e continuidade do cuidado.

Neste sentido, a exemplo de um atendimento particular, os cinco primeiros minutos de contato entre o usuário e a porta de entrada da USF, são essenciais para garantir a boa ou a má impressão dos serviços disponibilizados na ESF.

Segundo Schimith e Lima (2004), em um de seus exemplos, um dos trabalhadores caracteriza os usuários que “batem ponto” no ser-

Tabela 3 – Satisfação dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), com relação ao atendimento no PSF.

Questões	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Total
Como você avalia o serviço da recepção no PSF?*	162 (27,14%)	284 (47,57%)	124 (20,77%)	33 (5,53%)	597 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento médico oferecido pelo PSF? **	270 (45,92%)	227 (38,61%)	85 (14,46%)	6 (1,02%)	588 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento odontológico oferecido pelo PSF? ***	243 (46,55%)	200 (38,31%)	70 (13,41%)	9 (1,72%)	522 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento da enfermagem oferecido pelo PSF? ****	227 (41,88%)	231 (42,62%)	71 (13,10%)	13 (2,40%)	542 (100,00%)
Como você classificaria o atendimento dos agentes comunitários oferecido pelo PSF?	221 (36,29%)	222 (36,45%)	102 (16,75%)	64 (10,51%)	609 (100,00%)
Como é o relacionamento do médico do PSF com a população? #	251 (43,50%)	229 (39,69%)	84 (14,56%)	13 (2,25%)	577 (100,00%)
Como é o relacionamento da equipe odontológica do PSF com a população? ##	228 (44,62%)	214 (41,88%)	60 (11,74%)	9 (1,76%)	511 (100,00%)
Como é o relacionamento da equipe de enfermagem do PSF com a população? ###	203 (38,59%)	232 (44,11%)	77 (14,64%)	14 (2,66%)	526 (100,00%)
Como é o relacionamento da equipe dos agentes comunitários do PSF com a população?	215 (35,30%)	243 (39,90%)	95 (15,60%)	56 (9,20%)	609 (100,00%)
Como você classifica a competência/capacidade dos profissionais do PSF? ####	155 (26,45%)	301 (51,37%)	123 (20,99%)	7 (1,19%)	586 (100,00%)

* 6 Não Responderam; ** 21 Não Responderam; *** 87 Não Responderam;

**** 67 Não Responderam; #32 Não Responderam; ##98 Não Responderam;

###83 Não Responderam; ####23 Não Responderam

SALOMÃO, Priscila
Maria Aranda,
BARROSO, Steyce
Kelle Ferraz e
MARCELLINO,
Márcia Clélia Leite.
Efeitos da Marapuama
(Ptychopeatalum
Olacoides Benthian)
nas alterações
motoras induzidas
por reserpina em
camundongos.
Salusvita, Bauru, v.
31, n. 2, p. 105-116,
2011.

viço como dependentes emocionais, sem questionar o porquê dessa atitude. É possível que suas necessidades de saúde não estejam sendo ouvidas e, portanto, não atendidas, por isso o retorno insistente.

Existe um espaço aberto de possibilidades na construção do sistema de saúde: que os atores sociais sintam-se no direito de desejar a mudança e que consigam visualizar a concretude da proposta. Para que isso ocorra é preciso que os trabalhadores de saúde desejem o SUS enquanto projeto de defesa da vida da população e não tomem os serviços de saúde como fonte de sofrimento. Quando os sujeitos trabalhadores se sentirem atores na busca desse projeto, é possível que avancemos em direção à implementação de um sistema legal e, acima de tudo, cidadão (SCHIMITH e LIMA, 2004).

No que diz respeito à forma de abordagem do médico, algo bastante valorizado e referido nas entrevistas, um dos critérios utilizados pelos usuários é o exame físico, que, entre outras coisas, pode determinar a escolha do profissional e do serviço. O exame físico criterioso e detalhado demonstra o interesse do profissional pelo cliente. Para o usuário isso significa maior precisão no diagnóstico e tratamento (RAMOS e LIMA, 2003). Percebeu-se isto também neste estudo, em que oito usuários relataram que o profissional médico deveria diagnosticar melhor e também em um de seus relatos: “*Médicos poderiam estudar um pouco mais os problemas.*”

Uma das formas de manifestação de respeito ao usuário é a pontualidade dos médicos, referida pelos sujeitos desta investigação, confirmando o relato de Oliveira (1998), Ramos e Lima (2003). Diametralmente oposto, o horário ocupa o sexto lugar do que precisa melhorar para o médico - 4,26%. Apesar disto, a competência e a capacidade profissional de todos os trabalhadores da ESF foi considerada como boa (51,37%, tabela 3) para a maioria dos usuários.

Os profissionais de saúde devem reconhecer os limites de seus conhecimentos e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores, como acerca da situação de exclusão social em que vivem assumindo um compromisso ético profundo. O que pode ser ótimo e correto para o profissional pode estar contribuindo para o adoecimento de um usuário. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, estas causalidades externas. É muito comum nos serviços ambulatoriais que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a tornarem-se conhecidos como poliqueixosos, pois a doença ou o risco torna-se o centro de suas vidas (BRASIL, 2008).

As estratégias de superação devem considerar, especialmente, o estabelecimento de vínculo, troca de saberes e o respeito pelo outro

(MARIN *et al.*, 2007). Em relação ao respeito, sem dúvida, foi uma das maiores reclamações dos usuários. Obteve-se a segunda posição em relação a melhorias no atendimento médico (12,02%) e no atendimento de enfermagem (17,73%), aparecendo também entre as falhas da ESF (4,44%) e melhorias no atendimento odontológico (3,15%). Entretanto, detecta-se em pergunta fechada uma boa avaliação com a recepção, contraditoriamente à reclamação geral quanto à educação e respeito ao usuário. E também, quando questionados sobre o relacionamento, os índices foram favoráveis: 43,5% de ótimo para médico, 44,62%, para odontológico, 44,11% de bom para enfermagem e 39,9%, para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este mesmo respeito faz parte, e é essencial, para um bom acolhimento e vínculo profissional-usuário e que nunca deve ser ignorado numa equipe de saúde da família. Seguem alguns depoimentos:

Da informação sobre a ESF: “... atenção das funcionárias e ser bem recebida para mim é muito importante.”

De qual profissional falta para completar a ESF: “Nenhum, o que falta é gente com educação, que trate bem as pessoas.”

Da melhora no atendimento odontológico: “*Saber que a gente não é cachorro.*”

Sobre as falhas da ESF: “Falta de um humanismo da enfermeira.”

Ferraz e Aerts (2005) divulgaram um estudo onde os resultados apontam que o ACS vem desenvolvendo funções que descaracterizam seu papel. As visitas domiciliares são realizadas superficialmente, e o ACS permanece a maior parte do tempo na unidade de saúde, auxiliando a equipe em serviços burocráticos. Este desvio de suas funções acaba por transparecer como ausência delas em serviço de acordo com os usuários: “Agentes de saúde que queiram de verdade trabalhar.” e “*Falta de fiscalização nos agentes de saúde.*” E isto também se reflete nos achados sobre seu atendimento com uma ligeira alta em relação aos outros profissionais na classificação ruim (10,51%, tabela 3), assim como em seu relacionamento (9,2%, tabela 3).

Para ser ACS, é necessário satisfazer certas condições, como ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, morar na comunidade em que trabalha durante pelo menos dois anos e ter disponibilidade de oito horas diárias para exercer seu trabalho (SEABRA, 2006). A nosso entender, estes requisitos são ínfimos perto da grande responsabilidade e importância deste profissional na concretização de um modelo de atenção em saúde seguindo os princípios da ESF.

O modo de trabalho do cirurgião-dentista raramente tem se inserido com as práticas de profissionais de outras áreas, revelando uma escassa familiaridade com o trabalho em equipe. Assim, suas ações ainda permanecem isoladas. Além disso, são perceptíveis os indícios

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

dessas práticas nos serviços de saúde, como os da divisão do trabalho através de especialidades estanques que pouco interagem. Um exemplo vem das Universidades de odontologia e medicina, onde a formação prioriza o tecnicismo e o biologismo, em detrimento de possibilidades de integração (ROBLES, 2008). Assim, pelo menos no aspecto técnico de atendimento, médicos e cirurgiões-dentistas receberam a classificação ótima, com 45,92% e 46,55%, respectivamente (tabela 3). Apesar da ressalva de melhorias de atendimento técnico odontológico: “*Deixar de fazer curativos e obturar.*”

O enfermeiro necessita estar envolvido com o trabalho em equipe e comunidade, uma vez que o envolvimento das pessoas com sua atividade profissional torna-se fundamental não só para sua satisfação pessoal, mas também, voltadas para a satisfação do cliente e a manutenção da instituição, em termos de qualidade dos serviços oferecidos (REBELO, 1995). Neste quesito de atendimento este profissional teve a aprovação de 42,62% dos usuários classificaram (tabela 3).

Se um trabalhador é centro, forma-se uma copa em torno de um só ponto, que pressionado, ora gosta de ser o centro de poder e onipotência, ora se faz exausto por não suportar o peso. Em fragilidade, impotente verga-se e afasta-se em responsabilização; se produz omissão. Neste exemplo, o centro é o trabalhador enfermeiro que é depositário das necessidades dos usuários trazidos pelos agentes comunitários (FORTUNA, 2003) onde muitas vezes, na tentativa de amenizar o peso da demanda reprimida, invade o que é de outro profissional. O usuário percebe nitidamente esta situação e traduz isto por meio do depoimento: “*Ela deveria fazer só o trabalho dela, pois está fazendo o do médico também.*”

É no campo das relações interpessoais que se estabelecem a humanização e o vínculo; logo, é preciso que os indivíduos sejam considerados, de alguma maneira, simultaneamente biológicos e psicossociais e, para isto, é necessário que se instrumentalize os profissionais para estas abordagens (ALVARENGA, 2005).

Na análise relativa à eficácia ou resolutividade do ponto de vista dos pacientes, a satisfação com o serviço de saúde está associada com a resolução do problema que motivou a consulta (HALAL *et al.*, 1994). Tendo isto em mente, a resolução dos problemas após atendimento médico, odontológico e de enfermagem nas ESF foi considerada como sempre resolvidos para a maioria, com 49,83%, 57,08% e 58,38%, respectivamente (tabela 4).

Em termos de disponibilidade de medicamentos, receber os remédios no próprio posto de saúde esteve associado com uma probabilidade 33% maior de resolução do problema quando comparados com os demais pacientes. Este é o principal fator associado com a capacidade resolutiva qualitativa do serviço (HALAL *et al.*, 1994).

Nas unidades da ESF verificou-se que a farmácia básica nem sempre tem a medicação disponível (Tabela 4) em que 41,13% dos usuários disseram encontrar a medicação só às vezes na unidade, seguida por quase sempre com 40,27%.

Tabela 4 – Avaliação dos usuários cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Tangará da Serra (MT), quanto à efetividade do PSF.

Questões	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca	Total
O seu problema tem sido resolvido após o atendimento médico?*	293 (49,83%)	185 (31,46%)	110 (18,71%)	-	588 (100,00%)
O seu problema tem sido resolvido após o atendimento odontológico? **	266 (57,08%)	131 (28,11%)	69 (14,81%)	-	466 (100,00%)
O seu problema tem sido resolvido após o atendimento de enfermagem? ***	296 (58,38%)	140 (27,61%)	71 (14,00%)	-	507 (100,00%)
Em relação aos remédios receitados, você encontra sempre à disposição no PSF? ****	94 (16,04%)	236 (40,27%)	241 (41,13%)	15 (2,56%)	586 (100,00%)
Você participa das reuniões ou palestras promovidas pela equipe do PSF? #	27 (4,69%)	52 (9,03%)	181 (31,42%)	316 (54,86%)	576 (100,00%)

* 21 Não Responderam; ** 143 Não Responderam; *** 102 Não Responderam; **** 23 Não Responderam; #33 Não Responderam

Identificou-se, também, a migração que os usuários fazem na cidade, entre as diferentes unidades de saúde, em busca dos medicamentos, porque muitas vezes não estão disponíveis no local e no momento onde se deu o atendimento. Este deslocamento se dá das Unidades de bairros bem afastados, em direção ao Posto de Saúde Central, onde se encontra a maioria da medicação disponibilizada pelo SUS. Além de este fato gerar dificuldades de acesso, prejudica em muito a adesão do usuário ao tratamento, principalmente em doenças crônicas, diminuindo fortemente sua eficácia e resolutividade (RAMOS, 2003).

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

A presença de medicamentos foi considerada como um dos benefícios à comunidade (3,95%), porém também apontada com uma das principais falhas da ESF (7,78%), quando da sua falta. Em um dos depoimentos configurou-se como falhas a “*Falta de remédios, falta de copos descartáveis e muito lixo hospitalar no chão.*”

Outra forma de aumentar a resolutividade dos casos clínicos é a necessidade de uma prática terapêutica expandida (exercícios, bolsa alimentação, dieta, direito da cidadania, cesta básica), com novas intervenções ou intervenções partilhadas com outros profissionais, o que não é garantido pela ESF (ALVARENGA, 2005).

Quando questionados sobre informação e participação na gestão, foram constatadas diversidades no significado da ESF, por meio da pergunta sobre cognição, com 22,79% das respostas dizendo que a ESF está relacionado com a prevenção e qualidade de vida enquanto para 21,08% está relacionado com ajuda e necessidade. Alguns depoimentos refletem este significado:

“Tudo porque eu preciso muito.”

“Pessoas que procuram uma maneira de ajudar a quem está procurando uma melhora em sua saúde, sua dor. Pessoas compreensivas, seres humanos.”

”Creio que seja uma nova estratégia de política social para a saúde familiar.”

“Significa que os profissionais conhecem a todos os pacientes e seus problemas de saúde, o que fica mais fácil o acompanhamento.”

“Para que possamos tratar de nossa saúde e não da nossa doença.”

Sobre a participação dos usuários em reuniões ou palestras promovidas pela ESF (tabela 4), nota-se nitidamente uma omissão daqueles, visto que a maioria (54,86%) diz nunca ter participado. Entretanto, 86,30% disseram não ter sido convidado a participar de reuniões para dar opinião sobre o atendimento da ESF (tabela 2). Será que com o nível de acolhimento já demonstrado pelos profissionais perante aos usuários, estas omissões não seriam também culpa da própria ESF, uma vez que 97,08% dos usuários clamam por maior participação na ESF com a possibilidade de escuta (tabela 2).

As atividades de promoção e prevenção, propostas pela equipe, também têm apresentado pouca adesão, o que parece merecer reflexão e análise quanto à efetividade das mesmas e adequação às necessidades da população. Além disso, tais medidas precisam ser ampliadas, envolvendo a intersectorialidade, visando não apenas manter uma ocupação e recreação, mas sim qualificação que possibilite conquistas e perspectivas de melhoria das condições de vida (MARIN

et al., 2007). Concordamos com o autor e acreditamos que esta pode ser também uma das causas da omissão dos nossos usuários em reuniões e palestras planejadas pela equipe de saúde da família.

A aproximação entre a Equipe de saúde e a comunidade se constitui num dos objetivos primordiais da ESF, que é a questão do vínculo. Entretanto, este é constantemente quebrado com a instabilidade que ainda impera nos tipos de contratos estabelecidos na maioria dos municípios. A ausência de concurso público e as diferenças salariais apresentadas fazem com que haja uma rotatividade significativa dos profissionais (ARAÚJO *et al.*, 2005).

A ampliação da participação se consolida na medida em que se viabiliza a capacidade de grupos de interesse de influenciar, direta ou indiretamente, a formulação de gestão de políticas públicas. Esse processo assume um caráter diferenciador, não só quanto à legitimidade, mas principalmente quanto à garantia de democratização da gestão dos bens públicos (ARAÚJO *et al.*, 2005).

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos com a realização deste estudo permitiram compreender que, de maneira geral, o nível de conhecimento sobre o significado da ESF diverge muito entre os usuários, notando-se uma predileção no que se refere à promoção, prevenção e qualidade de vida, seguida por necessidade e ajuda. Complementarmente, em relação aos serviços prestados, os usuários dizem estar satisfeitos com a atuação dos profissionais já a relação profissional-usuário é prejudicada pelos indícios de falta de atenção e respeito.

No entanto, a percepção da competência profissional para a resolução aos agravos da comunidade foi considerada favorável e há certa dificuldade de acesso aos medicamentos e às consultas, principalmente a odontológica, relatadas pelos usuários deste serviço público.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R. F. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.17, n.4, p.163-9, 2004.

ALVARENGA, L. M. DE C. A. *A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo tecno*

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

assistencial em saúde: limites e possibilidades. São Paulo, 2005. 113 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, M. F. S. et al. O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 9, p. 1-15, set. 2005.

ASPINAL, F.; ADDINGTON-HALL, J.; HUGHES, R.; HIGGINSON, I. J. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursin**. London, v. 42, n. 2, p. 324-39, may. Review. 2003.

AYRES R.C.V.; PEREIRA S.A.O.E.; ÁVILA S.M.N.; VALENTIM W. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 306-311, abr-jun. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. –

_____. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS*. Brasília, 2006, 16p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2008b.

BUENO, W. S. Boletim: construindo um gestor pleno. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 2007. Parte 3, p. 169-196.

CARR-HILL, R.A. The measurement of patient satisfaction. **Journal of Public Health Medicine**, London, v. 14, n. 3, p. 236-49, 1992.

COYLE, J. Exploring the meaning of “dissatisfaction” with health care: the importance of “personal identity threat”. **Sociology of Health & Illness**, London, v.21, n. 1, p. 95-123, jan.1999.

CRESWELL, J.W. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. Second Edition. Sage publications, 2003.

DENZIN, N.K. The research Act: a theoretical introduction to socio-

logical methods. Englewood Cliffs/Prentice-Hall, New Jersey, 1988.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-76, jun. 2006.

FERRAZ, L. C.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano do trabalho do agente comunitário no PSF em Porto Alegre. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55, abr/jun. 2005.

FORTUNA, C. M. *Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida*. Ribeirão Preto, 2003. 216p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

HALAL, I. S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.131-36, abr. 1994.

MARIN, M.J.S. et al. As contribuições da comunidade para o trabalho da equipe de um PSF. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1065-71, dez. 2007.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec. 2006.

OLIVEIRA, F. J. A. *Serviços de Saúde e seus Usuários: Comunicação entre Culturas em uma Unidade de Saúde Comunitária*. Porto Alegre, 1998. 214p. Dissertação (Mestrado), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

REBELO, P. A. P. Qualidade em saúde: modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1995.

ROBLES, L. P. *Atenção à saúde bucal no município de São Paulo de 2005 a 2007*. São Paulo, 2008. 448p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ROBSON, C. Real world research: a resource for social scientists and practitioner-researchers. Oxford:Blackwell, 1998.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MARTHA, Sara Nader et al. Programa saúde da família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

SEABRA, D. C. *O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional*. Ribeirão Preto, 2006. 126p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, L. M. V. da et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 72-84, mar. 1995.

WARE, J. E.; SNYDER, M. K.; WRIGHT, W. R.; DAVIES, A. R. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Evaluation and Program Planning**, v. 6, p. 247-263. 1983.

ZASTOWNY, T.R., ROGHMANN, K.J., CAFFERATA, G.L. Patient satisfaction and the use of Health Services: Exploration in Causality. **Medical Care**, v. 27, n. 7, p. 705-723, 1989.