

ANDREZA DE FÁTIMA COELHO GARCIA

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES
DO PÚBLICO ENVOLVIDO, VIÇOSA/MG.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS-BRASIL
2010

ANDREZA DE FÁTIMA COELHO GARCIA

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES
DO PÚBLICO ENVOLVIDO, VIÇOSA/MG.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Aprovada em 30 de abril de 2010.

Prof^a. Viviane Delfino de A. Andrade

Prof^a. Karla Maria Damiano Teixeira

Prof^a. Maria das Dores Saraiva de Loreto
Co-Orientadora

Prof. Afonso Augusto T. de F. de C. Lima
Co-Orientador

Prof^a. Neuza Maria da Silva
Orientadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo fato de em todos os momentos que me vi desanimada, ter tido a bondade de me estender a mão através de familiares, amigos, conhecidos, de situações e de acontecimentos, que, inesperadamente, me faziam acreditar que valeria a pena.

Aos meus pais Mirtes e Silvestre, que com sua infinita sabedoria me apoiaram em toda minha trajetória acadêmica, me levantando e muitas vezes me impedindo de cair.

Ao meu filho Rodrigo, por compreender os momentos em que precisei me fazer ausente e por sido a razão pra que eu não desanimasse.

Ao Emerson, meu marido, pelo incentivo, apoio e companhia nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos e aos familiares, que contribuíram direta ou indiretamente para o êxito deste trabalho.

A Neuza, minha orientadora, pela orientação, dedicação e incentivo.

Aos meus co-orientadores Maria das Dores Saraiva de Loreto e Afonso Teixeira de Freitas de Carvalho Lima, pela disponibilidade de participar desta pesquisa e pelas importantes contribuições.

À professora Aurora, que ainda no PET me ensinou a importância da pesquisa, do ensino e da extensão, e que muito me incentivou para alcançar esse desejo.

A todos os profissionais das equipes de saúde do PSF que sempre com simpatia se mostraram dispostos a contribuir com a pesquisa, em especial Ivanilda, Fátima, Aline e Rosinha.

Às amigas Celina e Simone, que em 2007 me incentivaram a tentar o mestrado e mesmo depois me ajudaram no que foi preciso.

A todas as amigas da turma de Pós-Graduação em Economia Doméstica de 2009 e também aos colegas da Pós-Graduação da Economia Doméstica modalidade Minter de Bambuí-MG, pelo companheirismo, carinho e amizade, tornando esta tarefa mais agradável e prazerosa.

Às minhas queridas amigas da turma de 2008, Jacqueline, Lucíola, Ivani, Íris, Kátia, Mariana e Virgínia, para quem me faltam palavras para agradecer pela companhia, amizade e companheirismo nos prazerosos e nos difíceis momentos.

Aos funcionários do DED Aloísia, Helena, Roberto, Francisco, Efigênia, Sr. João, Edneia e Jamadge, pela boa vontade com que me atendiam nos muitos momentos em que eu precisei.

A todos, muito obrigada!

BIOGRAFIA

Andreza de Fátima Coelho Garcia, filha de Mirtes Maria Rodrigues Coelho e Silvestre Teixeira Coelho, nasceu no dia 17 de maio de 1980, na cidade de Viçosa-Minas Gerais.

Em julho de 2005, graduou-se bacharel em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG.

Entre fevereiro de 2006 e fevereiro de 2008, trabalhou no Sistema Equipe de Ensino Ltda., em Viçosa-MG, desempenhando funções administrativas e pedagógicas.

Ingressou em março de 2008 no programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, em nível de mestrado, atuando na linha de pesquisa “Família, Políticas Públicas e Avaliação de Programas e Projetos Sociais”, submetendo-se à defesa da dissertação em 30 de abril de 2010.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE SIGLAS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
1-INTRODUÇÃO: Contextualização do problema e sua justificativa	01
1.1- Objetivos	08
2-REVISÃO DE LITERATURA	09
2.1- Estudos sobre a satisfação, a percepção e a qualidade de produtos e serviços	09
2.2- Fatores que influenciam o desempenho do trabalho	15
2.3- Vantagens da implantação do PSF e os Princípios do SUS	16
3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
3.1- Caracterização da Pesquisa	20
3.2- Local de Estudo	20
3.3- Unidade Empírica de Análise	21
3.4- População e Amostra	21
3.4- Coleta de Dados	26
3.5- Análises dos Dados	33
4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
4.1- Caracterização do ambiente comunitário do PSF 1 e 2	36
4.2- Perfil e Particularidades dos Profissionais do PSF	40
4.2.1- Particularidades dos Profissionais das ESFs	42
4.3- Dificuldades, conflitos e desafios enfrentados pela equipe multiprofissional	44
4.4- Percepção dos profissionais sobre o significado de “família”, “trabalho em equipe”, “dificuldades, desafios e conflitos no PSF” e os “princípios do SUS.	55
4.5- Perfil socioeconômico e particularidades dos usuários	64
4.5.1-. Particularidades dos Usuários	71
4.6- Satisfação do usuário e a qualidade dos serviços oferecidos pelo programa	79
4.7- A efetividade dos princípios do SUS na realidade vivenciada pelos usuários	93

5-CONCLUSÕES	100
6- LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DA PESQUISA	103
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
8- APÊNDICE	114
9- ANEXOS	134

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

Cismiv - Consórcio Intermunicipal de Saúde

CMMC - Centro de Saúde da Mulher e da Criança

CRM/MG - Conselho regional de Medicina de Minas Gerais

CSMC - Centro Social de Assistência a Saúde da Mulher e da Criança

ESF - Equipe Saúde da Família

Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS - Ministério da Saúde

OPS- Organização Pan - Americana da Saúde (2001)

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

Seprop- Órgão da secretaria de saúde do Rio de Janeiro

SPSS - Programa Estatístico Aplicado em Ciências Sociais

SSVP - Sociedade São Vicente de Paula

SUS - Sistema Único de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

RESUMO

GARCIA, Andreza de Fátima Coelho, M. Sc. Universidade Federal de Viçosa, abril, 2010. **Efetividade do Programa Saúde da Família: percepções do público envolvido, Viçosa/MG.** Orientadora: Neuza Maria da Silva. Co-Orientadores: Maria das Dores saraiva de Loreto e Augusto Teixeira de Freitas de Carvalho Lima.

A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde a partir da UBSF, centrando sua atenção na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Mesmo com evidências científicas de que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações tenha deixado de ser um problema na prestação da atenção, sendo necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos do trabalho cotidiano do programa. Por isso, há necessidade de conhecer a satisfação dos usuários, a percepção dos profissionais e a qualidade dos serviços do PSF, como aspectos essenciais para o julgamento da efetividade dos serviços de saúde. Dessa forma, o presente estudo buscou conhecer os aspectos que interferem na satisfação ou insatisfação dos usuários do PSF de um bairro, em Viçosa-MG, com os serviços oferecidos pelo programa, contrapondo a realidade vivenciada com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS; além de analisar as percepções da equipe multiprofissional quanto à estrutura e funcionamento do programa. O estudo se configurou de um caráter exploratório e descritivo, de corte transversal, sendo adotado como estratégia de pesquisa o Estudo de Caso. Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2009, de fonte secundária e primária, e analisados por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo. Os resultados indicaram a satisfação dos usuários com relação às dimensões relacional/profissional e organizacional, embora vários apontamentos tenham indicado deficiências na efetividade do programa. Como exemplo de queixas dos usuários, podem-se citar falta de médicos, remédios, especialistas e o horário de se levantar para conseguir uma ficha de consulta. O conhecimento dos usuários sobre os princípios do SUS é vago e impreciso. No entanto, diante as respostas, percebeu-se que o mais efetivo é a universalidade,

pois mais de 70% dos usuários consideram ter um acesso mais facilitado aos serviços de saúde. Na visão dos profissionais, o programa possui realmente uma proposta dinâmica e transformadora de atenção à saúde da família, mas muitos são os fatores que comprometem sua efetividade, incluindo a falta de capacitação dos profissionais, falta de recursos, amplitude da área adstrita, influência política e o vínculo trabalhista instável. Notou-se que, em função desses fatores, foi pequena a parcela de profissionais que conseguiu definir e distinguir com clareza os princípios do SUS e a real importância da família ter sido eleita como foco do PSF. Entretanto, apesar das limitações, os serviços prestados mostraram-se resolutivos, realmente atendendo aos mais vulneráveis, trabalhando com a área adstrita e tentando estabelecer o vínculo entre a família e a ESF. Reconhece-se, entretanto, que a integração do PSF com os demais setores de saúde precisa ser mais eficaz, para se alcançar maior resolubilidade nos tratamentos prescritos, segundo a necessidade individual do usuário. Na visão dos profissionais, são esperadas melhorias nas condições de trabalho e, com raras exceções, eles se mostraram dispostos a dar o melhor para o êxito da estratégia do PSF.

ABSTRACT

GARCIA, Andreza de Fátima Coelho, M. Sc. Universidade Federal de Viçosa, april, 2010. **Effectiveness of the Program Health of the Family: perceptions of the involved public, Viçosa/MG.** Advser: Neuza Maria da Silva. Co-Advisers: Maria das Dores Saraiva de Loreto e Afonso Augusto Teixeira de Freitas de Carvalho Lima.

The strategy of the PSF was initiated in Brazil in June of 1991, with the implantation of the Program of Communitarian Agents of Saúde (PACS). In January of 1994, the first teams of Health of the Family had been formed, incorporating and extending the performance of the communitarian agents of health from the UBSF, centering its attention in the family, understood and perceived from its physical and social environment. Exactly with scientific evidences of that the expansion of the PSF has favored the fairness and universality of the assistance, if it cannot admit, only for the statisticians, who the completeness of the actions left of being a problem in the installment of the attention, being necessary to analyze the aspects related to the practical ones of health and the processes of the daily work of the program. Therefore it has necessity of if knowing the satisfaction of the users, the perception of the professionals, and the quality of the services of the PSF, while essential aspects for the judgment of the effectiveness of the health services. Of this form, the present study it searched to know the aspects that intervene with the satisfaction or insatisfação of the users of the PSF of a quarter, in Viçosa -MG, with the services offered for the program, opposing the reality lived deeply with the universality principles, equity and completeness of the SUS; beyond analyzing the perceptions of the multiprofessional team how much to the structure and functioning of the program. The study if it configured of a exploratório and descriptive character, of transversal cut, being adopted as research strategy the Study of Case. The data had been collected in the period of September the November of 2009, secondary and primary source, and analyzed by means of descriptive statistics and analysis of content. The results had indicated the satisfaction of the users with regard to the dimensions relationary/professional and organizacional, even so some notes are indicating deficiencies in the effectiveness of the program. As example of complaints of the users it can be cited: lack of doctors, remedies, specialists and the schedule of raising to obtain a consultation fiche. The knowledge of the users on the principles of the SUS is vacant and inexact. However, ahead

the answers, perceived that most effective it is universality therefore more than 70% of the users consider to more have a access facilitated to the health services. In the vision of the professionals, the program really possesss a proposal dynamic and transforming of attention to the health of the family, but, many they are the factors that compromise its effectiveness, including, the lack of qualification of the professionals, lack of resources, amplitude of the attached area, influence politics and unstable the working bond. One noticed that, in function of these factors, the parcel of professionals was small that obtained to define and to distinguish with clarity the principles from the SUS and the real importance from the family to have been elect as focus of the PSF. But although the limitations, the given services had revealed resolute, really taking care of to most vulnerable, working with the attached area and trying to establish the bond between the family and the ESF. It is recognized, however, that the integration of the PSF with the too much sectors of necessary health to be more efficient, to reach greater resolution in the prescribed treatments, according to individual necessity of the user. In the vision of the professionals it is waited improvements in the work conditions and, with rare exceptions, these had revealed made use in giving optimum for the success of the strategy of the PSF.

INTRODUÇÃO: Contextualização do problema e sua justificativa

As conquistas jurídicas, traduzidas na constituição de 1988, têm exercido impactos com maior ou menor intensidade, tanto na economia quanto na política e, inclusive, no bem-estar das unidades familiares, ao promover avanços no estabelecimento de direitos sociais e de garantias individuais e coletivas pela sua proposta de reforma e organização básica dos serviços públicos brasileiros (DANIEL NERY, 2009).

Especificamente, quanto às inovações no setor da saúde, expressas pelo texto constitucional, um manual elaborado pelo ministério da Saúde (Brasil, 2001) expõe, analisando seu conteúdo, a clara intenção constitucional de deslocar o poder do centro para a periferia, tendo como eixo central a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação da comunidade. Nesse sentido, ao município fica delegada a incumbência de prestar serviços de atendimento à saúde da população, cabendo à União e aos estados prover a cooperação técnica e financeira.

Segundo Rosângela Cotta *et al.* (1998), os reflexos da reforma no campo das políticas públicas de saúde direcionaram as práticas em saúde a orientar-se pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade; e pelos princípios organizacionais da descentralização da gestão, regionalização, hierarquização dos serviços e participação social na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

Considerando que os princípios organizacionais dizem respeito aos aspectos que compõem a organização estrutural dos serviços, optou-se por enfatizá-los neste estudo, uma vez que abordam a efetividade do direito à saúde e, conseqüentemente, ao uso dos serviços pelo usuário. Dessa maneira, o princípio da universalidade explicita que todas as pessoas, indiscriminadamente, têm direito à saúde, por se tratar de um direito de cidadania e dever das três esferas de governo: federal, estadual e municipal (EURIVALDO ALMEIDA, *et al*, 2001, p.35).

A equidade, outro princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), atenta às diferenças e desigualdades existentes com relação às necessidades e ao acesso dos grupos populacionais aos serviços de saúde, ao afirmar que:

[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades [...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...] (ALMEIDA, *et al.* 2001, p.35).

Já o princípio da integralidade considera as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Logo, as ações de integralidade devem se articular com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas, repercutindo na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 2001a).

Tomando por base estes princípios, as ações de saúde no Brasil passaram a ser organizadas e concretizadas com a regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS, em que a saúde é definida como direitoⁱ social e princípio constitucional. Assim, conforme Cotta *et al.* (1998), as diretrizes básicas são estabelecidas de maneira que o Estado se torna provedor das condições necessárias para o efetivo funcionamento do modelo de sistema público de saúde, proposto para a sociedade brasileira, ou seja, como ressaltam os referidos autores: *Por intermédio do SUS, o Estado procura instituir um sistema de saúde descentralizado, universal e equitativo, tendo nos serviços públicos a referência principal para a execução das atividades* (COTTA *et al.*, 1998 p.25).

Gastão Campos (1997) salienta que estas conquistas, de caráter jurídico e legal, do sistema de saúde brasileiro apresentaram como principal questão a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Assim, tentava-se criar condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde se aproximasse mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades visando a torná-lo mais humanizado, solidário e, inclusive, resolutivo.

Segundo Cotta *et al.* (1998), esta nova proposta surge para substituir a forma de pensar e praticar saúde, transformando, em nível de orientação normativa, o tradicional modelo

ⁱ O direito universal à saúde foi assegurado pela Constituição de 1988, através do artigo 196, que dispõe: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

sanitário brasileiro, médico, medicamentoso, curativo e individual, que enxergava no hospital a solução para todo e qualquer problema de saúde, em um modelo coletivo multi e interprofissional centrado na família e na comunidade. Segundo Ingrid Elsen (2002), a ênfase dada à família merece grande relevância por ser esta a primeira a perceber os sinais de alteração na saúde de seus membros, como também a primeira a realizar os cuidados necessários.

De acordo com Raphael Aguiar (2010), foi acreditando nessa modalidade de atenção, cuja finalidade seria desenvolver ações na saúde do indivíduo, família e comunidade, além de prevenir doenças e outros agravos da saúde, que, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Programa Saúde da Família (PSF), reafirmando os princípios do SUS de - universalidade, equidade e integralidade - estando estruturado a partir da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Walisete Rosa e Renata Labate (2005) complementam que o PSF surge no Brasil em decorrência de um momento histórico-social, cujo modelo tecnicista e centrado na hospitalização não atendia mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. *A conformidade do programa com os princípios do SUS sugere uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população* (MS, 1998, p.10). Brasil (2001a) ainda acrescenta que a criação do PSF pelo Ministério da Saúde fazia parte da tentativa de reorganizar a atenção básica à saúde, embasando-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência.

Dessa forma, de acordo com Viviane Melo (2007), de posse dos princípios do SUS, a estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde, estruturada a partir da UBSF, com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

Segundo MS (1996), a partir do PSF, o SUS passaria a incorporar atividades de cunho coletivo e abrangente, com perspectivas de, juntamente com outros setores, gerar um impacto significativo na qualidade de saúde e de vida da população. Nesta estratégia de reestruturação, proposta pelo PSF, a eleição da família e do seu espaço físico e social, como unidade de trabalho e base para o atendimento, surge pelo seu próprio reconhecimento como um

importante sujeito na promoção, prevenção e recuperação de seus membros (REGINA MARSIGLIA *et al.*, 2005).

O PSF apresentava como principal objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e levando a saúde para mais perto da família, de forma que a atenção ao usuário fosse percebida a partir do seu ambiente físico e social, conseguindo com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (MS, 1996). Com essa transição do foco da assistência à saúde, passando do indivíduo para a família, acreditava-se que as práticas da Equipe de Saúde da família (ESF) fossem sempre mais enriquecedoras.

A partir das recomendações da Norma Operacional de Assistencial à Saúde (Noas), descrita por Ministério da Saúde-Brasil (2001b), a atenção básica prevista pelo PSF deveria contemplar, no mínimo, um conjunto de ações voltadas à assistência dos seguintes grupos: crianças, mulheres, hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e de hanseníase. Além desses grupos, a saúde bucal também fazia parte das prioridades da atenção básica.

Além destas recomendações, alguns princípios da estratégiaⁱⁱ do programa podem ser apontados, tais como: integralidade e hierarquização, equipe multiprofissional, territorialização e cadastramento. Com relação a estes princípios, Melo (2007) esclarece sua clara ligação com a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) local, explicando que, quanto à *Integralidade e hierarquização*, a UBSF está inserida no primeiro nível de serviços do sistema local de assistência (atenção básica). A manutenção de vínculos com as demais redes de serviços é um dever. A garantia de atenção integral aos indivíduos e famílias seria assegurada pelo atendimento nas clínicas de referência para serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigisse. No que diz respeito à *equipe multiprofissional*, cada UBSF pode atuar com uma ou mais equipes de PSF; já a *territorialização e o cadastramento da clientela* dependem do território de abrangência e são definidos pela UBSF que estiver responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área.

A oferta dos serviços do PSF advém de uma equipe multiprofissional mínima, ou seja, a Equipe Saúde da Família, que assume a responsabilidade por uma determinada população a

ⁱⁱ A estratégia é a criação de uma posição única e valiosa que engloba um conjunto diferente de atividades; significa fazer escolhas de posicionamento competitivo, sendo que sua essência é decidir o que não fazer, e seu sucesso depende de se conseguir fazer muitas coisas bem e em saber integrá-las (PORTER, 1996).

ela vinculada, desenvolvendo ações de promoção e de prevenção da saúde, tratamento e reabilitação dos agravos (BRASIL, 2001a). Esta equipe multiprofissional é composta de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos seis agentes comunitários de saúde, que assumem a responsabilidade pela população adstrita ou restrita a ela vinculada de no máximo 4.500 pessoas, segundo o Ministério da Saúde (1996), através da Secretaria de Assistência à Saúde e da Coordenação de Saúde da Comunidade. É importante notar que cada agente é responsabilizado por um mínimo de 400 e um máximo de 700 famílias; caso esse número seja ultrapassado, obrigatoriamente, mais agentes deveram ser contratados para a equipe mínima.

Segundo o MS (2004), dentre os benefícios gerados pelo PSF destaca-se a promoção de uma expressiva ampliação da oferta de serviços básicos em todo país a diferentes segmentos populacionais, antes excluídos da assistência à saúde. Como uma alternativa para melhorar a assistência à saúde, Melo (2007) acredita que o PSF tenha sido a principal estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tornando-se uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor. Outro ganho importante com o programa seria a união das ações em saúde no nível local, entre saberes multiprofissionais e populares, em que indivíduos e profissionais da ESF se tornam produtores de saúde, permitindo-se pensar em saúde na perspectiva da integralidade, princípio básico do SUS. Acreditava-se que as equipes de PSF, funcionando adequadamente, fossem capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (MS, 2000).

Desta maneira, o MS (2008) ressalta a crescente abrangência do PSF que, ao ser implantado em 1994, beneficiava cerca de 1 milhão de pessoas, chegando, em 2008, a 90 milhões de beneficiados em todo Brasil. Mas o esperado pelo governo federal era que o programa alcançasse 100 milhões de brasileiros até o final do ano de 2009, ou seja, 56% da população.

No entanto percebe-se uma realidade ainda deficiente em relação ao acesso, à qualidade do atendimento e aos serviços de promoção, prevenção e reabilitação, o que nos leva a questionar a real eficiência dos princípios doutrinários do SUS nas atividades de prestação dos serviços de saúde. Uma indagação difícil de conter é por que o crescimento da abrangência do PSF, por exemplo, não tem combatido as notáveis filas nas portas dos

hospitais e as recorrentes notícias de morte por precariedade da assistência, falta de profissionais ou aparelhos ou até pela falta de atendimento?

Segundo Vânia Alves (2005), mesmo com evidências científicas de que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações tenha deixado de ser um problema na prestação da atenção, sendo necessário analisar os aspectos relacionados às práticas de saúde e aos processos do trabalho cotidiano do programa.

Dessa forma, seria utópico acreditar que os problemas de saúde pública no Brasil tenham sido totalmente abolidos tanto com a criação PSF quanto com as demais políticas de saúde posteriormente implantadas, embora se reconheça uma intensa minimização dos mesmos.

Segundo Elaine Oliveira *et al.* (2006), vários desafios ainda precisam ser superados pelo setor de saúde pública, principalmente os relacionados à insuficiência de recursos financeiros e materiais e à disparidade de salários e cargos, dificuldades que geram uma tensão interna no sistema, que passa a ser vivenciada pelos profissionais de saúde. Além destes apontamentos, Maciel Filho (2009), médico pesquisador da Fundação Osvaldo Cruz, enfatiza um problema de grandes proporções no setor de saúde brasileiro, qual seja a indisponibilidade de atendimento médico. O pesquisador ressalta que são mais de 400 municípios no Brasil, que não contam com um único médico disponível à população, mesmo quando o país tem a saúde como um princípio constitucional e um direito universal.

Dentre os problemas que dizem respeito à efetividade das políticas de saúde no Brasil, inclusive em relação ao PSF, Leny Trad *et al.* (2002), em uma pesquisa sobre o PSF, confirmaram até mesmo a falta de conhecimento dos usuários sobre a proposta do programa. Estes autores perceberam que o programa é mais reconhecido pelos usuários a partir da sua materialização em um posto de Saúde e nas ações dos seus profissionais. Os autores apontaram ainda, como curioso, que a referência à Unidade Básica de Saúde da Família (UBFS) não apareceu em nenhum dos grupos focais, já a alusão ao “posto” foi uma constante nos grupos. Com isso, percebe-se na amostragem deste estudo que não existe um discernimento dos usuários do programa quanto à sua proposta, uma vez que, dentro desse programa, o antigo “posto de saúde” foi substituído pela UBSF, que traz consigo uma diferente forma de gestão e atendimento. Essa falta de conhecimento dos usuários sobre a

estratégia do PSF tem sido causa de desentendimentos e conflitos entre usuários e profissionais.

Neste contexto, Monique Esperidião e Leny Trad (2006) observaram que a avaliação da satisfação dos usuários de serviços de saúde pode nos levar a conhecer, por exemplo, a qualidade dos serviços, que pode estar ligada a eventos médicos, tais como as consultas e, até mesmo, aos eventos não médicos, como palestras e minicursos. Os autores também acrescentam que a avaliação dos serviços de saúde deve ser valorizada como parte dos estudos das relações interpessoais, no âmbito da promoção de saúde e como instrumento de controle social. Sabe-se, no entanto, que a visão do usuário e a do profissional podem ser complementares, pois, como já visto por Elaine Oliveira e Wilza Spiri (2006), um estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente e na busca da satisfação das necessidades de saúde.

Conforme argumentam Francisco Acúrcio *et al.* (1991), o estudo da satisfação dos usuários com os serviços de saúde é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da sua existência e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema e fortalecendo a democracia em saúde.

Como comenta Simone Teixeira (2004), o conhecimento da avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também possibilita sua adequação às expectativas da comunidade pertencente à área adstrita. Mas junto ao estudo da satisfação do usuário faz-se necessário conhecer a percepção da ESF sobre a estrutura e funcionamento do programa, pois isso pode ser um caminho para entender as causas e efeitos das deficiências que comprometem a efetividade do PSF.

A partir das ideias expostas, pode-se inferir acerca da necessidade de conhecer a satisfação dos usuários, a percepção dos profissionais e a qualidade dos serviços do PSF como aspectos essenciais para o julgamento da efetividade dos serviços de saúde. Presume-se que o comprometimento do PSF com os princípios de universalidade, equidade e integralidade no desempenho de suas atividades implique que uma maior satisfação dos usuários dependa da fidelidade do programa a estes princípios e, portanto, uma maior efetividade do programa a estes princípios.

1.1 - OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar a percepção dos usuários do PSF com os serviços oferecidos pelo programa, contrapondo a realidade vivenciada com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, analisando também as percepções da equipe multiprofissional quanto à estrutura e funcionamento do programa.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar as condições do habitat familiar de acordo com as peculiaridades do ambiente comunitário das UBSFs.
- Identificar o perfil dos profissionais das ESFs e os fatores que possam influenciar no desempenho de seu trabalho, apontando as possíveis dificuldades, conflitos e desafios enfrentados pela equipe multiprofissional.
- Analisar a percepção dos profissionais da equipe quanto aos princípios da universalidade, equidade e integralidade que regem as atividades do SUS.
- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários, bem como os serviços utilizados por eles.
- Analisar a satisfação dos usuários do PSF com ênfase nas dimensões relacional - profissional e organizacional do programa.
- Examinar a percepção dos usuários quanto à qualidade dos serviços oferecidos pelo PSF e os fatores que possam influenciá-la, bem como a efetividade do programa aos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

2-REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi estruturada em função dos objetivos propostos centrando-se nos seguintes tópicos: Estudos sobre a satisfação, a percepção e a qualidade de produtos e serviços; fatores que influenciam o desempenho do trabalho; e vantagens da implantação do PSF e os princípios do SUS.

2.1- Estudos sobre satisfação, percepção e qualidade de produtos e serviços.

Segundo Esperidião e Trad (2006), os estudos sobre a satisfação de usuários ganharam destaque no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990, sendo impulsionada pelo fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação dos serviços, ampliando-se a cada dia. Com efeito, a incorporação do usuário na avaliação foi reconhecida e valorizada não apenas por e constituir um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (TRAD *et al.*, 2001).

Dessa forma, vejamos o que vem a ser a satisfação na visão de diferentes estudiosos. Para Philip Kotler (1996, p.50), *satisfação é o nível de sentimento de uma pessoa resultante da comparação do desempenho (ou resultado) de um produto em relação às suas expectativas*. James Engel *et al.* . (1978, p.493) definem satisfação como “*uma avaliação em que a alternativa escolhida é consistente com as crenças anteriores com respeito àquela alternativa*”.

Em Wilkie (1994, p. 541 *apud* SIDENY BEBER, 1999, p.4), encontra-se que *a satisfação e a insatisfação referem-se a uma resposta emocional para uma avaliação do consumo de um produto ou serviço*. Já para Evrard (1994 *apud* BEBER, 1999, p.4), *satisfação é o estado de ser adequadamente recompensado em uma situação de compra ou de acesso a um serviço desejado, pelos sacrifícios feitos*.

Apesar de tudo o que se conhece sobre o processo de satisfação, deve-se levar em consideração não apenas o modo como se forma, mas os diferentes tipos de estado inicial e final em que se encontra o indivíduo, assim como o processo que ocorreu no indivíduo. Desta

forma, podem-se obter satisfações de diferentes tipos. Oliver (1997 *apud* BEBER, 1999, p.7) classifica a satisfação em três formas: a) Contentamento: quando o consumidor conhece o resultado, mantendo o mesmo nível de satisfação; b) Prazer: quando o consumidor busca o prazer e o obtém, tornando-se mais satisfeito; e c) Encantamento: de todos os estados emocionais decorrentes da satisfação é o que tem adquirido maior relevância. Ocorre quando os resultados do processo de comparação estão acima das expectativas, tornando o consumidor extremamente satisfeito. Para que ocorra, é necessário não apenas uma experiência positiva, que gera alegria, mas, somada a esta, também uma surpresa positiva.

Especificamente no setor saúde, o estudo da satisfação teve início na década de 1970, baseado em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. Nas últimas décadas, esse tema vem sendo considerado um componente importante na qualidade do cuidado, bem como provedor de informações confiáveis e adequadas sobre a opinião do público em relação aos serviços oferecidos, permitindo seu aprimoramento (PRÉVOST *et al.* 1998; BRUCE, 1990; MORGOLIS *et al.*, 2003; ORTIS *et al.*, 2003 *apud* COTTA *et al.*, 2005, p. 228). “*Neste contexto, a satisfação do usuário é considerada uma meta a ser alcançada pelos serviços, devendo, portanto, ser pesquisada visando ao aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde*” (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006. p.1268).

Segundo Silvia Matumoto *et al.* (2005), esse interesse pelo estudo da satisfação perpassa ações de saúde, traduzindo-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo e no acolhimento, além da autonomia do usuário no cuidado de si.

Neste sentido, sabe-se que estudos voltados para a avaliação da satisfação podem ser mais enriquecedores quando as crenças, valores e atitudes são consideradas. Sarah Atkinson (1993) ressalta a incidência de estudos sobre avaliação de satisfação de usuários que 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. A autora também explica que essa forma de avaliação pode se limitar à mensuração do nível de satisfação com o serviço prestado, sem um esforço de contextualização cultural. Neste caso, quando a experiência do usuário no sistema de saúde se reduz a uma pergunta dicotômica relacionada à satisfação ou insatisfação, deixa-se de contemplar as considerações sobre as crenças, os modos de vida e as concepções do processo saúde - doença dos usuários do sistema de saúde.

É comum, ao se pesquisar a satisfação dos usuários com os serviços públicos de saúde, que sejam poucos ou inexistentes os apontamentos dos entrevistados, que indiquem insatisfação. No entanto, longe do pesquisador, os mesmos entrevistados criticam e se queixam dos serviços. Este fato gera questionamentos quanto aos motivos que influenciam o usuário ora a elogiar ou a ocultar, ora a se queixar dos serviços prestados. Sobre esse aspecto, Romeu Gomes *et al.* (1999) acreditam que a expressão de alta satisfação pode estar mascarando o receio dos usuários de perder o direito ao serviço, mesmo que ele não possua boa qualidade. Para superar isso, Lígia Silva *et al.* (1995) defendem que mesmo sendo poucos os resultados opostos encontrados (insatisfação), eles devem ser registrados com atenção, pois se tornam indicadores relevantes da qualidade do serviço em questão.

Para complementar o estudo da satisfação dos usuários, faz-se necessário entender outros fatores que podem ajudar na abordagem das interfaces que compõem a oferta de serviços de saúde e os determinantes de sua qualidade. Um destes fatores é a percepção do usuário e do profissional de saúde.

A percepção é definida por Christiane Gade (1998) como o processo por meio do qual o indivíduo recebe estímulos através de seus vários órgãos dos sentidos, que são decodificados e posteriormente interpretados.

Corroborando Gade, Michael Solomon (2002) afirma que a percepção é o processo pelo qual as sensações que estão relacionadas à reação imediata dos nossos receptores sensoriais (olhos, ouvidos, nariz, boca, dedos) a estímulos básicos (som, luz, odores, textura), serão selecionadas organizadas e interpretadas. Embora pareça abstrato, entende-se que a percepção reúne uma série sentidos e estímulos que desencadeiam a expressão de opiniões e atitudes dos indivíduos.

O estudo da percepção com relação a serviços de saúde normalmente é associado ao estudo da qualidade destes serviços. Isso porque a qualidade é uma ferramenta de comparação que tem sido utilizada pelos usuários de produtos e serviços para determinar, dentre outras coisas, sua eficiência e seu desempenho.

Quanto à percepção da qualidade em serviços públicos de saúde, Marianella Fadel e Ivan Filho (2006) verificaram a extrema importância de se conhecer a maneira pela qual os usuários e os profissionais percebem a qualidade destes serviços. Os autores acrescentam que esta percepção contribui para verificar se os objetivos da proposta de saúde estão em conformidade com as expectativas dos usuários.

A percepção da qualidade, por parte do usuário de serviços, será sempre subjetiva, embora se baseie frequentemente em indicadores como a disponibilidade do profissional de saúde, o seu interesse pelo caso individual e a sua dedicação. Para, além disso, o usuário também poderá avaliar, dentre outras coisas, a presença e a disponibilidade dos recursos técnicos que são empregados no diagnóstico e no tratamento da sua doença ou do seu sintoma (HANS HIECKHOFF, 2009).

Aguiar (2010) empenhou-se em investigar a percepção do usuário do PSF quanto à atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF), acreditando que, num contexto local, em que se destaca a participação comunitária, seja relevante o processo de avaliação da percepção voltado para as perspectivas dos próprios usuários, já que o Ministério da Saúde considera os usuários importantes parceiros do programa.

Por outro lado, Elisa Haberland *et al.* (2008) conferem importância ao estudo da percepção de equipes multiprofissionais de saúde que, segundo os autores, contribui para a integração entre as áreas, bem como para descobertas que acarretem a relevância da visão multi e interdisciplinar na abordagem terapêutica.

Por isso, entende-se que o estudo da percepção dos profissionais do PSF sobre sua estrutura e funcionamento e sobre o significado ou conceituação dos princípios do SUS pode identificar a realidade da atuação da equipe multiprofissional, podendo beneficiar tanto a equipe quanto o usuário e evitando a ocorrência de conflitos.

A qualidade dos serviços de saúde:

Segundo Ricardo Assada (2001), a qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes através dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço consiste naquilo que o cliente vê e sente, como, por exemplo, a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são amabilidade e cordialidade da equipe, ou seja, os componentes intangíveis estão relacionados diretamente com o relacionamento da equipe profissional com os clientes.

Estudiosos acreditam que as expectativas em relação à qualidade dos produtos ou serviços constituem também um determinante ou antecedente da satisfação após a aquisição. As expectativas referem-se ao conhecimento acumulado sobre a qualidade das ofertas de um fornecedor. Assim como a qualidade atual tende a influenciar a satisfação do consumidor, as

experiências passadas também são responsáveis por essa influência, quando representada pelas expectativas. Somam-se, ainda, às expectativas as previsões em relação à capacidade do fornecedor de manter a qualidade no futuro (EUGENE ANDERSON *et al*, 1994).

Segundo Potiguassu Vasconcellos (2002), tem ocorrido uma crescente demanda da sociedade em relação a serviços de qualidade, gerando uma necessidade de mudanças nas suas características e maior cobrança para com os fornecedores de diversos tipos de serviços, inclusive os voltados para a área de saúde.

Tereza Bartolomeu (1998) relata que a prestação de serviços de saúde é uma atividade complexa por uma série de fatores internos e ambientais que podem comprometer seus resultados. Esta autora acrescenta que principalmente os serviços médicos e de saúde têm sua legitimidade no respeito dos princípios de equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade, fato que exige uma liderança administrativa focada na compreensão da própria ciência da administração da saúde e reconhecidamente exige dedicação e competência.

Em se tratando de qualidade no campo específico dos programas e serviços de saúde, esta é tratada, quase que exclusivamente, de maneira objetiva e quantitativa. Predominam, na literatura científica, os estudos que consideram a *qualidade* da saúde unicamente com base em sua dimensão formal, ou melhor, em seus componentes ou elementos, terminando-se, desta forma, por conferir um tratamento reducionista ou unidimensional à *qualidade* (FADEL e IVAN FILHO, 2006).

Acúrcio *et al.* (1991) estão entre os pioneiros que tentaram definir qualidade no contexto dos serviços e programas de saúde considerando os seguintes componentes: fundamentação científica da prática médica; prevenção; cooperação entre consumidores e prestadores de serviço; tratamento integral do indivíduo; relação estreita e contínua entre o médico e o paciente; serviços médicos integrais e coordenados; e coordenação entre atenção médica e serviços sociais e por fim a acessibilidade da atenção para toda a população. Imagina-se que a abordagem efetiva destes componentes não seja fácil e que inclusive ela possa sofrer influência de vários fatores. Desta maneira, Bartolomeu (1998) qualifica como aberto o sistema de prestação de serviços de saúde e ainda afirma que ele sofre variadas influências ambientais, socioeconômicas, políticas e tecnológicas, que podem, por vezes, beneficiar ou dificultar o processo de prestação de serviços.

No presente estudo, adotou-se como base teórica para análise da qualidade dos serviços e complementar à análise da satisfação, as ideias propostas por Bárbara Gattinara *et*

al. (1995), que sugerem vários fatores determinantes da qualidade dos serviços de saúde, dentre eles: competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação); satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); acessibilidade (cultural, social, geográfica, econômica); eficácia (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe); e eficiência (custos, recursos, riscos).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2001) aponta que diferentes aspectos podem comprometer a qualidade dos serviços de saúde, destacando a falta de integração das habilidades e talentos individuais em uma competência coletiva, que produz serviços menos eficientes e de menor efetividade.

No caso específico do PSF, estudos apontam que a falta de afinidade médico- usuário compromete tanto a qualidade do programa quanto a efetividade do serviço prestado. Sobre este aspecto, João Batista Soares (2009), presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM/MG), enfatizou numa das reuniões que objetivava avaliar sugestões para melhorar o PSF em Minas Gerais que:

“a contratação dos médicos do PSF deveria ocorrer por concurso público, sem interferências políticas que acabam provocando a rotatividade dos profissionais. O médico que vai para o PSF não é o que está em vias de se aposentar, mas sim o recém-formado que não conseguiu passar na residência médica e acaba na função de médico de família para "fazer caixa", desvinculando-se depois do programa (SOARES, 2009)”

As palavras de Soares realmente apontam para uma reflexão sobre o trabalho do médico no Programa Saúde da Família, que realmente pode estar temporariamente nesta atividade por falta de outro emprego, ou somente para incrementar o orçamento, situação que pode gerar a não concretização do vínculo. Também não é difícil entender a falta de dedicação exclusiva do profissional de saúde ao trabalho no programa, isso porque as condições de trabalho não têm sido as mais atrativas, e a capacitação para o trabalho no PSF tem sido cada vez mais esporádica ou inexistente. Soares (2009) ainda complementa que este problema se estende para as demais categorias de profissionais do PSF: enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos em enfermagem.

2.2-Fatores que influenciam o desempenho do trabalho

Roberta Costa *et al.* (2008), partindo da realidade prática da organização do trabalho em equipe produzido nas unidades de saúde, observaram como desafios a serem superados a incompletude das equipes de saúde da família, a fragmentação da assistência e dos saberes, a centralidade nas ações isoladas do médico e a concentração das decisões e das responsabilidades em um único profissional. As referidas autoras indicam que a ocorrência destes problemas tem como possíveis causas o despreparo e a deficiência na formação dos profissionais, acostumados e acomodados ao modelo médico biomédico vigente por tanto tempo no âmbito dos serviços de saúde. Em outro estudo, Cotta *et al.* (2006) complementam as dificuldades enfrentadas para a realização do trabalho pelos profissionais do PSF, pontuando a falta de transporte, materiais de trabalho, a precariedade da infraestrutura da UBSF e a escassez de recursos financeiros.

Com relação aos fatores que dificultam o trabalho da equipe multiprofissional, Débora Lodi *et al.* (2003) apontaram a falta de diálogo e união entre os colegas, a não aceitação de críticas construtivas, a falta de motivação e acomodação com certas situações por parte de alguns membros e, ainda, as diferentes visões, pensamentos e personalidades dos profissionais. Estes autores, ainda, ressaltam como queixa diagnosticada no estudo a ocorrência de sobrecarga de trabalho dos profissionais da ESF, por falta de alguns colegas da equipe mínima e pela grande demanda dos usuários.

Sabe-se que o PSF, como estratégiaⁱⁱⁱ de reestruturação do sistema de saúde, vem apresentando fatores que têm comprometido sua eficiência e qualidade. Estudos realizados por Ana Angélica Rocha e Leny Trad (2005) identificaram a questão da inserção do profissional, que acontece a partir da submissão a um processo seletivo simplificado, com vínculo trabalhista, formalizado por meio de contratos de trabalho temporários ou outras formas precárias de incorporação como um desses fatores, por exemplo. Leny Trad (2003) também abordou a instabilidade do vínculo trabalhista e, consequentemente, a insegurança que isto provoca no profissional, como um dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes do PSF. Nesta perspectiva, é importante ressaltar o

ⁱⁱⁱ Segundo Porter (1996), a estratégia é a criação de uma posição única e valiosa que engloba um conjunto diferente de atividades, significa fazer escolhas de posicionamento competitivo, sua essência é decidir o que não fazer e seu sucesso depende de se conseguir fazer muitas coisas bem e em saber integrá-las.

levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes (2009), que, ao analisar o PSF, percebeu que apesar de ele estar completando 15 anos, ainda tem enfrentado diferentes problemas como falta de médicos, enfermeiros e dentistas, além de material de trabalho e veículos.

A sobrecarga de trabalho também aparece como um dos fatores limitantes da eficiência do trabalho no PSF, com relação, principalmente, à figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que se responsabiliza pelas visitas domiciliares a todas as famílias cadastradas de sua microárea. Segundo o Ministério da Saúde - MS (1998), preconiza-se que o ACS faça, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência, ao mês; sendo que, quando necessário, estas visitas podem ser repetidas de acordo com as situações individuais das famílias. Cabe aos demais profissionais da ESF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos ACS.

Ainda sobre os fatores que interferem no desempenho do trabalho, Maria de Lourdes Centa e Bernardo Almeida (2003) enfatizaram que os aspectos políticos merecem devido destaque, uma vez que há falta de responsabilidade, descaso e descompromisso dos políticos, além de suas interferências frequentes no vínculo empregatício e nas ações realizadas, refletindo também na participação comunitária, no planejamento e no estabelecimento de metas e avaliação do programa.

Diante do exposto, pode-se notar que tanto a escassez de recursos quanto as influências políticas e as dificuldades de relacionamento, dentre outros, são fatores que interferem no desempenho da equipe multiprofissional e, conseqüentemente, na efetividade das atividades desenvolvidas, exigindo, por isso, a atenção dos gestores das esferas federal, estadual e municipal para que se alcance qualidade desde a programação até a prestação dos serviços aos usuários.

2.3- Vantagens da implantação do PSF e os Princípios do SUS.

O Programa Saúde da Família, de certa forma, significou uma promessa de transformação no sistema de saúde pública brasileiro mais especificamente na saúde dos moradores menos favorecidos dos municípios. Segundo Luis Fernando Sampaio e Lima (2002), isso se deu por diferentes motivos tais como: por criar novas oportunidades de acesso aos serviços para as comunidades mais vulneráveis, ou seja, mais expostas aos riscos de

adoecer; por estabelecer um procedimento de organização do trabalho entre os profissionais de saúde centrada no indivíduo, na sua família e no seu ambiente, estreitando os vínculos e conhecendo sua realidade e necessidades; por revelar com atitudes práticas, o conceito de responsabilidade sanitária, criando espaços de construção de cidadania; por associar-se à rede de saúde de forma hierarquizada e regionalizada para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade; e, por último, por promover o estabelecimento de relações intersetoriais que possam atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, através de políticas públicas mais integradas.

Costa Filho (2000) ressaltou ainda vantagens tais como: construção do vínculo entre família (e paciente) e médico, desaparecendo as razões que levam à impessoalidade, descontinuidade e desresponsabilização da relação, profissional de saúde - usuário do serviço, complementando que as concretizações destas premissas realmente confirmariam o avanço das políticas públicas de saúde.

A estratégia de ação do programa, conforme descreve MS (2001), contemplou o planejamento e a execução do trabalho pelas equipes multiprofissionais a partir da interação entre elas e os usuários. Sendo assim, dos profissionais da equipe eram esperados o acolhimento da população e a resolução na própria Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) das questões e dos problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela coletividade à qual se encontrava vinculada.

A capacidade de propor soluções, na qualidade de atribuições das equipes, é um dos fatores determinantes do novo modelo de saúde municipal, isso comparado à antiga Unidade de Saúde convencional, cujo atendimento se fazia a partir da procura dos usuários. Como afirma o MS (2001), com a UBSF pretende-se uma relação diferenciada, buscando reorganizar a demanda, propondo uma postura proativa da equipe a partir, sobretudo, do diagnóstico de situação elaborado ainda na fase de implantação.

De posse do diagnóstico, pretende-se identificar os indivíduos de forma personalizada, proporcionar as bases epidemiológicas para a programação das futuras atividades prevendo o acompanhamento de situações em que exista maior vulnerabilidade, tais como: crianças menores de cinco anos de idade, mulheres em idade fértil, gestantes, pessoas portadoras de doenças crônicas, infecciosas ou degenerativas, portadores de sequelas, entre outras condições que podem variar, de acordo com a ocorrência de determinado problema em cada território (SAMPAIO e LIMA, 2002).

Conhecendo as particularidades das famílias e dos indivíduos das famílias, as ESFs organizadas nas unidades de saúde posicionam-se na base de organização dos sistemas locais de saúde, identificando as situações que requerem intervenções diagnósticas e terapêuticas mais sofisticadas em termos de recursos humanos e materiais e, além de tudo, orientando as demandas por atendimento mais especializado.

No decorrer dos anos que sucederam à implantação do PSF, vários estudos têm apontado a diminuição das ocorrências de casos urgentes, devido à sua intervenção precoce em situações de maior risco e à proximidade do profissional com o usuário, atuando como a chamada “porta de entrada” dos casos mais graves que, em situações adversas, lotariam serviços de pronto atendimento, pronto-socorros ou serviços especializados, de forma desordenada.

Nesse sentido, como afirma Mônica Senna (2002), a preocupação do governo a partir da década de 90 em adotar estratégias que atingissem os mais pobres e vulneráveis teve como um dos reflexos a implantação do PSF, que trouxe, em seu bojo, a preocupação em promover o acesso dos setores anteriormente excluídos das políticas do acesso à saúde, voltando-se prioritariamente para os grupos sociais mais vulneráveis.

A intenção de atingir aos mais vulneráveis fez do PSF um potencializador de inclusão social, segundo os apontamentos Sarah Scorel (2008), que identifica 5 dimensões da existência humana, que são rompidas na condição de exclusão social, mas que podem ser abordadas pelas estratégias de atuação da ESF.

Primeiramente na dimensão *econômico-ocupacional*, o PSF tem potencialidade de impacto indireto ao prover tratamento e medicamentos gratuitos, reduzindo ou extinguindo gastos que poderiam levar a família à miséria, ou seja, minimizando choques. Diretamente, o programa cria novos postos de trabalho, como os de agentes comunitários de saúde, embora seja lembrado pela autora que boa parte dos vínculos trabalhistas ocorre de maneira precária, instável e sem direitos.

A equipe do PSF também pode intervir na *dimensão sociofamiliar*, apoiando a prevenção e o cuidado em situações como as de idosos acamados, usuários de drogas e alcoolismo, violência doméstica, gravidez na adolescência e doenças mentais. Quando bem-sucedida, a equipe contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares que, nessas situações, ficam fragilizados e podem mesmo se romper.

Na *dimensão política*, a potencialidade de inclusão social do PSF está na constituição de um espaço de cidadania ativa, não apenas no sentido do acesso e usufruto do direito à saúde, mas no de participação em instâncias como os conselhos locais de saúde. E na *dimensão cultural*, acredita-se que as potencialidades se expressam nas representações sociais positivas ou menos discriminatórias de situações que eram estigmatizadas antes da presença do serviço de saúde, diminuindo a indiferença ou a hostilidade frente ao sofrimento alheio. Finalmente, na *dimensão da vida*, designação usada pela pesquisadora, o PSF também pode contribuir para aumentar a expectativa e a qualidade de vida, além de diminuir o sofrimento.

Seguindo estas premissas, o PSF foi implantado no fim de em 2005 no bairro analisado por este estudo, em Viçosa Minas - Gerais enfrentando, de início, alguns desafios como: estruturação da equipe, amplitude da população adstrita, adequação do imóvel às instalações previstas para uma UBSF e insuficiência de alguns recursos. Contudo, no decorrer de quase 5 anos de funcionamento, vários fatos marcaram sua trajetória tais como: criação da segunda ESF e sua mudança para uma sede independente, realização de eventos, cursos e palestras por parte dos profissionais das equipes e até mesmo eventos culturais com apoio das coordenações locais das unidades.

No entanto, sabe-se que ainda é polêmica a discussão sobre a justiça social das políticas de saúde municipais, e a realidade enfrentada pelo PSF estudado não é diferente. Por esse motivo, este estudo almeja conhecer conjuntamente o perfil dos usuários do PSF e a estrutura do bairro que o sedia, buscando também analisar as possíveis vantagens advindas de sua implantação.

3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos foram estruturados de forma a apresentar a caracterização da pesquisa, o local de estudo, a população e amostra, os métodos de coleta de dados, as variáveis analíticas e os procedimentos de análise dos dados.

3.1 - Caracterização da Pesquisa

O presente estudo configura um estudo de caráter exploratório e descritivo, de corte transversal, sendo adotado como estratégia de pesquisa o Estudo de Caso, em que se analisou uma unidade do Programa Saúde da Família em Viçosa/ MG.

Na visão de Earl Babbie (1999), o estudo de caso permite ao pesquisador coletar o máximo de dados possíveis sobre o tema, descrevendo de forma mais abrangente a comunidade e seus atores, não se atendo à prioridade de generalização dos resultados.

3.2-Local de Estudo

O área de estudo foi o município de Viçosa/MG, especificamente, a microrregião da Mata de Viçosa, a qual possui área total de 300,2 km² e uma população de 74.607 habitantes, segundo IBGE, (2006).

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, a cidade dispõe de um Centro de Saúde para mulheres e Crianças (CMMC- Centro de Saúde da Mulher e da Criança), uma policlínica, um centro de saúde bucal, um centro de especialidades odontológicas (CEO), uma unidade de atendimento especializado e 15 Unidades do Programa Saúde da Família. Ainda existe na cidade o CISMIV- Consórcio Intermunicipal de Saúde, além de dois hospitais que realizam atendimentos pelo SUS.

3.3 - Unidade Empírica de Análise

A presente pesquisa foi realizada no Programa Saúde da Família de Viçosa-MG, implantado no município em 1997, contando com 15 unidades que atendem tanto a zona urbana quanto a zona rural.

Para o dimensionamento amostral, foi selecionado um PSF sediado na zona urbana da

cidade, em um bairro periférico. A escolha pelo PSF deste bairro deu-se pelo fato de ele ter sido um dos primeiros a ser implantado na cidade, por ter grande porcentagem das famílias já cadastradas no momento da pesquisa e ser considerado de fácil acesso. Um fato também importante é que ele é um dos poucos da cidade que possuem duas UBSFs, com uma ESF em cada um deles, devido à ultrapassagem dos preferencialmente 3.500 ou no máximo 4.000 usuários cadastrados. Outro diferencial é o fato de ter iniciado o processo de implantação do Conselho Local a partir da mobilização da comunidade, na tentativa de facilitar o feedback entre a ESF e a comunidade. Vale ressaltar que, devido à presença de duas unidades de saúde no PSF analisado, será utilizada a mesma designação adotada pela coordenação do programa para se referir às unidades PSF 1 (correspondente à UBSF1) e PSF2 (correspondente à UBSF2)

3.4- População e amostra

Para atender aos objetivos propostos duas categorias de indivíduos, foram abordados pelo estudo: a) usuários de famílias atendidas pelo PSF e b) os profissionais que trabalham nas duas ESFs.

a) Sobre a população e a amostra de usuários

O estudo utilizou a amostragem não probabilística que não apresenta, segundo Antônio Carlos Gil (1994, p. 93), "fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente de critérios do pesquisador." Dessa forma, destaca-se a amostragem intencional, que consiste em identificar e selecionar uma amostra de onde seja possível obter as informações necessárias para o estudo. Assim, a amostra foi alcançada por acessibilidade ou por conveniência, já que permite ao pesquisador selecionar os indivíduos a que tem acesso (GIL, 1999).

Fizeram parte desta pesquisa aquelas famílias previamente cadastradas no PSF e que já utilizavam o serviço de atendimento do programa há no mínimo um ano e que, dentre os serviços utilizados, estivesse incluído o atendimento médico no decorrer do ano de 2009. Vale lembrar que para responder em nome da família o representante deveria se enquadrar nas exigências descritas anteriormente ou ser responsável por um usuário que não pudesse responder em seu nome, por exemplo, a mãe respondendo pelo filho menor.

Dessa forma, para saber quantos usuários se enquadrariam nos critérios citados acima para compor a amostra, buscou-se identificar o número de famílias e usuários que receberam atendimento médico durante o ano de 2009. Para isso, fez-se um levantamento sobre a frequência de atendimento médico anual nas duas unidades básicas do PSF. Percebeu-se que no PSF1 não houve atendimento médico de janeiro a junho de 2009 e no PSF2 o atendimento médico ocorria normalmente até o momento da pesquisa. No entanto, como não se pretendia terminar a coleta de dados após o mês de novembro, delimitou-se a população correspondente ao número de famílias atendidas de julho a novembro para as duas UBSFs a fim de se ter uma equivalência populacional. Desta forma, iniciando uma pesquisa documental nos dados cadastrais de atendimento diário/mensal das duas unidades, notou-se que o número de usuários atendidos no período delimitado (01/07/09 a 30/11/09) foi de 845 no PSF1 e 930 no PSF2, compreendendo: consultas, mostra de exames, pequenas emergências, acompanhamento de hipertensão, acompanhamento de diabéticos, atendimento a gestantes, planejamento familiar, troca de curativos, dentre outros. No entanto, associando estes usuários às suas respectivas famílias, a partir do número de cadastro que identifica cada usuário e sua família, foi possível concluir que os atendidos naquele período correspondiam na verdade a 185 famílias diferentes no PSF1 e a 203 famílias no PSF2.

Sabendo que estas famílias se encontravam difundidas entre as 6 microáreas de cada um dos PSFs e que cada microárea abrangia uma certa quantidade de ruas do bairro, buscou-se conhecer a distribuição geral do número de famílias cadastradas no programa, por microárea, conforme pode ser visto na Tabela 01. A divisão dos usuários por microáreas é recomendação do MS - Ministério da Saúde, sendo cada uma delas de responsabilidade de apenas um agente Comunitário de Saúde.

Tabela 01: Relação do número de usuários e famílias atendidos pelo PSF 1 e PSF 2.

MICROÁREAS	PSF 1		PSF 2	
	Nº Usuários/ Microárea	N. Famílias/ Microárea	Nº Usuários/ Microárea	N. Famílias/ Microárea
1	515	156		
2	560	168	622	173
3	531	152	598	172
4	553	164	649	182
5	521	159	572	164
6	534	155	639	182
7			572	171
TOTAL	3214	954	3652	1044

Fonte: Dados da Secretaria de Assistência a Saúde/DAD- DATASUS, Agosto/ 2009.

A partir de então, elegeu-se como critério para o estudo que usuários de todas as microáreas fariam parte da amostra da pesquisa. Sendo assim, buscou-se abordar pelo menos *um usuário por família, de cada uma das ruas*, de cada microárea, além de tentar incluir, entre eles, usuários que pertencessem também aos diferentes grupos de atendimento prioritário das unidades de saúde, a fim de se ter uma distribuição homogênea da amostra.

Conforme era previsto, a acessibilidade da pesquisadora aos usuários que fizeram parte da amostra foi condicionada por alguns fatores passíveis de ocorrência quando se busca uma amostra conveniente, tais como: disponibilidade do usuário para receber ao entrevistador, disponibilidade de alguns dos agentes de saúde para acompanhamento da entrevistadora aos locais de acesso inseguro, dificuldade de encontrar famílias com usuários que se enquadrassem no perfil selecionado, além da resistência de alguns a participar do estudo por medo de possíveis represálias.

Ao fim da coleta de dados, o número de usuários dos PSF 1 e 2, aos quais se teve acesso, após visitar todas as ruas do bairro, e que pertenciam às famílias devidamente cadastradas no programa e atendiam às demais exigências do estudo, pode ser visto nas Tabelas 02 e 03.

Tabela 02- Distribuição da amostra por rua na área adstrita do PSF1, Viçosa-MG /2009.

Micro área	Ruas	Famílias	Micro área	Ruas	Famílias
1	José Medina Floresta	3	4	José Soares	3
	José Timóteo da Silva	2		São Judas Tadeu	2
	Laura Ribeiro de	2		Duque de Caxias	2
	Freitas			Helói Saraiva	2
	TV Marcos Rodrigues de Arruda	2			
	Rua do Caju	2			
2	Jorge Ramos	3	5	TV. José Medina Floresta	1
	Jose Vidigal	3		José Manoel Cabral	2
	Hélio de Souza Lima	2		Arlindo Pereira da Conceição	2
				Rua R	3
				Tunico Bernardes	2
3	Rua Cajuri	2	6	João Batista da Costa	2
	São Miguel	1		Dona Boneca	4
	TV Prof. ^a Maria Lucas	2		Av. Marechal	5
	Pio Poleto	2		Castelo Branco	
	Janaína	2			
	Antonio Lopes Lelis	2			
Total	14	28		12	30

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 03- Distribuição da amostra por rua na área adstrita do PSF 2- Viçosa-MG /2009.

Micro área	Ruas	Famílias	Micro - área	Ruas	Famílias
2	Chiquito Frontino	2	5	Dona Carlota	2
	Dona Militina	3		José Simeão da Cunha	2
	Israel Pinheiro	1		Nasser Simão Muanis	2
	Rua JK	2		Rua Três	2
	Travessa JK	1		Vereador Almiro	2
	Lindolfo Rocha	1		Pontes	
3	Dona Mariinha	3	6	Angelina Bernardes	3
	Juquinha de Paula	5		Travessa Um	2
	Av. Joaquim Lopes de Faria	5		Violeta de Souza	2
				Carmo	
				Mariquinha Maciel	3
4	Joaquim Policarpo	4	7	Formiga	1
	Av. Joaquim Lopes de Faria	5		Guanabara	1
				Dr. Hemerick	4
				João Batista de Oliveira	2
				Mario Dutra	1
				Paris	1
Total	11	32		15	30

Fonte: Dados da pesquisa.

Pode-se afirmar que a amostragem de famílias a que se teve acesso e que participaram do estudo correspondeu a 31.4% das famílias atendidas entre julho e novembro de 2009 no PSF 1, e 30.5% dos atendidos no PSF 2, no mesmo período, correspondendo a 58 famílias no PSF1 e 62 famílias no PSF2.

b) Sobre a população e amostra dos profissionais

As duas ESFs do bairro possuíam a mesma quantidade de médicos (1), de enfermeiras (1), de técnicos em enfermagem (1) e de agentes comunitários de saúde (6). No entanto, também como funcionários, mas pertencentes à chamada Equipe de Apoio, as duas UBSFs

possuíam um auxiliar administrativo e apenas a UBSF 1 possuía um auxiliar de serviços gerais.

É importante ressaltar que durante a coleta de dados a ESF 1 deixou de ter o médico como profissional da equipe, dessa forma, o total de integrantes das duas ESF totalizava 17 profissionais. Apenas 02 integrantes, agentes comunitários de saúde, não se dispuseram a participar do estudo, que contou com o apoio dos seguintes profissionais, das respectivas ESFs 1 e 2: a enfermeira coordenadora da unidade a partir de novembro de 2009, a técnica de enfermagem e 5 dos 6 agentes comunitários de saúde da ESF 1. Já, da ESF 2, participaram a enfermeira coordenadora da unidade a partir de novembro de 2009, a médica, a técnica em enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde.

3.4 - Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2009, de fonte secundária e primária, inicialmente, a partir de dados do DAD- DATASUS^{iv}, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa. A posse dos dados nos possibilitou conhecer os valores numéricos e descritivos do PSF investigado, a saber: número de usuários e famílias cadastradas até aquele momento, idade dos usuários, tamanho das famílias, frequência de usuários pertencentes aos grupos de prioridade e ainda dados socioeconômicos da população de cadastrados no programa.

Num segundo momento, foi realizada a coleta de dados primários que teve início com uma conversa formal com as coordenadoras locais das unidades de saúde, onde foram conhecidas a rotina de cada uma das unidades, as atividades realizadas, algumas limitações de trabalho e, por fim, formalizou-se uma apresentação do pesquisador aos demais profissionais das ESF por intermédio da coordenadora local do programa.

A partir de então, iniciou-se a coleta de dados pelo Método survey - descritivo que, de acordo com Henrique Freitas *et al.* (2000), é indicado caso seja pretensão da investigação

^{iv} Segundo MS (2003), o DATASUS faz parte do departamento de Informática do órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Sendo um órgão de informática de âmbito nacional, representa papel importante como centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação da Saúde

identificar quais situações, eventos, atitudes ou opiniões estão manifestos em uma determinada população. Para tanto, realizou-se um pré-teste com usuários do PSF do bairro, mas não necessariamente pessoas que preenchessem os requisitos exigidos para compor a amostra. Após realização das devidas adaptações e reestruturação do instrumento de coleta de dados, após realização do pré-teste, procedeu-se ao início da investigação com a aplicação do formulário (Apêndice A) ao usuário ou responsável.

O conteúdo do formulário investigava, além dos dados socioeconômicos do usuário e da família, seu possível pertencimento aos grupos de hipertensos, gestantes ou diabéticos; as vantagens ocasionadas pela presença do PSF no bairro; e ainda a satisfação dos usuários com os serviços recebidos se baseando nas dimensões sugeridas por Prévost *et al.* (1998) no estudo de Atkinson (1993) para este fim. Essas dimensões são: a) Dimensão das necessidades: contempla as carências referidas além das demandas associadas com saúde; b) Dimensão cognitiva: investiga a percepção sobre o programa, sua ideia central percebida; c) Dimensão relacional: faz referência ao respeito e à consideração, à escuta, à compreensão, à acolhida e à gentileza por parte dos profissionais da equipe; d) Dimensão organizacional: contempla o tempo de espera (por horário disponível e já no local de atendimento), o horário de abertura e funcionamento, os horários dos profissionais, a localização dos serviços e o acesso à informação; e) Dimensão profissional: aborda o tempo dispensado, a suficiência e clareza das informações, a implicação da busca de soluções, a qualidade ou competência, a eficácia dos serviços e sua disponibilidade.

Entendendo como enriquecedora as sugestões de Prévost *et al.* (1998 *apud* ATKINSON, 1993), neste estudo, foram usadas 3 das suas dimensões - relacional, profissional e organizacional - propostas para análise da satisfação dos usuários com os serviços do PSF. A escolha por apenas três das dimensões foi definida após o pré-teste, que indicou que as respostas das questões referentes as duas primeiras dimensões - necessidade e cognitiva - iam de encontro com as respostas dadas as questões referentes ao estudo da qualidade dos serviços sugeridas por outra autora e abordadas neste estudo. Sendo assim, optou-se por contemplar as variáveis destas duas dimensões dentro das perguntas discursivas relacionadas à qualidade dos serviços, que serão descritas também neste capítulo.

A contemplação das três dimensões escolhidas foi concretizada com o uso de uma escala likert e, posteriormente, procurando superar a dicotomização das repostas da escala,

buscou-se enriquecê-las com uma posterior análise aprofundada e descritiva da qualidade destes serviços, relacionando-a com os aspectos abordados no estudo da satisfação.

Dessa forma, cada dimensão foi descrita a partir de afirmativas que contemplavam as variáveis específicas de cada dimensão e se encontram dispostas escala Likert de 5 pontos, conforme pode ser visto na Tabela 04.

Tabela 04: Afirmativas referentes à satisfação nas dimensões relacional-profissional e organizacional, Viçosa-MG/2009.

DIMENSÃO RELACIONAL - PROFISSIONAL (Relacionamento usuário - ESF)	
GRUPO I	
13	Existe respeito por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço
14	Existe consideração por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço
15	Existe escuta por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço
16	Existe compreensão por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço
17	Existe gentileza por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço
18	O tempo de duração da consulta médica é suficiente
DIMENSÃO ORGANIZACIONAL - GRUPO II	
19	É fácil conseguir um horário para consulta
20	O tempo de espera na UBFS para receber o atendimento é curto e respeitado
21	O horário de funcionamento é suficiente para atender a todos que procuram a UBSF
22	O horário de atendimento do médico é suficiente para atender a todos que buscam
23	Os serviços de atendimento, consultas e exames são organizados

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme apresentado na Tabela 04, a apreciação da satisfação dos usuários com os serviços oferecidos pelo PSF foi então abordada pela formulação de dois grupos de afirmativas: o grupo I, composto por afirmativas que uniam a dimensão relacional e a profissional, e o grupo II, que abordava afirmativas que descreviam a dimensão organizacional. Desta forma, o grupo I, formado por 6 afirmativas, descrevia fatores que investigavam a satisfação do usuário contemplando as relações *usuário - profissional da ESF*,

atendo-se à existência de consideração, gentileza , escuta, compreensão, respeito e à interação médico-usuário.

O grupo II descrevia 5 afirmativas que avaliavam a satisfação do usuário a partir de aspectos voltados para organização dos serviços de atendimento como agendamento da consulta, tempo de espera, horário de funcionamento, horário de atendimento e organização das consultas e exames. A opção pelo uso da escala likert de 5 baseou-se nos preceitos de Hartmut Günther (2003), que enfatiza que esta escala é a mais utilizada nas Ciências Sociais por permitir o levantamento de atitudes, opiniões e avaliações. Sendo assim, a variação da escala foi desde (1) concordo plenamente a (5) discordo plenamente, entendendo que quanto mais próximo de 1 fosse a resposta, maior seria o grau de satisfação do usuário conforme observado na Tabela 05.

Tabela 05 - Relação das variáveis na escala e sua equivalência

	Situação de concordância	Equivalência
1	Concordo Plenamente	Muito Satisfeito
2	Concordo	Satisfeito
3	Indiferente	Indiferente
4	Discordo	Insatisfeito
5	Discordo Plenamente	Muito Insatisfeito

Fonte: Adaptada pela autora com base na escala de Stefano *et al.* (2007).

A construção das afirmativas e sua disposição na escala visavam a investigar a satisfação do usuário, que está sendo visto como o constructo do estudo. Mas quando se constroem afirmativas para investigar um constructo, é importante ter certeza de que realmente estas afirmativas estão investigando com confiabilidade o que você pretende descobrir. Assim, para avaliar a consistência interna das afirmativas e validar com confiabilidade o constructo *satisfação do usuário*, utilizou-se, de acordo com Júnior Hair *et al.* (2005), o Alfa de Crombach, que é uma “medida comumente utilizada de confiabilidade para um conjunto de dois ou mais indicadores de constructo”. Sendo assim, segundo os critérios heurísticos de Marco Aurélio Ferreira (2008), um valor de alfa a partir de 0,75 já pode ser considerado bom, ou seja, as afirmativas estão avaliando bem o fenômeno estudado.

A análise qualitativa da qualidade dos serviços prestados pelo PSF foi considerada necessária diante da já descrita utilização da escala likert para abordar a satisfação do usuário deste estudo. Esse procedimento foi adotado visando a superar o reducionismo e a objetividade da escala elaborada. Esta alternativa foi indicada por Trad *et al.* (2001) por acreditarem que as abordagens qualitativas e dialéticas permitem que os usuários falem sobre os serviços de saúde a partir de um leque mais amplo de posições. Assim, acredita-se que a forma como o serviço se apresenta fica mais clara, permitindo ao mesmo tempo o foco nas interações dos sujeitos, contemplando as crenças, modos de vida e concepções do processo saúde-doença.

Neste sentido, complementando o estudo da satisfação, não se limitando a mensurá-la sem o conhecimento das crenças, valores e opiniões dos usuários, o formulário elaborado abordou a qualidade dos serviços, com base no estudo de Gattinara *et al.* (1995), que realizaram esta análise a partir da competência profissional, da eficiência, da acessibilidade e da eficácia dos serviços. Por último, o formulário contemplou os princípios do SUS, investigando se práticas compatíveis com a universalidade, a equidade e a integralidade estariam presentes nas atividades desenvolvidas pelo programa no bairro.

As entrevistas com o usuário ou responsável ocorreram, em sua maioria, nos domicílios, salvo algumas exceções em que o usuário preferia responder o questionário na própria UBSF, enquanto esperava pelo atendimento, uma vez que não tinha disponibilidade de tempo para receber o pesquisador em casa.

As variáveis analíticas que compuseram o instrumento de coleta de dados dos usuários foram:

Perfil socioeconômico do entrevistado - idade em anos, sexo (masculino, feminino), grau de escolaridade (anos de estudo) descrito pelo entrevistado, renda familiar medida em reais, sendo considerado o somatório da renda de todos os membros da família, n° de indivíduos por família.

Existência de plano de saúde - se usuário do PSF, possuía algum plano privado de assistência à saúde (sim/não e por que)

Fatores que levaram a procurar os serviços da UBSF - proximidade da casa, comodidade, bom atendimento, recebimento de remédios gratuitos, não ter condições de procurar um atendimento particular e situação econômica desfavorável.

Tempo de utilização dos serviços do PSF: intensidade do uso dos serviços medido em meses e anos.

O Relacionamento da ESF com o usuário: existência de respeito, consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza dos profissionais pra com o usuário,

O trabalho da ESF: tempo dispensado pelos médicos, informações suficientes e claras, implicação da busca de soluções, qualidade ou competência e eficácia no tratamento.

Organização da UBSF: tempo de espera (por horário disponível e já no local de atendimento), horário de abertura e funcionamento, horário dos profissionais, localização dos serviços e acesso à informação.

Expectativa dos usuários quanto à qualidade do serviço prestado pelo PSF – foram considerados os cinco fatores que Gattinara *et al.* (1995) indicam para determinar a qualidade dos serviços de saúde, entre os quais: a) **Competência profissional** (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação); b) **satisfação dos usuários** (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo); c) **acessibilidade** (cultural, social, geográfica, econômica); d) **eficácia** (normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe); e e) **eficiência** (custos, recursos, riscos).

Nível de satisfação dos usuários com respeito às dimensões relacional, organizacional e profissional - dimensionando por meio da escala de Likert (concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo, discordo plenamente).

Efetividade dos princípios do SUS – universalidade (facilidade de acesso à saúde, realidade dos direito aos serviços de saúde), **equidade** (atendimento igual para todos, atendimento conforme a necessidade, existência de discriminação), **integralidade** (atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde)

A estruturação da entrevista com os profissionais (Apêndice B), por meio de um formulário, compreendeu perguntas que convergiam para a investigação da sua percepção sobre aspectos que poderiam explicar a realidade vivenciada no programa, contribuindo para o apontamento de possíveis causas e sugestões que visassem a melhorias.

A estrutura do formulário de entrevista permitiu a divisão das questões em grupos de interesses distintos: grupo 1- questões que buscavam traçar o perfil socioeconômico e a

condições de inserção dos profissionais na equipe; grupo 2- questões que analisavam os fatores que poderiam interferir no desempenho da função destes profissionais, como exigências burocráticas do programa, falta de autonomia profissional, fatores políticos, nível da demanda de atendimento, escassez de recursos e quantidade de integrantes da equipe; grupo 3- questões que investigam as razões de o foco do PSF ser a família e o significado do trabalho em equipe; grupo 4- apontamento de possíveis dificuldades, conflitos e desafios atualmente existentes no PSF; e grupo 5- composto por questões relativas ao conhecimento dos princípios do SUS pelos profissionais e sua crença na efetividade dos princípios a partir da vivência no PSF. É importante ressaltar que todos os dados relativos aos profissionais foram coletados em fonte primária, ou seja, por meio de entrevista.

As variáveis analíticas que compuseram o instrumento de coleta de dados dos profissionais foram:

Perfil socioeconômico do entrevistado: idade em anos, sexo (masculino /feminino), grau de escolaridade (em número de anos) descrito pelo entrevistado, renda familiar medida em reais, sendo considerado o somatório da renda de todos os membros, nº de indivíduos por família

Ocupação: de acordo com a função desempenhada na equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde).

Tempo de exercício da profissão no PSF: medido em meses e anos

Fatores que levaram a trabalhar no PSF: falta de outra opção, incrementação de renda, interesse por trabalhar com serviços públicos de saúde, realização pessoal, realização profissional

Vínculo empregatício: contrato, concurso etc.

Capacitação para exercício da profissão no PSF: cursos, palestras, estágio de acompanhamento, não existência de treinamento etc.

Fatores que interferem no desempenho da função: exigências burocráticas do programa, falta de autonomia do profissional, hierarquia dos profissionais, fatores políticos, alta demanda pelos usuários, escassez de recursos (tempo, disponibilidade, transporte, acessibilidade etc...)

A percepção dos profissionais: O significado da assistência às famílias, significado de se trabalhar em equipe no PSF do bairro em questão, dificuldades, conflitos e desafios no desempenho de sua função, considerando os princípios doutrinários do SUS.

3.5 - Análises dos Dados

Em função da natureza quali-quantitativa da pesquisa, dois instrumentos de análise de dados foram usados: análise de conteúdo e estatística descritiva. Sendo o primeiro utilizado para análise das opiniões expressas pelos usuários e profissionais nas questões discursivas que foram gravadas e transcritas, já o segundo serviu para análise das questões objetivas e/ou de resposta curta.

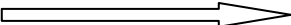
Para análise do questionário dos usuários, foram realizados os seguintes procedimentos:

Para análise dos dados, foi feita a digitação no Microsoft Excell dos dados relativos ao perfil socioeconômico, tempo de utilização dos serviços, à existência de plano de saúde e à participação em grupos prioritários, assim como das 11 variáveis que investigaram a satisfação dos usuários. Posteriormente, através do programa Estatístico Aplicado em Ciências Sociais (SPSS), realizaram-se análises de frequência, média, moda e mediana para todas estas questões.

Especificamente para a análise das questões relativas ao estudo da satisfação, outros procedimentos se fizeram necessários como validar o constructo investigado (satisfação do usuário) explorado a partir de afirmativas na escala likert mostrada no item “coleta de dados”.

Para a validação das afirmativas que descreviam o constructo partiu-se então para a análise da sua consistência adotando as premissas de Ferreira (2008), que recomenda a validação do constructo pelo *Alfa de Crombach*, sendo 0,60 o valor mínimo recomendado. Ainda, para este autor, cabe ao pesquisador ter sensibilidade para perceber o corte mais apropriado ao seu conceito, sendo sugerido, para aqueles conceitos que exigem boa confiabilidade, um corte de 0,70. Mas de modo geral, segundo Ferreira (2008), podem-se tomar como referência os valores crescentes de alfa como:

0.00	0.25	0.50	0.75	1.00
Péssimo	Ruim	Fraco	Bom	Excelente



Fonte: Ferreira (2008).

Dessa forma, conforme atesta Ferreira (2008), caso o valor encontrado se enquadre numa faixa satisfatória do valor de Alfa de Crombach, poder-se-á inferir que o constructo reflete com boa confiabilidade o fenômeno investigado, nesse caso, a satisfação dos usuários do PSF com os serviços prestados pelo programa.

Para análise das questões que tiveram respostas discursivas, optou-se pela análise do conteúdo, baseado em Laurence Bardim (1977). Esta autora esclarece que a técnica permite, através da palavra, a produção de inferências do conteúdo da comunicação de um texto ao seu contexto social e ainda busca categorizar as palavras ou frases semelhantes de um texto, inferindo uma expressão que possa representá-las. Seguindo as premissas desta autora, as seguintes etapas de análise de dados foram seguidas: pré-análise textual e das falas áudio gravadas e transcritas das entrevistas, exploração do material, categorização primária classificando semelhanças e diferenças entre as respostas e, por último, o reagrupamento, que possibilitou a tabulação em função de suas características comuns.

Para análise da entrevista com os profissionais, foram realizados os seguintes procedimentos:

Conforme já descrito, o roteiro de entrevista dos profissionais foi dividido em 5 grupos de questões, que foram analisados também por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo. Especificamente, as repostas das questões do grupo 1, referentes ao perfil socioeconômico e a condições de inserção dos profissionais na equipe, foram digitadas no Microsoft Excell, originando planilhas, que, posteriormente, através do programa Estatístico Aplicado em Ciências Sociais (SPSS), passaram por análises de frequência, cálculo da média, da moda e da mediana.

Já os 5 outros grupos de questões foram tratadas também pelo método de análise de conteúdo seguindo as mesmas etapas sugeridas por Bardim (1977), descritas anteriormente na análise dos dados dos usuários.

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresentará dados sobre o bairro analisado, as unidades de saúde do PSF, os profissionais das ESF e os usuários. Com relação aos profissionais, serão discutidos: o perfil socioeconômico e as particularidades dos profissionais das ESFs do Bairro; dificuldades, conflitos e desafios enfrentados pela equipe multiprofissional; percepção dos profissionais sobre o significado de família e trabalho em equipe; dificuldades, desafios e conflitos no PSF; e os princípios do SUS. Já com relação aos usuários, o estudo abordará: o perfil socioeconômico e particularidades dos usuários; a satisfação do usuário e a qualidade dos serviços oferecidos pelo programa; e a efetividade dos princípios do SUS na realidade vivenciada pelos usuários

4.1- Caracterização do ambiente comunitário do PSF 1 e 2

Sobre o PSF 1

De acordo com o relatório de Diagnóstico Local realizado pelos ACS do PSF 1, geograficamente sua área de abrangência adstrita fica localizada ao leste do município de Viçosa, fazendo limites ao norte e leste com o PSF do bairro Silvestre, ao Sul com o PSF de São José do Triunfo, e a Oeste com PSF 2. Demograficamente, o PSF1 abrange 27 ruas, em algumas há ausência de calçadas e falta de rede pluvial adequada. As ruas foram distribuídas em 6 microáreas que comportam 3401 pessoas em que 51,2% são mulheres. A densidade familiar da área corresponde a 3,47% e a taxa de analfabetismo a 5,23%.

Ainda de acordo com o Diagnóstico realizado pelos ACS do PSF1, 94,59% das casas têm rede de esgoto, embora algumas ainda lancem o esgoto direto no ribeirão. O lixo é coletado em 99,9 % das casas, 94,59% do fornecimento de água é realizado pelo SAAE e 100% das casas possuem luz elétrica e são de alvenaria.

Com relação aos recursos socioculturais, a comunidade usufrui de uma escola de educação infantil, 4 creches, 1 centro espírita, 2 igrejas evangélicas, 9 mercearias, 12 bares, 1

locadora de vídeo, 4 salões de beleza, 1 farmácia, 1 associação de moradores de bairro, 1 conselho local de saúde, 1 centro de esporte e lazer, salões de festa e 7 fábricas.

Segundo os primeiros agentes de saúde a trabalhar no PSF daquele bairro, ele foi instalado por volta de outubro de 2005 na rua José Medina Floresta. Nesta época, faziam parte da ESF apenas 4 ACS e 1 enfermeira, que deram início ao diagnóstico demográfico no bairro quando ele se encontrava na fase final, percebendo-se que o número de famílias excederia o recomendado para a implantação de 1UBSF com 1 ESF. A partir de então, foram convocados mais ACS que trabalharam no cadastramento e também os outros profissionais que comporiam a equipe das famílias. Por volta de março de 2006, já se encontrava em funcionamento a UBSF com duas ESF trabalhando no mesmo local, sendo que cada equipe contemplava 1 médico, 1 auxiliar de enfermagem, 1 enfermeira, 6 agentes comunitário de saúde e 1 auxiliar administrativo.

Em virtude da falta de espaço para o trabalho das duas equipes, ocorreu a separação delas surgindo, então, o PSF 2. A partir de então, o bairro foi dividido em duas áreas adstritas, e as famílias tiveram o cadastro direcionado para a UBSF 1 ou para UBSF 2. No decorrer dos anos, percebe-se que o PSF 1 se localiza exatamente no local onde foi implantada a primeira unidade; já a UBSF 2 passou por dois endereços diferentes após a separação das equipes. Por outro lado, a UBSF 2 conta com o atendimento da mesma médica desde sua fundação até os dias atuais, que, por sinal, é a médica que atuava no UBSF 1 e foi remanejada para a unidade 2, passando a fazer parte da ESF 2 no ato da criação da segunda unidade. Quanto à troca de profissionais, na UBSF 2, até o momento da pesquisa só havia sido trocada a enfermeira, já a UBSF1 apresentava grande rotatividade de profissionais. Por lá já passaram 6 médicos diferentes, vários ACS e durante a coleta de dados assim como na UBSF 2 também ocorreu troca da enfermeira. Ainda com relação à UBSF1, a partir do dia primeiro de dezembro de 2009, esta unidade se encontrava novamente sem atendimento médico, fato que preocupava a equipe e os usuários que já haviam ficado todo o primeiro semestre de 2009 sem médico para a unidade.

Apesar das dificuldades enfrentadas, o quadro de profissionais da ESF1 continuava realizando as atividades possíveis de ocorrência, com ou sem a presença do médico. A Tabela 06 mostra a rotina de atividades semanais desenvolvidas pela UBSF1.

Tabela 06: Rotina semanal de atendimento no PSF 1 de julho a novembro. Viçosa-MG /2009.

PSF 1	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã 7:00 as 11:00	12 consultas médicas e 3 atendimentos de urgência	12 consultas médicas e 3 atendimentos de urgência	12 consultas médicas e 3 atendimentos de urgência	12 consultas médicas e 3 atendimentos de urgência	Atendimento de gestantes
Tarde 13:00 as 17:00	Hiperdia 15 consultas reservadas para hipertensos	Folga da médica	Mostra de Exames e troca de receitas	Visita médica domiciliar	Folga médica

Fonte: Dados da pesquisa.

A rotina da unidade de saúde é programada e realizada em função das horas de trabalho do médico (a) em exercício, dos recursos disponíveis para o trabalho, incluindo disponibilidade de transporte para as visitas domiciliares e da formação completa da ESF.

Sobre o PSF 2

A partir da análise do Diagnóstico Comunitário de Saúde do PSF 2, com relação aos seus aspectos geográficos, verificou-se que ele abrange 26 ruas, sendo que cerca de 90% ainda não foram asfaltadas e não possuem calçadas adequadas. A área também possui alguns terrenos baldios e algumas casas situadas, conforme consideração dos ACS, em área de risco. É importante ressaltar que o diagnóstico também aponta a prevalência de ruas em condições de declives elevados.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, a área possui mais de 95% das casas com rede de esgoto, 100% beneficiadas com iluminação pública e coleta de lixo; quanto à estrutura, todas as casas são de alvenaria. Com relação aos recursos socioculturais, a área do PSF 2 possui um colégio, creches, igrejas, capela mortuária, sede da Sociedade São Vicente de Paula- SSVP, campo de futebol, academia, bares, mercados, farmácias, padarias, marmoraria, vidraçarias, oficinas mecânicas, lavanderias, serralherias, distribuidoras de bebidas, salões de

beleza, açougues, capotaria, gráfica, lojas em geral (material de construções, produto agrícola, moveis, peças, produto de limpeza).

O bairro contava ainda com as mais variadas formas de trabalho informal (benzedeiros, cantores, grupos de fuxico, bordado, crochê, vagonite e pintura) promovidos pela ESF, além de atividades culturais (festa junina, cultos e celebrações).

Dentre as atividades extras já promovidas pela ESF do PSF 2, destacaram-se: confraternização no final de ano com a comunidade, curso de pintura em tecido, feira de artesanato, grupo de caminhada “De olho na saúde”, mutirão de preventivo e saúde da mulher - realizado no Dia Internacional da Mulher, puericultura - pesagem e medida das crianças de 0 a 6 anos de idade, campanhas de vacinação e campanha de rastreamento do diabetes infanto-juvenil.

Assim como na UBSF 1, a UBSF 2 também possui uma rotina de atividades e de atendimento específico, conforme pode ser observado na Tabela 07.

Tabela 07: Rotina semanal de atendimento no PSF 2 de julho a novembro. Viçosa-MG /2009.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã 7:00 as 11:00	Atendimento médico	Folga da médica	Atendimento médico	Atendimento Médico	Hiperdia (atendimento reservado para hipertensos e diabéticos)
Tarde 13:00 as 17:00	Atendimento médico	Folga da médica	Folga da médica	Atendimento Pré-natal	Hiperdia (atendimento reservado para hipertensos e diabéticos)

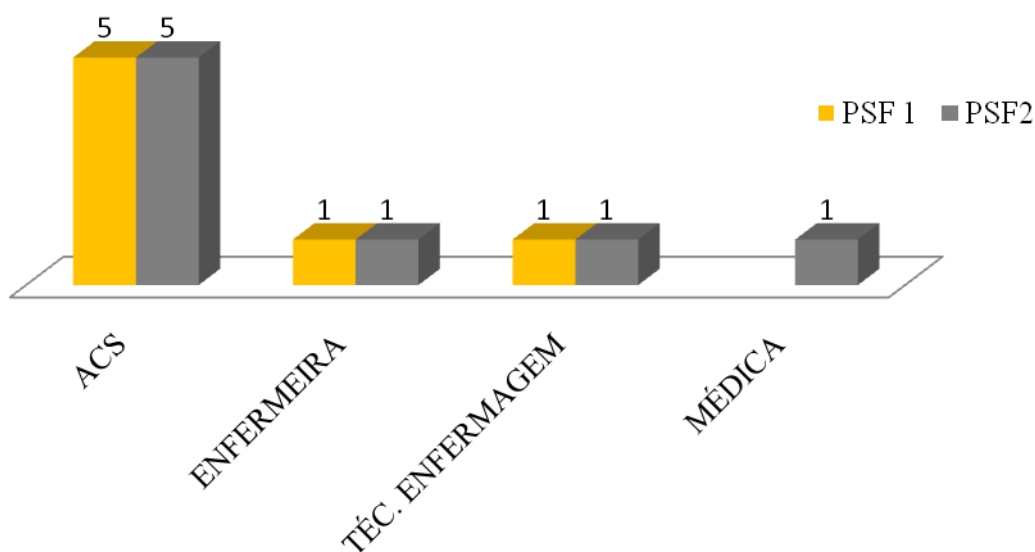
Fonte: Dados da pesquisa.

É importante ressaltar que a rotina de atendimentos varia de PSF para PSF, e as atividades podem sofrer mudanças em decorrência de possíveis imprevistos, normalmente em caso de necessidade de suspensão das consultas, em face, por exemplo, de uma viagem do médico (a), sendo fixados cartazes informativos no exterior das UBS, e os ACS se

encarregando de avisar aos usuários, especialmente os que tinham consultas agendadas para aquela data.

4.2 - Perfil e Particularidades dos Profissionais do PSF

Dos 15 profissionais das ESFs que participaram do estudo, 12 eram mulheres e 3 homens, distribuídos nas seguintes categorias profissionais: 1 médica, 10 agentes comunitários de saúde, 2 enfermeiras e 2 técnicas de enfermagem (Figura 01). É importante lembrar que os profissionais do sexo masculino pertencem à categoria de agente comunitário de saúde e somente ao PSF 2.



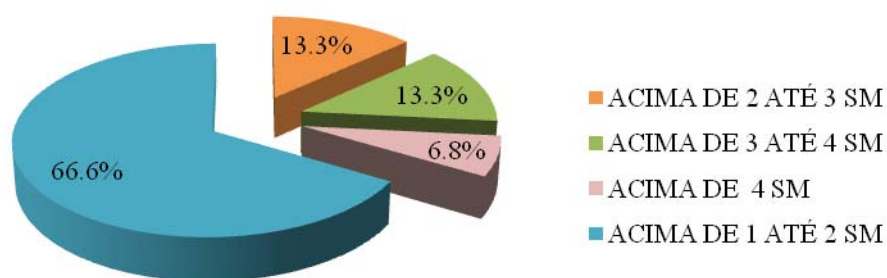
Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 01: Distribuição por PSF dos profissionais participantes do estudo -Viçosa - MG/2009

A idade dos profissionais variava de 26 a 45 anos, sendo que dentre os profissionais da ESF do PSF 1 a faixa etária preponderante era de 30 a 40 anos (71,4%) enquanto na ESF do PSF 2 prevalecia a faixa de 20 a 30 anos (87%).

Quanto ao nível de escolaridade dos profissionais das ESFs, 66,6 % possuíam ensino médio completo, predominantemente os ACS; 13,3% apresentavam formação técnica; e 20%, curso superior. A única médica participante do estudo possuía também residência médica e especialização em endocrinologia, e uma das enfermeiras também possuía especialização em Saúde Pública.

A renda mínima individual dos profissionais variava de acima de 1 até 2 salários mínimos (66,6 %). A faixa superior a 2 até 3 salários era recebida por 13,3 %, que também representava a porcentagem de usuários que recebiam acima de 3 até 4 salários. Já a quantia superior a 4 salários era recebida por 6,8% dos profissionais. Estes percentuais são mostrados na Figura 02.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 02: Renda Individual dos profissionais participantes da pesquisa, Viçosa-MG/2009.

Ainda, em relação à renda, 13,3% dos profissionais possuíam renda familiar acima de 1 até 2 salários; enquanto para 40% desses a renda da família era superior a 2 atingindo no máximo 3 salários, e novamente para outros 13,3% a renda oscilava entre acima de 3 até 4 salários; e os últimos 33,4% possuíam renda familiar superior a 4 salários.

4.2.1 - Particularidades dos Profissionais das ESFs

Alguns aspectos importantes revelaram particularidades destes profissionais de saúde, sendo eles: *caracterização do vínculo empregatício dos profissionais; tempo de Exercício da profissão; e fatores que os levaram a trabalhar no PSF*

Cotta *et al.* (2006), estudando o PSF, ressaltaram a questão do **vínculo empregatício** tanto dos profissionais de saúde do SUS quanto de outras categorias, enfatizando a proliferação de contratos informais de trabalho ao longo da década de 90, acompanhados do não-pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais, privando os trabalhadores de direitos trabalhistas, garantidos por lei. A consequência deste problema, segundo as autoras do estudo, refletiam-se na insegurança do profissional, que permanecia à mercê da instabilidade e das sucessivas trocas de governos e de gestores, tão comuns principalmente em cidades pequenas do Brasil.

Resultados semelhantes foram encontrados entre os profissionais das ESFs deste estudo, sendo o vínculo empregatício formalizado por um contrato temporário de duração de 1 ano. Conforme apontado, 100% dos profissionais do PSF 1 e 2 são contratados, salvo 1 auxiliar de serviços gerais e outras duas funcionárias, que ocupam o cargo de auxiliar administrativo, que são concursados e efetivos. Embora estes profissionais estejam atuando dentro do PSF, eles não foram incorporados como profissionais da equipe de saúde, pois, de acordo com Brasil (2001), o PSF propõe que cada equipe mínima, teoricamente, seja formada exclusivamente por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Notou-se no discurso dos profissionais das equipes que o vínculo por contrato é um gerador de insegurança e fonte de desestímulo para o exercício da profissão. Preocupação maior com esta instabilidade foi demonstrada pelos ACS, que alegaram receber tantas incumbências por parte dos gestores do programa, que, por outro lado não se preocupavam com a formalização de seu vínculo empregatício para garantir-lhes os direitos assegurados por lei. Segundo os ACS, o direito a férias e décimo terceiro são os únicos que vigoram, sendo privados do seguro desemprego e do fundo de garantia.

Atentando também para a importância da estabilidade do profissional de saúde, Rosa e Labete (2005) acrescentaram que esta falta de estabilidade empregatícia indica que o desmantelamento do PSF é de ordem política, pois, a cada 4 anos, grande parte dos

municípios troca seus prefeitos que, por sua vez, também trocam as equipes por outras, comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, comprometendo o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação da equipe com a família e com a comunidade.

Analisando as ESF estudadas, notou-se que a rotatividade profissional é uma realidade constante em uma das equipes, que já teve 6 médicos diferentes no decorrer dos 5 anos de funcionamento, além de trocas de agentes e enfermeiras. No fim da coleta de dados deste estudo, a unidade não contava mais com a médica, que, com apenas 5 meses de atuação, veio a pedir demissão. A incompletude das ESFs é uma realidade outrora já observada no PSF. Martha Traverso-Yépez, Jhosheanne Bernardino e Lílían Gomes (2007) confirmaram esta realidade em um estudo, pois também encontraram equipes incompletas, que chegaram a iniciar o trabalho com falta de médicos.

Considerando o **tempo de exercício da profissão** dos profissionais de todas as categorias da ESF do PSF, percebeu-se uma grande variação, tendo sido encontrados tanto profissionais que atuavam na área há apenas 10 meses quanto os que atuavam há mais de 8 anos. Porém, quanto ao tempo que estes profissionais exerciam a profissão dentro das unidades de saúde do PSF estudado, observou-se que 20 % atuavam há menos de 1 ano, 13,3% atuavam de 1 a 2 anos, 60% atuavam de 3 a 4 anos e 7,7% atuam há mais de 4 anos na ESF deste bairro.

Segundo Ministério da Saúde (2009), até 2010, seriam investidos mais de R\$ 300 milhões na construção de infraestrutura adequada para o trabalho das Equipes de Saúde da Família. Este dado é animador se pensarmos que o investimento em infraestrutura pode estar vindo do reconhecimento por parte do governo de que muitas equipes trabalham em condições inaceitáveis e que isso compromete a proposta e a resolubilidade do PSF.

Também se reconhece que grande parcela de profissionais de saúde desempregados é somada a uma grande parcela de empregados insatisfeitos com as condições de trabalho, mas que, por diferentes motivos, não podem dispensá-lo.

Déborah Pimentel (2007) revela que as **motivações de um profissional para trabalhar no PSF** são as mais variadas, indo desde a falta de opção no mercado até a necessidade de manutenção do orçamento doméstico, antes e após a sua aposentadoria.

A Tabela 07 mostra a opinião dos profissionais entrevistados neste estudo sobre os fatores que os levaram a trabalhar no PSF.

Tabela 07: Motivos responsáveis pela busca de trabalho no PSF, Viçosa - MG/2009.

Motivadores para busca de emprego nos PSFs 1 e 2		
Motivos apontados pelos profissionais	F	%
O interesse por trabalhar em serviços públicos de saúde	9	60
Necessidade de incrementar renda	2	13.3
Falta de opção por outro emprego	3	26.6
Realização pessoal e profissional	1	6.6
Total	15	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Percebe-se, no entanto, que a maior parte dos profissionais das ESF pesquisadas foi movida pelo interesse em trabalhar com serviços públicos de saúde, não deixando de aparecer motivações associadas à falta de opção de outro emprego, necessidade de aumentar a renda e realização profissional.

Apesar da prevalência da motivação causada pelo interesse por trabalhar em serviços públicos de saúde, não foi especificado, por nenhum dos profissionais, que o serviço público de saúde ao qual se referiam era o PSF. Dessa maneira, embora tenha sido apontado por um estudo realizado na região nordeste do Brasil, Araújo e Dimenstain (2006) acreditam serem raros aqueles que fazem opção pelo trabalho no PSF por sua filosofia e proposta de atenção à saúde. As autoras ainda complementam que, muitas vezes, a precariedade das ofertas e das condições de trabalho tem impulsionado a busca por alternativas de emprego que se encontram distantes dos ideais e de realização profissional.

4.3 - Dificuldades, conflitos e desafios enfrentados pela equipe multiprofissional.

Neste item, foram abordados aspectos, que possivelmente podem interferir no desempenho do trabalho/ estrutura e no funcionamento do PSF.

Entendendo como numerosas as *exigências burocráticas* estabelecidas pelo programa em termos do cumprimento de metas e normas de atendimento, dentre outras, avaliou-se como esses fatores interferiam no desempenho das funções dos profissionais das equipes.

Verificou-se que 53,3% dos profissionais achavam que as exigências burocráticas do programa contribuíam para sua não efetividade; enquanto os 46,7 % restantes não achavam que as exigências influenciam em seu desempenho. No entanto, a maior queixa dos profissionais que se sentiam prejudicados foi em relação ao cumprimento de metas e estabelecimentos de cotas. Dessa forma, 80% dos ACS acreditavam que a necessidade de cumprir mensalmente um número x de produção baseada na quantidade de visitas realizadas fazia com que o trabalho não fosse realizado da maneira recomendada. As falas a seguir ilustram este fato:

*“...infelizmente, as visitas têm que ser rápidas para que se alcance a meta...”*ACS 4.

“...o trabalho com metas a partir de assinatura faz com que casas deixem de ser visitadas...” ACS 3

*“...cumprir a meta 1 e 2 é difícil não sobra tempo para visitas...”*ACS 1

*“...a secretaria de saúde parece estar preocupada com a quantidade e não com a qualidade dos serviços...”*ACS 8

O Ministério da Saúde não explicita a quantidade exata de visitas a serem realizadas diária ou mensalmente, mas deixa claro novamente na PORTARIA GM/MS 648 (DE 28 DE MARÇO DE 2006) III que o ACS deve estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe. Este dado pode ser notado quando se encontra recomendado na CARTILHA do SIAB (1998), banco de dados (*Software*) desenvolvido pelo DATASUS, a seguinte instrução:

“Deve ser anotado o número total de visitas domiciliares que o ACS realizou naquele mês. Pode ser um número maior, igual ou menor do que o número de famílias acompanhadas, pois pode haver famílias que foram visitadas mais de uma vez como famílias que não receberam nenhuma visita. Esse número, em geral, varia a cada mês” (CARTILHA do SIAB, 2005).

Por outro lado, parece não existir esta flexibilidade tão grande em relação à quantidade de visitas a serem realizadas pelos ACS. Oliveira (2007) descreve, na parte de “dicas e conselhos” do seu Manual de Preenchimento dos Formulários dos Agentes Comunitários de Saúde, que todas as famílias adscritas à equipe devem ser visitadas pelo menos uma vez por mês, segundo orientação do Ministério da Saúde. Considerando que este manual tenha sido realizado para uso da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, o autor ainda preconiza que sejam realizadas pelo menos 10 visitas diárias por cada ACS.

Lembrando que neste estudo o agente comunitário que possuía o menor número de famílias em sua microárea tinha 152 famílias cadastradas e o que possuía mais era responsável por 182 famílias, considerando um mês sem feriados, eles teriam no máximo 21 dias para visitar pelo menos uma vez todas as famílias cadastradas. E, de cada visita, espera-se, segundo o MS, que o agente acompanhe todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; que ele oriente as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e sobre sua utilização adequada encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico. Quando necessário, que ele desenvolva ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, dentre outras. Neste contexto, questionam-se a suficiência do tempo para fazer as visitas com qualidade, o cumprimento das recomendações por parte dos ACS, a receptividade das famílias e dificuldade de encontrar o responsável em casa. Assim, deve-se realmente repensar a quantidade de agentes responsáveis por cada microárea, independentemente se no mês ele tenha que visitar todas ou quase todas as famílias cadastradas, pois a boa qualidade da visita é um pré-requisito para a efetividade do programa.

Outro aspecto revelado pelos profissionais como causador de descontentamento diz respeito à quantidade estipulada de atendimentos, de cotas de exames e encaminhamentos normatizados e disponibilizados para uso do PSF, que são claramente vistos como insuficientes pelas ESFs.

Estudando o trabalho em equipe dentro do PSF, Oliveira e Spiri (2006) comentaram que a experiência de trabalhar no PSF possibilitava o desenvolvimento de ações que visassem a mudanças na prática de saúde e à autonomia dos sujeitos participantes desta proposta. Entendendo como sujeito tanto aquele que trabalha como aquele que recebe os serviços do

PSF, verificou-se como a **autonomia ou a falta dela** interfere no desempenho das funções dos profissionais das ESF.

Na opinião dos profissionais participantes do estudo, 33,3% deles acreditavam que a falta de autonomia é um fator que interferia negativamente no desempenho de suas funções, e as justificativas para o fato eram muitas, conforme as falas que se seguem:

“...Por esse motivo, deixamos de solucionar problemas dos usuários, fazendo com que eles voltem pra casa insatisfeitos..” Profissional 5- PSF1

“...Por falta de autonomia, não posso agir por mim mesma, mas na falta do coordenador às vezes temos que nos responsabilizar por alguma ação e assumir as responsabilidades...” Profissional 2- PSF1

“...não podemos fazer nada sem o consentimento da coordenação, mesmo sabendo que aquilo é certo...” Profissional 6- PSF2

“...Por não ter autonomia, temos que acatar certas atividades impostas pelos coordenadores...” Profissional 3 -PSF2

No entanto, uma parcela maior de profissionais, 60%, acreditava que a falta de autonomia não interferia no desempenho do seu trabalho dentro da equipe e também ocorreu em menor número, 6,6% dos profissionais, que não quiseram opinar sobre esta questão.

Dentre aqueles que não veem a falta de autonomia como um problema, alguns esclareceram, como pode ser visto nos depoimentos abaixo:

“...não acho que interfere porque a hierarquia de autonomia dos profissionais deve ser cumprida pra manter o respeito do usuário...” Profissional 9-PSF1

“...a falta de autonomia não interfere, mas o que interfere é a falta de recursos para se fazer o que deve ser feito....” Profissional 6-PSF1

“...ao trabalhar em equipe, as decisões têm que ser tomadas por todos para buscar uma melhor solução, não acho então que posso decidir nada sozinho...” Profissional 5- PSF2

Pode-se perceber que a questão da autonomia foi relacionada pela maioria dos profissionais ao poder de tomar decisões dentro da unidade de saúde, deixando de lado a sua

autonomia de transformação e a reestruturação da saúde do usuário, seja no campo cultural, incorporando o conhecimento popular a suas técnicas, ou no processo social de transformação da família em agentes ativos do processo saúde doença.

Portanto, quando Campos (1997) revelou que a prática clínica assentada no vínculo proposto pelo PSF era a maneira prática de combinar autonomia e responsabilidade profissional, imaginou-se que o autor estivesse pensando a autonomia como ferramenta de transformação e não somente como poder de decisão.

Saber que, de alguma forma, as atitudes dos gestores de saúde local, assim como dos prefeitos e vereadores, principalmente em cidades menores, são ações que interferem no funcionamento no PSF não é mais novidade. No entanto, as atitudes e decisões, às quais me refiro, podem trazer benefícios ou malefícios para a efetividade do programa e alcance dos objetivos. Por este motivo, procurou-se identificar se, para os profissionais deste estudo, fatores de caráter político interferiam no desempenho de suas funções.

E para não menos de 73,3% dos entrevistados, as **atitudes de caráter político** eram uma ameaça à funcionalidade do programa; e contrários a esta opinião estão 26,7% dos profissionais, que não quiseram justificar sua resposta. Entretanto, aqueles que concordaram, afirmam que a influência política no PSF gerava desde insegurança profissional, devido à instabilidade do vínculo empregatício, até revolta e insatisfações de usuários, que não entendiam muitas das mudanças que ocorriam no programa, em virtude, por exemplo, da troca de cargos públicos. Situações estas, expostas nos relatos a seguir:

“...na época da eleição, tudo fica difícil, frágil, os usuários conseguem com facilidade tudo aquilo que somos indicados a negar durante o ano todo...”
Profissional 4- PSF 1

“...nosso contrato de trabalho tem cláusula de revisão, a qualquer momento fica fragilizado em épocas políticas, ou seja, depende da política municipal para gente permanecer...” Profissional 1-PSF 1

“...por influência política, pessoas sem o menor perfil são indicadas para trabalhar no PSF...” Profissional 3-PSF 1

“...a estrutura política do programa gera muita insatisfação nos usuários...”
Profissional 6-PSF 1

“...não temos nenhuma segurança no trabalho, estão sempre ameaçando quanto a cortar a insalubridade, mexer nos contratos e até nos demitir...”
Profissional 2-PSF 2

“...a gente trabalha sem segurança no emprego, sem carteira assinada... isso não dá empenho no trabalho, e a troca de coordenador, quando começamos a costumar com um vem a troca...” Profissional 7-PSF 2

“...às vezes, o secretário de saúde ou vereador pede pra gente fazer coisas que não são rotina do PSF...” Profissional 10-PSF 2

“...Já tive oportunidade de mudar da atenção básica para outra, mas os políticos não o fizeram...” Profissional 5-PSF 2

Como se pode notar, influências negativas de atitudes políticas no PSF eram uma realidade, que, inclusive, já haviam sido apontadas por Centa e Almeida (2003), que, estudando a ESF, pontuaram que os profissionais da equipe, ao se referirem aos aspectos políticos, ressaltavam que a falta de responsabilidade, o descaso e o descompromisso dos políticos, além de sua interferência no vínculo empregatício, quase nunca eram a favor do profissional.

Não diferentemente de outras unidades que ofereciam atendimento público de saúde, notou-se que no PSF a **alta demanda por atendimento** ocorria frequentemente, embora não fosse esta a proposta do programa. Quanto a essa questão, Corradi *et al.* (2008) argumentaram que a falta de conhecimento por parte do usuário em relação à função de uma unidade de saúde resultava numa série de problemáticas entre a propostas de atendimento da unidade e a necessidade e expectativa dos usuários que procuravam pelo serviço. Estas autoras ainda enfatizaram que este desconhecimento implicava geração de inúmeros problemas como falta de participação nas atividades oferecidas pela unidade, pouca aceitação da figura do médico generalista, visão errada do papel da equipe de saúde no atendimento domiciliar e falta de adesão da comunidade às ações de controle social.

Para conferir a situação da demanda por atendimento, perguntou-se aos profissionais se a procura por atendimento na UBSF era grande ou não. Em seguida, perguntamos se essa demanda interferia de alguma forma em seu desempenho no trabalho.

Sobre esta questão, 100% dos entrevistados concordaram que a demanda por atendimento na unidade, quando tem médico, e nos dias em que ele atende, é grande e parece crescer a cada dia.

No entanto, quanto a esse fato interferir no desempenho do trabalho do profissional, 53,3% acharam que isso não ocorria, conseqüentemente, 46,7% pensavam o contrário, e além de justificarem, deram sugestões para a solução do problema:

“...é tanta gente que não temos tempo de dar atenção direito, e a população daqui é carente de atenção...” Profissional 11-PSF 1

“...devido ao grande número de cadastros, temos que nos empenhar mais e dar informações para todos...” Profissional 16-PSF 1

“...é um absurdo o MS orientar para que 1 equipe atenda até 4.000 usuários, não damos conta disso...” Profissional 2-PSF 2

“...devido à grande demanda, preciso ser rápida e às vezes não dá pra dar atenção necessária...” Profissional 3-PSF 2

“...tenho que classificar o usuário quanto ao risco e à necessidade de atendimento por causa da demanda...” Profissional 1-PSF 2

“...pior é os usuários que não entendem e cobram da gente o atendimento...” Profissional 7- PSF 2

“...precisa aumentar o número de consultas para especialistas...” Profissional 2-PSF 1

“...tem que parar de haver informações distorcidas entre a secretaria e o programa...” Profissional 4-PSF 1

“...a carga horária dos médicos deveria ser aumentada...” Profissional 3-PSF 1

“...deveria diminuir a área de cobertura mínima por equipe...” Profissionais 8,10,11 do PSF 2

“...poderíamos receber mais treinamento e cursos na área de saúde...” Profissional 3- PSF2

“...precisa contratar mais profissionais para a equipe...” Profissionais 11, 14,16 - do PSF 2

A **falta de recursos no PSF** é uma realidade vivenciada por praticamente por todas as unidades de saúde, podendo ser estes recursos materiais como remédios, carro para transporte, material de limpeza, materiais de escritório, dentre outros, como também podem ser recursos humanos como mão de obra especializada, tempo, disposição para o trabalho etc.

No entanto, independentemente do recurso que falte, entende-se que sua falta pode interferir na efetividade do programa, ou seja, impedir o acompanhamento completo de um usuário, interferir na promoção e na prevenção de saúde, inviabilizar o processo de reabilitação adequada, gerar insatisfações dos profissionais e das famílias, além de não promover o fortalecimento do vínculo entre a ESF e o usuário.

Analisando essa questão, verificou-se que os entrevistados que concordaram ser a falta de recursos uma realidade nas duas unidades de saúde representam 80% dos profissionais. Já uma parcela menor de 13,3% não quis opinar sobre este aspecto e os 7,7% restantes acharam que não havia falta de recursos no PSF.

Como esperado, foram citados pelos profissionais das equipes os mais diferentes recursos que estão em falta nas unidades de saúde e que, por isso, têm gerado graves problemas.

- ***Falta de transporte***

Segundo os profissionais, a falta de transporte para as visitas médicas domiciliares, dentre outras coisas, impedia o acompanhamento dos acamados, podendo gerar um agravamento na enfermidade.

- ***Falta de remédios e materiais***

A falta de remédios e até materiais para curetagem do exame preventivo, por exemplo, interferia diretamente na promoção e na prevenção da saúde; além de gerar constantes desentendimentos entre os usuários e os profissionais, pois os primeiros se sentiam-se como se estivessem sendo “enganados” pelos profissionais, que acabavam não tendo culpa.

- ***Falta de tempo***

Até mesmo o tempo foi citado como um recurso escasso pelos profissionais, que se sentiam abarrotados com a demanda de atendimentos, ou com a quantidade de visitas a serem realizadas e, até mesmo, com o grande número de fichas (anexo A) e ou prontuários que, de acordo com alguns, nem é da competência dos profissionais preenchê-los.

- ***Falta de uniformização e segurança***

A falta de uniformização e de segurança no trabalho também foi apontada pelos entrevistados. Segundo eles, principalmente o agente de saúde necessita de um uniforme que o identificasse como ACS, uma vez que circulam por todo o bairro inclusive em lugares que ofereciam perigo, devido à presença de traficantes e infratores. Ainda com relação à falta de segurança, foi referenciada a fragilidade do acesso à unidade de saúde, que, mais de uma vez,

recebeu visitas inesperadas de bêbedos e ou drogados, tendo os profissionais que ficar esperando a hora que eles quisessem sair.

- ***Falta de capacitação***

A falta de capacitação e atualização para o exercício da profissão foi relatada pelos agentes de saúde que assumiram não ter as melhores informações e conhecimentos sobre diferentes assuntos para responder ao usuário durante alguma visita.

- ***Falta de mão de obra***

Por fim, a falta de mão obra não deixou de aparecer como reivindicação das duas unidades de saúde estudadas. Para as profissionais do PSF 1, a falta de médico era um grande problema para a unidade, enquanto para o PSF 2, a falta de um auxiliar de serviços gerais para a manutenção da limpeza da unidade era o que mais afligia a equipe e os usuários.

Conforme se pode perceber, são muitas as consequências geradas pela falta de investimento em recursos para as unidades de saúde. Embora não tenha sido mencionado pelos entrevistados deste estudo, também pode ser uma realidade o abandono de tratamentos por parte dos usuários em virtude da escassez de recursos do programa. Uma vez já tendo sido levantado por outros estudos, como o de Lenilde Sá *et al.* (2007), que investigaram os motivos que desencadeavam o abandono pelos usuários de seus tratamentos médicos, descobriram ser os principais a falta de acesso aos medicamentos por deficiências na organização dos serviços, falta de material, falta de profissionais, ou até pelo fato de o posto se encontrar fechado.

Já em conformidade com este estudo, estão os recursos escassos pontuados por Suellen Girot, Elisabete Nunes e Maria Lúcia Ramos (2008), que também entrevistando os profissionais da ESF concluíram como dificuldades enfrentadas por eles foram a falta de recursos materiais, equipamentos, materiais e recursos para efetivação dos tratamentos.

Embora já tenha sido esclarecido, as duas unidades de saúde do bairro são compostas pelas equipes mínimas de saúde indicadas pelo MS, tendo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes de saúde. Não fazendo parte da ESF, mas da equipe de apoio, há os auxiliares administrativos e um auxiliar de serviços gerais.

Em relação às funções desempenhadas por cada categoria de profissionais e as realmente realizadas percebem-se dois agravantes: primeiro, que nem todas as atribuições estão sendo realizadas por diversos motivos, inclusive um que já foi apontado anteriormente, a falta de recursos; e o segundo é que mesmo não exercendo todas as suas funções percebe-se que os profissionais estão sempre sobrecarregados de trabalho, apontando então para outro o problema de origem organizacional e de responsabilidade da gestão.

Analisando o que pensam os profissionais das ESFs a respeito da demanda e da quantidade de trabalho a ser realizada por cada um, verificou-se que 60% dos profissionais acreditavam que o número de integrantes da ESF não era suficiente para atender com qualidade aos usuários do programa. Já os outros 40% acharam que a quantidade é suficiente e o que faltava eram o cumprimento integral da carga horária estabelecida pelo MS e a consideração, por parte do governo, das características da população assistida na hora de definir o tamanho da área de abrangência.

A insuficiência de profissionais defendida pela maioria foi justificada pela ocorrência de constantes reivindicações dos usuários quanto à falta de nutricionistas, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, ginecologistas, pediatras e assistente social, sobrecarga de atividades sobre os profissionais da UBSF, impossibilidade de acompanhamento integral ao usuário e impossibilidade de atendimento por falta até mesmo do médico generalista.

Estes profissionais reconheceram a necessidade de ampliação da equipe por motivos que corroboram os encontrados no estudo de Suenny Oliveira e Francisco Albuquerque (2008), em que os profissionais relataram a sobrecarga de trabalho, o predomínio de atividades curativas e a disparidade entre o trabalho prescrito para cada profissional com o trabalho real desempenhado por eles no cerne do PSF.

Para fim de esclarecimento, na Tabela 08, encontram-se as atribuições sugeridas pela Portaria nº 648 de 2006 para cada profissional, ACS, médico, enfermeira e técnico de enfermagem, que atuam na ESF no PSF estudado.

Tabela 08: Atribuições dos Profissionais que trabalham nas ESF /Construção do autor baseado na Portaria 648 do MS e apenas nos profissionais existentes nas duas ESF. Viçosa-MG/2009.

ACS
- desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.
Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.
Enfermeiro
- realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
Auxiliar e ou Técnico de enfermagem
- participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
Médico
- realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos; - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência; - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Fonte: Dados do estudo.

4.4- Percepção dos profissionais sobre o significado de “família”, “trabalho em equipe”, “dificuldades, desafios e conflitos no PSF” e os “princípios do SUS”.

O cadastramento das famílias, assim como os nomes dados ao Programa Saúde da Família, a Unidade de Saúde da Família, programa saúde da família, retratam a ênfase que as políticas públicas de saúde têm dado à família e não somente ao indivíduo. Segundo Alex Mello e Marilda Andrade (2005), conhecer a integralidade de um indivíduo seria impossível, considerando o desconhecimento de sua história de vida e de suas experiências. Mas os mesmos autores salientam que o conhecimento da família do indivíduo pode nos levar a entender os caminhos que tal indivíduo ou família percorreram para chegar a determinada solução de problemas ou, até mesmo, apresentar algumas doenças e ou transtornos. Estes autores ainda reconhecem que na área da saúde foi o Programa Saúde da Família (PSF) que *“tomou como linha de frente essa grande batalha”*.

Elsen (1994) justifica a relação indissociável entre *saúde- doença -família e política de saúde* por enxergar a família como primeira e mais constante unidade de saúde para seus membros, sendo que o cuidado prestado envolve ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, incluindo as reabilitações, que, por sua vez, são baseadas na cultura e nas interações com os profissionais de saúde.

A própria Secretaria de Atenção Básica assume a dificuldade de entender o conceito de família adotado pelo PSF e enfatiza que há falta de uma conceituação clara do que se entende por família até mesmo nos documentos que determinam as diretrizes oficiais do programa.

Nei Ricardo Souza e Tânia Dallalana (2004) acreditam que sendo a saúde da família o novo foco de atenção, é necessário caracterizá-la corretamente, de forma a permitir ao profissional de saúde uma ideia clara de pra onde ele dirigirá suas ações de cuidado, pois, quando se inicia uma nova proposta de trabalho, busca-se esclarecer conceitos chave que tenham relevância para o bom andamento do processo. Ainda, para estes autores, se esta definição não é fornecida, supõe-se que esteja implícito aceitar as definições correntes do termo.

Dessa forma, Aguiar (2010) acredita que o PSF trabalhe com um conceito amplo de família, por este ser um programa funcional. Família seria então um sistema de indivíduos que mantém consigo alguma relação de vínculo e compromissos necessários à sobrevivência, como alimentação, abrigo, proteção, afeto e socialização, no todo ou em parte, sendo parentes

consanguíneos ou não. Ainda, para Aguiar, pessoas pertencentes a este sistema vivendo sob tetos diferentes não excluem a classificação de família caso sejam observados os vínculos mencionados anteriormente.

Em conversa com a coordenadora de uma das unidades de saúde estudadas, realmente o conceito que a equipe tem de família se aproxima do exposto por Aguiar, “...*nós cadastramos todos que moram na casa, sendo parentes ou não, e se no mesmo terreno houver uma casa nos fundos com outros moradores, cadastramos também*”.

Durante esta conversa uma dúvida surgiu: e aqueles que não possuem endereço fixo, os moradores de rua, por exemplo? A resposta foi precisa e esclarecedora, segundo a coordenadora, se o morador está numa marquise ou debaixo de um viaduto que se encontra dentro da área de abrangência de uma determinada unidade de saúde, esta unidade tem por obrigação de atendê-lo. Se aparecer na unidade de saúde um morador de outro bairro precisando de atendimento, presta-se o atendimento ao chamado “visitante”, mas a coordenação enfatiza que o programa sempre se atém ao atendimento dos adstritos em sua área de abrangência e que estes casos são uma conceituação clara do que se entende pela própria família exceções.

A contextualização do sentido da família para o programa foi essencial para apresentação da percepção dos profissionais quanto ao ***significado da assistência do programa ser voltada para a família***. No entanto, foram inúmeras e divergentes as opiniões dos entrevistados: 33,3% não souberam opinar e 66,7% disseram saber por que o PSF trabalha com a família. Abaixo estão algumas das opiniões:

“...o programa vai na família pra tirar pacientes da porta do hospital e acolher e prevenir doenças no próprio PSF...” profissional 5- PSF 1

“...Porque o acompanhamento da família permite a prevenção de doenças...” profissionais do PSF 1 e 2

“...Porque o programa dá acompanhamento nutricional, planejamento familiar, visita, consultas, medicação e prevenção...” profissional 9-PSF 2

“...Porque o PSF previne e cuida dos hábitos alimentares...” profissional 5-PSF 2

“Porque o problema de uma pessoa da família pode afetar toda a família” profissionais do PSF 1 e 2

“...Porque o programa visa à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação...” profissional PSF 2

“...Trabalhar com a família é uma estratégia perfeita, mas precisa melhorar a educação... a comunidade ...” profissional 7- PSF 2

Percebe-se, pelas respostas que explicitam a percepção dos profissionais deste estudo, que eles ainda possuem uma visão reducionista quanto à amplitude da importância das relações familiares no processo saúde-doença assim como as vantagens da conquista do vínculo do profissional do PSF com a família e com o usuário. Isso devido à maioria das percepções se remeter direta ou indiretamente apenas à ideia de prevenção e terem ocorrido poucas percepções que indicassem que o entender da família, a partir de seu ambiente físico e social, possibilitasse ao profissional de saúde compreender o processo saúde doença e as necessidades do usuário do PSF e a partir daí propor intervenções que vão além das práticas curativas, conforme prevê o Ministério da Saúde.

Segundo o MS (2010), ***o trabalho de equipe no PSF*** é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde.

Além disso, Oliveira e Spiri (2006) complementam que o trabalho em equipe no PSF permite a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares, integrando todos os profissionais da equipe, e para que isso ocorra é essencial que seus membros tenham boa interação.

Maria Cecília Almeida e Silvana Mishima (2001) reforçam e defendem o valor do trabalho em equipe ao relatarem:

“a abertura do trabalho em equipe no PSF para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilita maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe” (ALMEIDA E MISHIMA, 2001).

Dessa forma, vejamos qual é o significado do trabalho em equipe para os profissionais deste estudo. A minoria dos profissionais (33%) não explicitou com clareza o significado do trabalho em equipe, não se referindo, por exemplo, ao relacionamento interprofissional como sendo: *“... trabalhar em equipe é buscar o bem das pessoas...”* profissional PSF 1 ou *“..trabalhar em equipe é estar próximo de casa, conhecer a comunidade onde cresci, é a oportunidade de poder ajudar...”* profissional 8-PSF 2.

No entanto, grandiosos foram os significados apresentados pelos outros 66% dos profissionais que foram claros nas respostas:

“...trabalhar em equipe é entender que o trabalho de cada profissional depende simultaneamente de todos os outros, para se alcançar um bom resultado...” profissional 3-PSF 1

“...é ter consciência que também somos vinculados e interligados como uma equipe...” profissional PSF 1 ou

“...é ter união troca de informação, coleguismo, trabalhar com qualidade...” profissional 7-PSF 1

“...é trocar experiências, ter um bom convívio, sermos amigos, nos ajudar nos apoiar...” profissional 1-PSF 2, ou *“...é um ajudando o outro para o bem da família, os agentes fazendo os levantamentos dos problemas e todos tentando resolver...”* profissional 6- PSF 2.

Dessa forma, percebe-se que a maioria dos profissionais entendiam de diferentes formas, mas com uma ideia central bem esclarecida sobre o assunto, o significado e a importância do trabalho em equipe para o êxito do programa.

Sabendo que a convivência em equipe requer alto controle, saber ouvir, saber aceitar opiniões e críticas construtivas ou não e também opinar, discordar, sugerir, dividir informações e trabalho, por essas razões, é difícil de ser realizada. Seja por diferenças de posicionamentos, de cultura, ou de hábitos, às vezes torna-se um desafio a convivência harmônica entre grupos e equipes, inclusive na ESF. Por isso, pediu-se aos profissionais que apontassem fatores que dificultassem o convívio em equipe no PSF, sendo mais recorrentes os seguintes: Dificuldade de relacionamento com a coordenação do programa; Passividade aos maus exemplos dados por alguns profissionais, por não se ter autonomia para resolver; Inveja e picuinhas dentro da equipe; e Falta de perfil de alguns profissionais para exercer a função.

Sabe-se que momentos conflituosos na ESF são recorrentes na maioria dos PSFs, conforme relataram Rosana Leite e Thelma Veloso (2008) ao analisar a representação social do trabalho em equipe no PSF. Estas autoras concluíram, entre outras coisas, que a convivência entre os profissionais da equipe analisada era marcada por relações de poder, saberes e decisões. Segundo eles, a fala de alguns revelava, de um modo geral, ressentimentos, preconceitos e conflitos.

Por vários motivos já apresentados neste estudo, imagina-se que embora seja grandiosa a proposta do Programa Saúde da Família, assim como de outras políticas públicas

de saúde, esta proposta também enfrenta problemas de caráter organizacional, estrutural, ou econômico, e, por isso, tentamos identificá-los.

Assim, pediu-se aos profissionais que apontassem dificuldades, conflitos e desafios enfrentados pelo PSF. Os resultados estão relatados na Tabela 09, na qual se optou por separar as opiniões dos profissionais das duas equipes, para título de identificação das diferentes realidades.

Tabela 09 : Dificuldades, conflitos e sugestões relatadas pelos profissionais do PSF-Viçosa-MG/2009.

Descrição das Dificuldades, Conflitos e Desafios do PSF		
PSF 1/ ESF 1		
Dificuldades	Conflitos	Desafios
-Falta de estrutura do PSF para dar suporte ao trabalho -Falta de recursos em geral: cota de exames, consultas com especialistas,	-Problemas de relacionamento entre os profissionais da ESF. -Fofocas, falta de união entre os profissionais	-Diminuir o abuso de poder e o assédio moral -Ter que fazer o seu trabalho e o de outros também -Aprender a lidar com pessoas de má índole -Melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, reorganizar a unidade, melhorar o relacionamento entre a equipe -Trabalhar com poucos recursos
PSF 2/ ESF 2		
Dificuldades	Conflitos	Desafios
-Falta de diálogo entre os setores de saúde -Falta de equipamentos para desenvolvimento do trabalho -Falta de apoio político -Resistência de usuários descrentes com o SUS, que resistem a permitir o cadastro -Alcançar a meta que estabelece o número de produção mensal -Trabalhar a prevenção -Falta de transporte	-Lidar com pessoas alteradas e mal humoradas -Lidar com ofensas dos usuários que não aceitam as normas -Gerenciamento eficiente -Conquista de incentivo	-Não deixar as dificuldades afetar o desempenho das funções -Conscientizar e envolver os usuários -Melhorar a gestão

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota-se, portanto, que o desafio de trabalhar bem, em Equipe, soma-se a outros que transcendem os limites da unidade de saúde, exigindo transformações mais amplas e talvez

mais complicadas que o relacionamento entre profissionais, questões estas que dependem de decisões políticas, investimentos, avaliação da gestão e das próprias portarias que ditam as normas para o programa.

O conhecimento do ponto de vista dos profissionais do PSF sobre *os princípios do SUS* é de extrema importância, uma vez que a proposta do programa se encontra embasada nesses princípios de universalidade, equidade e integralidade.

O que se tornou fato é que a estratégia do PSF centrou – se na reorientação do modelo assistencial de saúde, baseado nos princípios do SUS, concretizado pela atenção básica, que, segundo a Portaria 648 de março de 2006, prevê:

“...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006 ANEXO POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA CAPÍTULO I-DA ATENÇÃO BÁSICA”

Para Jaimilson Paim (2003), os problemas que apontaram para a necessidade de substituição do modelo assistencialista foram: *“a desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações”*. Neste sentido, é possível entender a importância dos princípios do SUS como norteadores da nova política de saúde estruturada no Programa Saúde da Família.

Baseado em Almeida *et al.* (2001), dizer que o PSF está embasado nos princípios do SUS significa dizer que a oferta dos serviços de saúde se fará de forma universal sem distinção de classe ou raça; que a equidade entenderá a necessidade do indivíduo de diferentes grupos oferecendo mais a quem precisa, diminuindo então as desigualdades; e somando-se à equidade, à universalidade, concretiza-se na implantação das ESFs em comunidades vulneráveis, outrora privadas do acesso aos serviços de saúde. A integralidade refere-se à oferta prioritária da assistência promocional e preventiva, sem, contudo, descuidar da atenção

curativa e reabilitadora que, para Brasil (2001 b), deve estar articulada com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas, que repercutem na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Dessa forma, considerou-se importante saber se os profissionais entrevistados sabiam quais são os princípios do SUS. E se eles acreditavam que o PSF tem realmente focado o atendimento em cada um dos princípios.

O estudo revelou que 46,6% dos profissionais não sabiam citar quais eram os princípios do SUS e entre os outros 53,3% que mostraram saber quais eram os princípios, diferentes foram as respostas (Tabela 10).

Tabela 10: Percepção dos profissionais sobre os princípios do SUS, Viçosa-MG/2009.

Profissionais do PSF	F	Os princípios do SUS são:
Profissional PSF 1	1	Ajudar as pessoas a ter acesso à saúde e a procurar seus direitos
Profissional PSF 1	1	Igualdade para todos
Profissional PSF 2	4	Universalidade, Equidade e Integralidade
Profissional PSF 2	1	Universalidade e igualdade dos direitos
Profissional PSF 2	1	Universalidade, atender a todos independentemente da raça, ou fator econômico.
Total	8	

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 10 mostra que mesmo aqueles profissionais que não citaram todos os princípios com precisão, enfatizaram em suas respostas expressões que se remetiam à equidade e/ou a universalidade, demonstrando um entendimento não sistematizado, mas que refletia a ideia de um ou outro princípio.

Corroborando este resultado, o estudo de Patrícia Taira *et al.* (2007) revelou um conhecimento razoável dos profissionais de saúde quanto aos princípios do SUS, mostrando uma recorrente confusão, por exemplo, dos termos equidade com igualdade, e a incidência de termos que fazem parte da política do SUS, como meios de se viabilizar o atendimento a seus princípios, mas que não são, diretamente, princípios do SUS, como humanização e gratuidade.

Esta corriqueira confusão conceitual dos princípios do SUS pelos profissionais de saúde pública, ou a dificuldade de expressá-los e, até mesmo o total desconhecimento a respeito, tem, na visão de Ronald Martins *et al.* (2009), uma possível razão. Para este autor, o acesso do profissional ao quadro de funcionários das unidades prestadoras de serviços de saúde pública não presume o treinamento ou a capacitação direcionada deste profissional para o trabalho, fato que não viabiliza sua reflexão sobre os paradigmas do SUS.

Aprofundando um pouco mais na temática dos princípios do SUS, investigou-se a crença dos profissionais, das equipes de saúde 1 e 2, à incorporação da universalidade, equidade e integralidade nas práticas dos serviços prestados pelo PSF. Os profissionais que não souberam conceituar os princípios, prontificaram-se a opinar nesta questão. Assim, constatou-se que 86,6% dos profissionais acreditam que o PSF atua dentro da proposta de universalidade; 53,3% acham o mesmo quanto à equidade; e para 60% dos entrevistados, as ações refletem a integralidade. Consequentemente, entre 13,4 %, 46,7% e 40% dos entrevistados que não creem perspectivamente na universalidade, equidade e integralidade dentro do programa, muitas justificativas se mostraram não condizentes com o que especifica cada um destes princípios, conforme pode ser visto nas falas que se seguem:

“...não existe universalidade no PSF porque faltam muitos materiais...”
Profissional 8-PSF1.

“...não tem equidade porque só faz o curativo e não o preventivo...”
Profissional 1- PSF1 ou

“...tem muita demora pra conseguir exames...” Profissional 6- PSF1
ou

“...equidade não tem, faltam profissionais capacitados em algumas áreas para atender e não encaminhar...” Profissional 9-PSF2;

“...não atua com integralidade não, porque falta boa coordenação”
Profissional PSF 1 ou *“não tem, porque as condições são precárias...”* Profissional 11-PSF 2.

“...Não atua na integralidade porque faltam recursos pra oferecer um atendimento completo...” Profissional 2- PSF 1

“...Não tem integralidade porque faltam profissionais para oferecer um atendimento integral...”. Profissional 13-PSF 2

Mas também houve respostas condizentes com as atividades que realmente se espera que aconteçam a partir da incorporação das atribuições de cada princípio do SUS nas atividades de trabalho, conforme pode ser observado nos depoimentos descritos na Tabela 11.

Tabela 11: Percepção dos profissionais que acreditam na efetividade dos princípios do SUS, dentro do PSF, Viçosa-MG/2009.

Quanto à universalidade	• “Atendemos a todos, até aqueles que possuem plano de saúde” Profissional PSF 1 • “Sim, porque o PSF dá o direito de atendimento a todos que queiram” Profissional PSF 2 • “Sim, atendemos a todos que nos procuram da melhor maneira possível” Profissional PSF 2
Quanto à equidade	• “Atendemos igualmente todos os usuários” Profissional PSF 1 • “O PSF é igual para todos, só tentamos priorizar os diabéticos, hipertensos e gestantes” Profissional PSF 2 • “Acolhemos a todos igualmente independentemente da raça ou da classe” Profissional PSF 2
Quanto à integralidade	• “ensinamos ao usuário como se prevenir e damos a ajuda possível para sua reabilitação e recuperação” Profissional PSF 2 • “Trabalhamos a integralidade sim, mas depende” um pouco da disponibilidade dos serviços de saúde que não são oferecidos dentro do PSF, mas fazemos o possível” Profissional PSF 1

Fonte: Dados da pesquisa.

Considerando o que os profissionais citaram como os princípios do SUS, e o porquê da crença deles na adoção destes princípios pelo seu PSF, percebeu-se que parte dos que não souberam nomear os princípios sabiam o que eles significavam, ocorrendo também o contrário em que alguns dos que citaram claramente os três princípios doutrinários, não posteriormente conseguiram relacionar o nome às ações realizadas por cada um. Fato parecido foi percebido no estudo de Maria Fátima Sousa (2003) em que os profissionais não verbalizaram os princípios e diretrizes como consta na legislação, mas ao comentarem as atividades praticadas em serviço, percebiam-se práticas referentes a atitudes de universalidade e equidade.

4.5 - Perfil socioeconômico e particularidades dos usuários

Dos indivíduos entrevistados do PSF 1 e do PSF 2, pode-se perceber a prevalência de mulheres, representando respectivamente 86,2% e 80,6% da amostra. Este fato já recorrente em outros estudos é justificado por Queiroz (1993), porque a mulher representa, na família, a figura principal no que se refere à saúde e doença, uma vez que é ela quem avalia as condições de saúde da família e a sua própria, procurando a assistência dos profissionais necessários para resolução do problema. No presente estudo, a aplicação dos formulários foi realizada durante a manhã e à tarde, fato que pode ter contribuído para a menor participação da figura masculina, que, com maior frequência, encontra-se ausente de casa durante o dia. Esse fato pode ser constatado com os números demonstrados na Tabela 12 que mostra o percentual de homens e de mulheres que participaram do estudo.

Tabela 12: Frequência do sexo dos usuários entrevistados dos PSFs 1 e 2 -Viçosa-MG /2009.

PSF 1			PSF 2	
Sexo	Frequência	%	Frequência	%
Feminino	50	86,2	50	80,6
Masculino	8	13,8	12	19,4
Total	58	100	62	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A predominância de mulheres entre os entrevistados deve-se a diferentes fatores que serão discutidos posteriormente, merecendo destaque o nível de desemprego involuntário feminino, que propiciava maior disponibilidade para receber a pesquisadora.

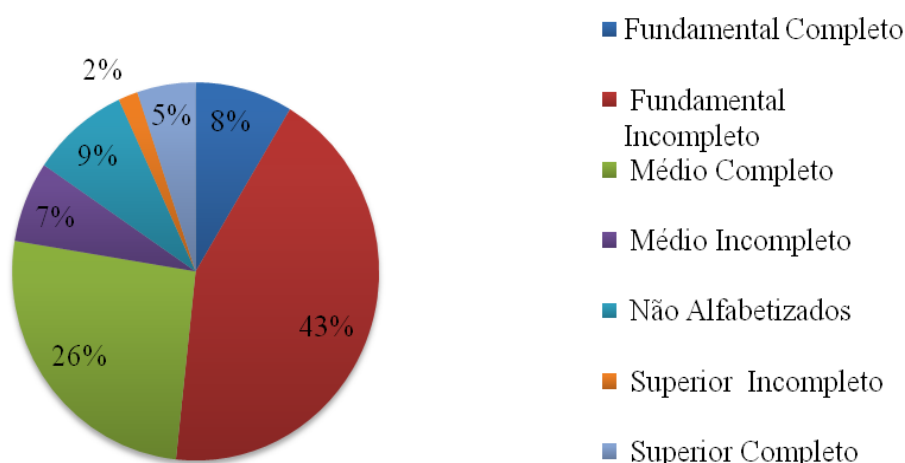
Com relação à idade os usuários, percebe-se pela Tabela 13 a participação de usuários de diversas idades englobando desde jovens a idosos, nos possibilitando conhecer as diferentes percepções e pontos de vista de diferentes realidades sobre os fatos investigados.

Tabela 13 : Idade dos usuários entrevistados do PSF 1 e 2-Viçosa-MG /2009.

Idade dos Usuários		
	PSF 1	PSF2
Média	48,4	41.39
Moda	54	28, 52, 54
Máximo	18	18
Mínimo	76	80

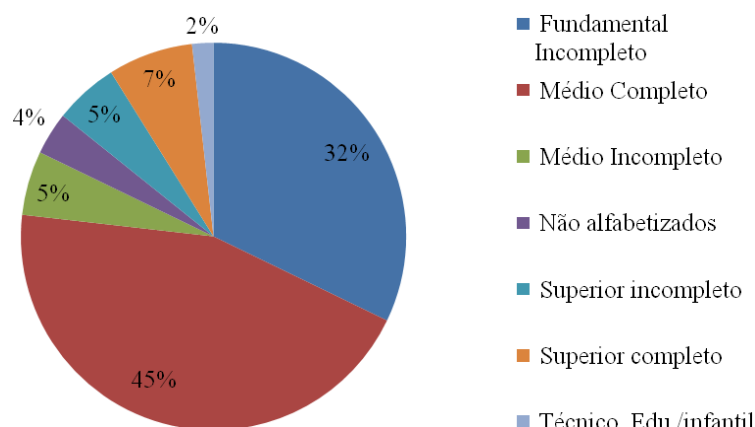
Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando a escolaridade dos usuários que participaram do estudo, percebeu-se significativa diferença entre os usuários das duas unidades de saúde, pois entre aqueles do PSF1 prevaleceu o ensino fundamental incompleto entre 43% dos usuários. No PSF 2, 45% dos usuários possuíam o ensino médio completo. O segundo grau de escolaridade mais frequente foi o ensino médio completo, 26% entre os usuários do PSF 1, e o ensino fundamental incompleto, 32%, entre os usuários do PSF2. Assim, analisando a escolaridade dos entrevistados, percebe-se que os entrevistados do PSF 2 possuem maior grau de escolaridade comparativamente aos entrevistados do PSF1. Estas considerações podem ser observadas nos Figuras 03 e 04 que mostram todos os tipos de nível de escolaridade encontrados entre os usuários entrevistados dos PSFs 1 e 2 e seus percentuais.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 03 - Nível de escolaridade dos usuários do PSF 1 - Viçosa-MG /2009



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 04 - Nível de escolaridade dos usuários do PSF 2 - Viçosa-MG /2009

A baixa escolaridade de parte dos entrevistados tem sido apontada por Santos (2002) como causa do abismo que separa os ricos e pobres do Brasil, que possuem a baixa escolaridade como característica da maioria dos seus trabalhadores. Sendo assim, acredita-se que a ESF pode desempenhar um papel fundamental na dualidade família e escolaridade, pois o vínculo criado com as famílias e comunidade poderia identificar, estimular e acompanhar a adesão das pessoas à frequência escolar, estabelecendo, inclusive, uma relação intersetorial saúde-educação, orientada nas diretrizes do Programa.

A Tabela 14 mostra a frequência das ocupações dos entrevistados, sendo que 48,3% e de 32,3% de usuários, respectivamente dos PSF 1 e PSF 2, trabalhavam no lar, fato que pode estar relacionado à predominância de mulheres entre os entrevistados dos dois PSFs. No entanto, grande parte se encontrava nesta situação não por opção, mas em virtude do crescente desemprego, que desde setembro de 2009 já estava sendo apontado por um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - Ipea (2009). Segundo este instituto de pesquisa, foi registrada uma redução de 3,1% no número de mulheres empregadas, frente a uma baixa de 1,6% no número de homens ocupados, o que indica, segundo o Ipea, uma diminuição da presença feminina na força de trabalho. A Tabela 14 ilustra a ocupação dos entrevistados e seus percentuais.

Tabela 14: Ocupações dos usuários entrevistados do PSF 1 e 2-Viçosa-MG /2009.

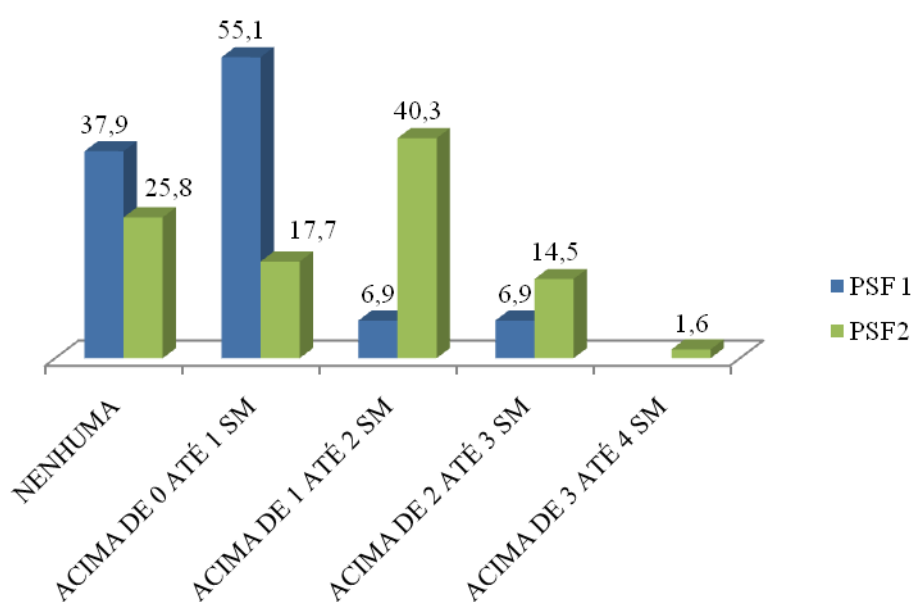
Ocupações dos usuários do PSF1					
Ocupações	F	%	Ocupações	F	%
Advogada	1	1,7	Do Lar	28	48,3
Agente de Saúde	2	3,4	Empregada Doméstica	1	1,7
Aposentado	5	8,6	Estudante	2	3,4
Balconista	1	1,7	Gerente Comercial	1	1,7
Comerciante	2	3,4	Manicure	1	1,7
Babá	1	1,7	Pedreiro	1	1,7
Aux. de Serviços Gerais	1	1,7	Secretária	1	1,7
Autônomo	2	3,4	Serralheiro	1	1,7
Cozinheira	1	1,7	Total	58	100
Diarista	6	10,3			
Ocupações dos usuários do PSF2					
Ocupações	F	%	Ocupações	F	%
Acompanhante	1	1,6	Economista Doméstica	1	1,6
Agente de Saúde	1	1,6	Enfermeira	1	1,6
Aposentado	5	8,1	Estudante	4	6,5
Aux. de serviços diversos	10	16,1	Pedreiro	2	3,2
Balconista	2	3,2	Professora	1	1,6
Carpinteiro	1	1,6	Salgadeira	1	1,6
Costureira	1	1,6	Secretária	3	4,8
Desempregada	1	1,6	Tec. Enfermagem	5	8,1
Diarista	1	1,6	Vendedora	1	1,6
Do Lar	20	32,3	Zeladora	1	1,6
			Total	62,0	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Um fato relevante ao analisar a escolaridade e a ocupação dos entrevistados foi a falta de correspondência entre a frequência de usuários que possuem curso superior completo com a frequência de ocupações correspondentes a esta escolaridade. No PSF 1, notou-se a frequência de 3 (2%) usuários com estudo superior completo, enquanto entre as ocupações aparece apenas uma (1,7%) que exige esta escolaridade; o mesmo ocorre no PSF 2 em que 3 (7%) entrevistados possuem curso superior completo (1 Economista Doméstico, 1 professora e 1 Enfermeira) e entre as ocupações apenas 2 (3,2%) correspondem a este grau de escolaridade. O que se pode notar é que nem todos os entrevistados que possuíam o terceiro

grau completo estão atualmente ocupando funções que correspondam a sua formação acadêmica.

Com respeito à renda individual dos entrevistados do PSF 1, os maiores percentuais eram superiores a 1 até 2 SM^v (55.1%), seguidos de 37,9% correspondente ao não recebimento de renda. Já com relação à renda dos entrevistados do PSF 2, destacaram-se os percentuais de 40,3% (acima de 1 até 2 SM), enquanto 25,8% representava estado de ausência de renda. Por outro lado, a maior renda recebida (acima de 3 até 4 SM) apareceu em menor percentual (1,6%) e apenas para usuários do PSF 2 (Figura 05).

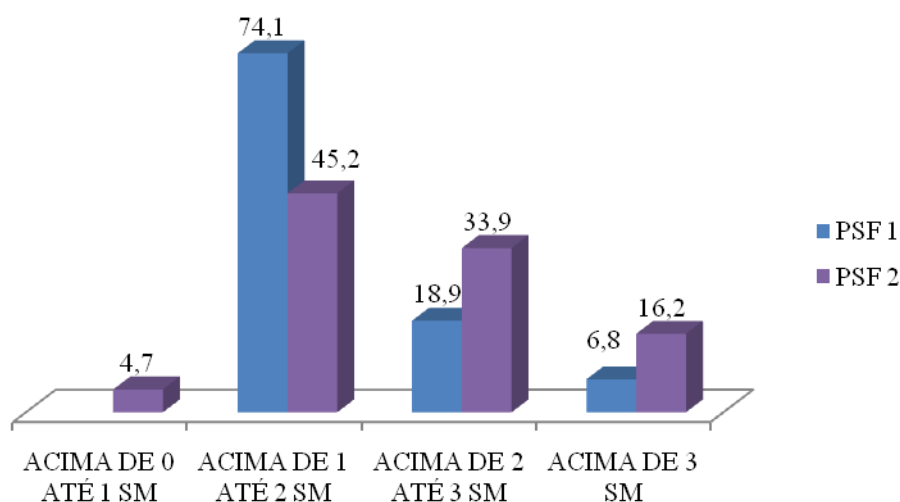


Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 05: Renda Individual dos usuários entrevistados do PSF 1 e PSF2, Viçosa-MG/2009.

Quanto à renda familiar, apresentou os maiores percentuais a faixa superior a 1 até 2 SM (74,1% PSF1) e (45,2% PSF2); seguido de rendas superiores a 2 até 3 SM (18,9% PSF 1 e 33,9% PSF 2). E como já visto em outros estudos, as maiores rendas, neste caso superiores a 3 SM apresentaram os menores percentuais, 6,8% para o PSF 1 e 16,2% para o PSF 2 respectivamente (Figura 06).

^v O salário mínimo vigente na época da pesquisa era de R\$465,00.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 06: Renda familiar dos usuários entrevistados PSF1 e PSF 2, Viçosa-MG/2009.

Outro dado sociodemográfico pesquisado diz respeito ao tamanho da família. Segundo dados do IBGE de setembro de 2009, as mulheres com menos escolaridade apresentam taxas de fecundidade mais elevadas. No entanto, o estudo também revela uma significativa tendência de queda, enfatizando que entre 1970 e 2005, houve uma acentuada diminuição na taxa de fecundidade total das mulheres com até três anos de estudo, passando de 7,2 para três filhos. Com isso, a diferença no número de filhos entre as primeiras e as mães com pelo menos 8 anos de estudo caiu de 4,5 filhos por mulher, em 1970, para 1,6 filho em 2005. Desde 1980, as mulheres mais instruídas começaram a ter taxas de fecundidade total menores, e em 2005 esse valor se situava em 1,4 filho.

A relação taxa de fecundidade x escolaridade apresentada pelo IBGE é relevante, contudo, imagina-se que o PSF tenha contribuído também para a queda de fecundidade devido ao planejamento familiar realizado na UBSF com orientações para as mulheres e seus parceiros e com a distribuição de preservativos e pílulas anticoncepcionais. Dessa forma, o programa pode ser um forte parceiro da redução da taxa de fecundidade e, conseqüentemente, do tamanho das famílias brasileiras. A Tabela 08 mostra o tamanho das famílias envolvidas no estudo.

Tabela 15: Tamanho das famílias do PSF 1 e do PSF 2, Viçosa – MG/2009.

Nº Indivíduos por Família	PSF 1		PSF 2	
	Frequência	%	Frequência	%
1	6	10,3	3	4,8
2	9	15,5	7	11,3
3	12	20,7	10	16,1
4	10	17,2	22	35,5
5	13	22,4	15	24,2
6	6	10,3	3	4,8
7	1	1,7	-	-
8	1	1,7	-	-
12	-	-	1	1,6
13	-	-	1	1,6
Total	58	100	62	100

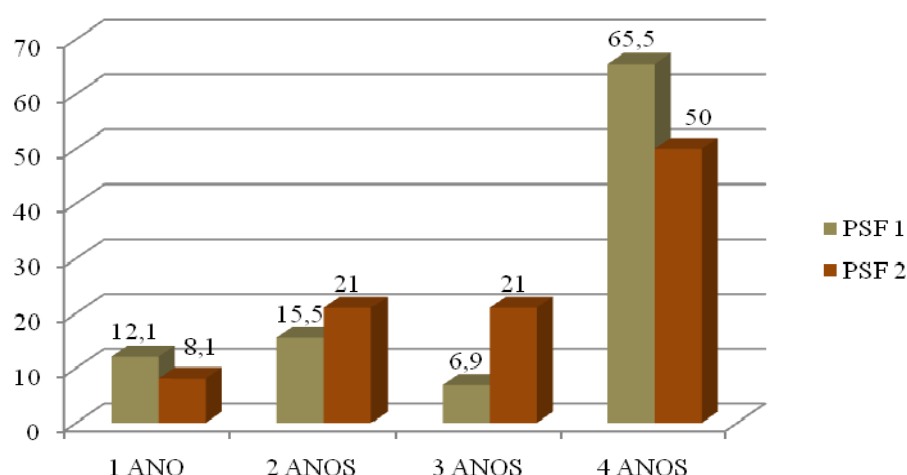
Fonte: Dados da pesquisa.

As famílias com número de pessoas variando de 2 até 5 foram predominantes, com 75,85 e 87,1% dos PSF 1 e PSF 2, respectivamente. Percebeu-se que as famílias com 5 membros foram as mais recorrentes entre os entrevistados do PSF 1, representando 22,4%, enquanto no PSF 2 as famílias com 4 membros foram as mais encontradas (35,5%). Com maior número de membros, respectivamente, 7 e 9, apareceram 2 famílias no PSF 1 representando cada uma 1,7 % das famílias. No PSF 2, as famílias com maior quantidade de pessoas (12 e 13 membros) apresentaram o mesmo percentual de 1.6 %.

4.5.1- Particularidades dos Usuários

O tempo de utilização dos serviços oferecidos pelo PSF

O tempo de utilização dos serviços oferecidos pelo PSF foi um critério utilizado para definição da amostra, pois se acredita que os usuários com maior tempo de utilização tenham mais experiência para relatar a qualidade dos serviços. O PSF em questão deu início à prestação de serviços de atendimento no ano de 2006, e no momento da pesquisa ele tinha 4 anos de funcionamento. A frequência de tempo de utilização do programa pelos entrevistados encontra-se descrita na Figura 08.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 08: Tempo de Utilização dos Serviços do PSF 1 e 2, 2009-Viçosa-MG.

Notou-se que os usuários que utilizavam os serviços desde o início do funcionamento do programa eram a maioria entre os 58 entrevistados do PSF1 e os 62 entrevistados do PSF 2. Ao investigar os motivos responsáveis pela busca destes serviços do PSF pelos entrevistados, percebeu-se que 42,5 % buscavam o atendimento do PSF por ser próximo de suas casas, 29,1% por não terem condições de buscar um atendimento particular, 11,6% por acharem o atendimento bom, 10,8% por receber remédios gratuitos do programa e 6,0% por comodidade.

Contratação de planos de saúde privados pelos usuários

Um motivo apontado pelos usuários como motivador do uso dos serviços do PSF foi a falta de condições de arcar com um atendimento particular. Dessa maneira, investigou-se entre os entrevistados qual o percentual de usuários que possuía algum plano de saúde privado e ainda quais os motivos que impossibilitavam a contratação de um plano de saúde. Como já esperado, a maioria dos usuários não possuía nenhum tipo de plano, representando 93,1% dos usuários do PSF 1 e 85,5% de usuários do PSF 2. E o motivo apontado por 100% deles foi a falta de condições para pagar as mensalidades.

Quanto à pequena parcela de entrevistados do PSF 1 que possuíam plano de saúde, 1,7 % tinham Ipsemg (Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais) e 5,2% Plamhuv (Plano de Assistência Médico dos Hospitais Unidos de Viçosa). Já dentre os usuários do PSF 2, 4,8% estavam vinculados ao Agros (Instituto UFV de seguridade Social), 1,6 % ao Imas (Instituto Municipal de Assistência ao Servidor), 1,6% à Unimed (Sociedade Corporativa do Trabalho Médico), 3,2% ao Plamhuv e também 3,2% possuíam plano de saúde da categoria dos policiais militares. A Tabela 16 ilustra os percentuais de contratação ou não dos planos de saúde privados pelos entrevistados deste estudo, valendo ressaltar que, embora seja pequeno o percentual de usuários que possuem planos privados, ele ainda é maior entre os usuários do PSF 2 que entre os usuários do PSF1.

Tabela 16: Contratação de planos de saúde privados - Usuários do PSF1 e do PSF 2, Viçosa-MG/2009.

Planos de Saúde Contratados		
PSF 1	Frequência	%
Ipsemg	1	1,7
Plamhuv	3	5,2
Não possuem plano	54	93,1
Total	58	100,0
PSF 2	Frequência	%
Agros	3	4,8
Imas	1	1,6
Imas/Unimed	1	1,6
Plamhuv	2	3,2
POLÍCIA MILITAR	2	3,2
Não possuem plano	53	85,5
Total	62	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Objetivando verificar a estrutura do setor de saúde, o IBGE, em 2005, apresentou dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, revelando que o percentual de beneficiários de planos privados de assistência médica era apenas de 18,5% da população do país naquele ano, dado semelhante ao deste estudo, que revelou ser também pequeno o número de usuários que podiam contratar um plano de saúde privado.

Grupos de atendimento prioritário

Dentro das disposições feitas nas portarias do PSF, estabelecidas pelo governo federal, encontram-se os grupos prioritários de acompanhamento pelos agentes comunitários e ESF.

Em Viçosa, de acordo com o SIAB^{vi}, o grupo prioritário concentra diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose, pessoas com hanseníase, crianças menores de 2 anos e gestantes. Pelos dados de 2009 fornecidos pela secretaria municipal de saúde, em relação à presença de usuários com hanseníase e tuberculose dentre os cadastrados no PSF, existiam apenas 0,23% de pessoas com tuberculose que já tiveram o tratamento concluído. Quanto à hanseníase, ela ocorria em 0,15% dos usuários que também não apresentavam mais, manifestação da doença.

É importante ressaltar que, na qualidade de integrante de grupo prioritário, o usuário tem as consultas agendadas em domicílio pelo agente de saúde, não precisando ter que ir até a unidade de saúde para tirar a ficha de consulta, como é feito pelos demais usuários. O acompanhamento das crianças é realizado regularmente com pesagens e vacinações, mas não há horário reservado para esta categoria. A Tabela 17 mostra a frequência dos usuários entrevistados que se enquadram em algum tipo de grupo prioritário.

Tabela 17: Pertencimento do usuário ou familiar usuário aos grupos de acompanhamento prioritário nos PSFs 1 e 2, Viçosa-MG/2009.

Grupos Prioritários	PSF 1		PSF 2	
	Frequência	%	Frequência	%
Diabéticos	2	3,4	2	3,2
Gestantes	1	1,7	2	3,2
Hipertensos e Diabéticos	4	6,9	3	4,8
Hipertensos	25	43,1	17	27,4
Não pertence a nenhum grupo	26	44,8	38	61,3
Total	58	100	62	100

Fonte: Dados da pesquisa.

^{vi} O SIAB é um banco de dados (Software). Desenvolvido pelo DATASUS do Rio de Janeiro em 1998, cujo objetivo se centra em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à estratégia da Saúde da Família.

Conforme mostram os dados da Tabela 17, entre os entrevistados não houve participação dos portadores de hanseníase e tuberculose, sendo de ocorrência mais frequente os portadores de hipertensão, diabetes e as gestantes.

Vantagens Percebidas pelos usuários devido à implantação do PSF no bairro.

Segundo Costa Filho (2000), são inúmeras as vantagens oferecidas pelo PSF. Dentre elas, o autor aponta a possibilidade de construção do vínculo entre família/paciente e médico, desaparecendo as razões que levam à impessoalidade, à descontinuidade e à desresponsabilização da relação profissional de saúde - usuário do serviço. Contando com o fácil retorno do usuário, o médico não precisa limitar-se ao tratamento sintomático e pode usar o tempo para perseguir o diagnóstico de certeza e a prescrição mais adequada ao seu paciente, agora efetivamente compreendido nas dimensões biológica, psíquica e social.

Nesta perspectiva para a maioria dos entrevistados, (90,7 % usuários do PSF 1 e 90,3% usuários do PSF 2), a presença de uma UBSF no bairro contribuiu para que eles cuidassem melhor de sua saúde, estando as justificativas para o fato variando entre 87,5 %, alegando motivação para buscar atendimento, devido à proximidade do PSF em relação aos hospitais e outros locais que oferecem atendimento público de saúde. E 12,5% falaram sobre a importância da visita domiciliar do agente, que acabava por despertar no usuário o interesse em falar sobre sua saúde e a saúde da família. Os depoimentos a seguir comprovam os dados:

“Às vezes deixava de buscar atendimento na policlínica por ser longe, agora estando mais perto procuro sempre que preciso.” usuário 3 - PSF 1

“A agente de saúde acaba passando segurança por ir à nossa casa, daí nos faz lembrar do nosso estado de saúde” usuário 12- PSF 1

“Ficou mais fácil ter acesso aos médicos e até mesmo a exames” usuário 25 - PSF 2.

A atenção especial dada aos usuários pertencentes aos grupos de risco com atendimento prioritário é uma novidade para os usuários do PSF, comparada aos modelos anteriores ao programa. Neste estudo, os pertencentes a este grupo eram os hipertensos, os diabéticos e as gestantes, que veem o acompanhamento como vantajoso por diferentes motivos: 55% acreditavam que o benefício de não precisarem tirar ficha para consulta era o

ponto essencial para a facilidade do acompanhamento; 25% achavam que o acompanhamento realizado na UBSF do PSF facilitava o acesso aos médicos, por não precisarem ir à policlínica; e 20% acreditavam que pertencer ao grupo de prioridade lhes dava segurança por saberem que estavam sendo acompanhados pela ESF.

“A vantagem é o agendamento ao qual temos prioridade que facilita o acompanhamento e o controle da pressão alta” Usuário 8- PSF 2

“A vantagem é o acompanhamento da taxa de glicemia e as dicas sobre boa alimentação” Usuário 1- PSF 2

“Ficou bem mais fácil fazer o pré-natal pela diminuição da distância” Usuário 45- PSF 2

O acompanhamento desses grupos envolve uma série de informações que o ACS deve observar. No caso das gestantes, o acompanhamento tem por objetivo o controle das vacinas e o pré-natal. Já o acompanhamento dos diabéticos e hipertensos envolve informações sobre a medicação tomada, as consultas feitas e os exames realizados, além de outras informações, conforme a gravidade de cada caso.

4.6 - Satisfação do usuário e a qualidade dos serviços oferecidos pelo programa.

Entendendo que o nível de conhecimento do usuário sobre o PSF poderia interferir na sua satisfação com os serviços prestados pelo programa, antes de analisar os aspectos relacionados com a satisfação e com a qualidade dos serviços buscou-se num primeiro momento responder as seguintes questões: Os usuários sabem o que é o PSF? Os usuários sabem qual é o sentido das visitas domiciliares? Os usuários sabem qual é a proposta do programa? E por último, eles têm conhecimento das regras e normas que regem o funcionamento da UBSF no bairro?

Dentre os usuários do PSF 1 e do PSF 2, 82,3% e 61,2%, respectivamente, disseram não saber o que é o programa, assim como não sabiam para que ele foi criado, nem por que as agentes de saúde visitavam suas casas. A Tabela 18 agrupa as opiniões de alguns dos usuários que definiram o que é o PSF.

Tabela 18: Significado de PSF na percepção dos entrevistados, Viçosa-MG/2009.

<i>USUÁRIOS PSF 1</i>	<i>USUÁRIOS PSF 2</i>
O PSF é:	O PSF é:
Uma proposta para diminuir a fila do hospital e da policlínica	Uma forma para marcar consulta
Um programa que serve para avisar as famílias quando há vacina e pesagem	Uma proposta para prevenir doenças
Um programa para perguntar se as pessoas estão precisando de alguma coisa	Uma proposta para perguntar se estamos bem ou se melhoramos
Uma forma de orientar e acompanhar as pessoas	Uma proposta para orientar e acompanhar as pessoas
Uma proposta de descentralização e atenção às particularidades	Uma forma de coletar dados e assinaturas

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da análise das opiniões dos entrevistados que acreditavam saber o que era o PSF ou o que ele propunha para a comunidade, notou-se uma variação das respostas. A maior parte dos usuários associava o significado do programa às perguntas feitas pelos agentes de saúde no momento da visita domiciliar. Sendo o agente de saúde responsável pelo elo entre os usuários e a ESF, percebeu-se a grande influência da sua figura na percepção destes usuários sobre o programa. Acompanhando alguns agentes em suas visitas durante o estudo, pode-se perceber que ele fazia perguntas relacionadas com o estado de saúde do usuário e da família, bem como sobre a precisão de algum medicamento, por exemplo, e, até mesmo, sobre a data da próxima pesagem das crianças.

Com isso não foi novidade a reconhecida discrepância entre o que os usuários pensavam ser o PSF e o que o programa realmente propõe. Silva Maria Santos, Kátia Uchimira e Regina Lang (2005) atribuíram a esta situação o fato de o PSF ter sido implantado com divulgação ineficiente, com serviços de saúde que pouco conheciam sobre seu usuário, bem como em desacordo com a expectativa do usuário com a real proposta do programa. Resultado semelhante ao apresentado por este estudo foi relatado por Ezia Corradi *et al.* (2008), que, ao analisarem o PSF sob a ótica da comunidade, encontraram que 81% dos

participantes do estudo desconheciam o que era o PSF e nem quais as atividades eram realizadas pelo programa em sua comunidade.

Como já comentado em outro ponto deste estudo, cada unidade de saúde possuía uma rotina de atendimento programada pela coordenação da equipe em comum acordo com os integrantes. Segundo Trad *et al.* (2002), a comunidade ainda tem dificuldade de entender o funcionamento do Programa e a rotina de trabalho, por seus membros não terem participado efetivamente do processo de implantação. A população sente-se no direito de ter seus “direitos” atendidos, independentemente da qualidade da assistência prestada, por não ter assimilado ainda a nova proposta de trabalho.

Em conformidade com os autores citados, este estudo mostrou que 58% dos usuários entrevistados do PSF 1 e 83,87% dos entrevistados do PSF 2 desconhecem as normas de funcionamento do programa. Além disso, 28% (PSF1) e 12,93% (PSF2), quando precisavam utilizar algum tipo de serviço, perguntavam aos agentes comunitários qual o procedimento a ser seguido; 14% (PSF1) costumavam ligar para a unidade de saúde para obter informação; e os 3,2% restantes de usuários do PSF 2 iam pessoalmente à unidade de saúde para se informar quando necessitavam.

A portaria 648 de março de 2006, capítulo II, inciso IV, estabelece como competência das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal assegurar o cumprimento de horário integral, jornada de 40 horas semanais, para todos os profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que deviam dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina da família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte. Entretanto, notou-se um descumprimento nas horas de trabalho estabelecidas pela portaria por parte de alguns profissionais das 2 equipes de saúde no PSF estudado, lembrando que o fato podia estar normatizado entre a equipe e a secretaria de saúde, conforme era de direito do profissional. No entanto, na visão dos usuários não informados, isso poderia estar sendo visto como uma irregularidade e servindo de motivo de insatisfação, conforme relatou um entrevistado:

“... Se o programa é de saúde da família e o médico por lei teria que ficar no PSF 8:00 horas diárias, o atendimento deveria ser sem precisar marcar

ficha. Quando o paciente chegar o médico está no consultório, aí ele atende....” Usuário 04- PSF 1

Naomar Almeida (2003) acredita que a falta de informação sobre o programa poderia estar atrelada à pouca divulgação dos meios de comunicação e à falta de respostas às necessidades da população. Dessa forma, imagina-se que uma possível decorrência desta falta de conhecimento dos usuários, das regras e normas de um determinado programa, pode interferir no seu julgamento sobre a eficiência deste.

- **Satisfação dos usuários com base nas dimensões relacional - profissional e organizacional**

Conforme já descrito na metodologia deste estudo, a satisfação dos usuários foi avaliada com base nas dimensões propostas por Prévost *et al.*(apud TRAD *et al.*, 2002), a partir de algumas adequações das dimensões propostas por estes autores para análise da satisfação.

Para avaliação da consistência interna das afirmativas dos grupos I e II, que descreviam respectivamente as dimensões relacional/profissional e a organizacional, validou-se com confiabilidade o constructo *satisfação do usuário*, investigado através da escala likert presente no formulário aplicado aos usuários dos PSFs 1 e 2. Para isso, calculou-se e obteve-se um *Alfa de Crombach* com valor de 0,80 (PSF 1) e 0,77 (PSF 2) para a validação do mesmo constructo. Segundo os critérios heurísticos de Ferreira (2008), um valor de alfa a partir de 0,75 já poderia ser considerado bom. Dessa forma, os valores encontrados no estudo foram considerados satisfatórios. Vale lembrar que foram procedidas diversas simulações de eliminação de afirmativas^{vii}, no entanto, as variações dos valores de alfa não apresentaram relevância que permitissem alterações nas conclusões do estudo.

^{vii} **Grupo I**- continha afirmativas que variavam de 13 a 18 correspondentes às dimensões relacional- profissional: (13-existe respeito por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço;14- Existe consideração por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço;15- Existe escuta por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço;16- Existe compreensão por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço; 17- Existe gentileza por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço;18- O tempo de duração da consulta médica é suficiente) e o **Grupo II** que continha as afirmativas de 19 a 23 correspondentes à dimensão profissional (19- É fácil conseguir um horário para consulta;20-O tempo de espera na UBFS para receber o atendimento é curto e respeitado;21- O horário de funcionamento é suficiente para atender a todos que procuram a UBFS;22- O horário de atendimento do médico é suficiente para atender a todos que buscam; 23- Os serviços de atendimento, consultas e exames são organizados).

Para análise do grau de satisfação dos usuários dos PSFs 1 e 2, a partir dos valores (1,2,3,4,5) atribuídos às afirmativas que representavam a dimensão relacional-profissional e a organizacional, foram utilizados a análise de estatística descritiva e os valores encontrados de média, mediana, moda, desvio padrão e variância descritos nas Tabelas 19 e 20.

Tabela 19: Scores das variáveis Relacional-Profissional e Organizacional, PSF 1- Viçosa-MG/2009.

PSF 1											
Grupo I (Dimensão Relacional/Profissional Organizacional)						Grupo II (Dimensão					
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Usuários	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
Média	1,28	1,36	1,47	1,41	1,62	1,67	2,50	2,34	2,19	2,64	1,78
Mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00
Moda	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Desvio P.	,790	,873	1,012	,899	1,073	1,316	1,646	1,517	1,701	1,683	1,285
Variância	,624	,761	1,025	,808	1,152	1,733	2,711	2,300	2,893	2,832	1,651

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pôde ser notado na tabela 19 foi 58 o número de indivíduos investigados do PSF1 e 62 do PSF 2. A escala likert utilizada foi graduada de 1 a 5 (1- muito satisfeito, 2- satisfeito, 3-indiferente, 4- insatisfeito, 5- muito insatisfeito). O valor de moda igual a 1 nos dois grupos mostra que este número foi o mais repetido entre as respostas das 6 afirmativas (13-18) do Grupo I e das 5 afirmativas do grupo II. Isso significa que a maioria dos usuários concordou com as afirmativas e que estão satisfeitos com a dimensão relacional-profissional e com a dimensão organizacional segundo a graduação da escala. A mediana de valor 1 para os dois grupos confirma a satisfação dos usuários com as duas dimensões e os valores do desvio padrão indica que não há grande variabilidade no conjunto de dados.

Tabela 20: Escores das variáveis Relacional-Profissional e Organizacional, PSF2 - Viçosa-MG/2009.

PSF 2												
Grupo I (Dimensão Relacional/Profissional Organizacional)							Grupo II (Dimensão					
	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22	23
Usuários	62	62	62	62	62	62		62	62	62	62	62
Média	1,35	1,35	1,32	1,42	1,39	1,61		3,42	2,53	2,39	2,81	1,61
Mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		4,00	2,00	1,00	2,50	1,00
Moda	1	1	1	1	1	1		5	1	1	1	1
Desvio P	,812	,770	,742	,860	,930	1,233		1,625	1,479	1,702	1,566	1,150
Variância	,659	,593	,550	,739	,864	1,520		2,641	2,187	2,897	2,454	1,323

Fonte: Dados da pesquisa.

Com as respostas de 62 usuários entrevistados no PSF 2 foram realizadas as mesmas análises de média, mediana, moda, desvio padrão e variância. Os valores das variáveis do PSF 2 apresentaram características que nos encaminharam para análises semelhantes às feitas no PSF 1. A moda 1 não predominou nos grupos I e II das afirmativas do PSF 2, uma vez que a variável 19 apresentou moda 5. Analisando conjuntamente os valores de moda, média e mediana desta variável (19) percebeu-se que a maioria dos usuários discordaram da afirmativa mostrando-se muito insatisfeitos com sua abordagem. Vale lembrar que a afirmativa 19 declarava ser fácil conseguir um horário de consulta, mas como visto os usuários não legitimam. No entanto a satisfação predominou na opinião dos usuários do PSF 2 quanto à dimensão relacional - profissional, similarmente ao ocorrido no PSF 1, e como visto apenas uma variável comprometeu a predominância da satisfação com a dimensão organizacional do PSF 2.

Estudos que avaliaram a satisfação dos usuários com os serviços públicos, enfatizando os serviços de saúde, apontaram alguns argumentos para a frequente satisfação dos usuários. Segundo Romeu Gomes *et al.* (1999), a expressão de alta satisfação pode estar mascarando o receio dos usuários em perder o direito ao serviço, mesmo que este não possua boa qualidade, deixando o usuário dos serviços de saúde pública numa situação de aprisionamento.

Particularmente, neste estudo, embora os dados indiquem a predominância de satisfação, considera-se importante destacar as questões pelas quais os usuários dos PSFs 1 e 2 demonstraram uma significativa discordância e, conseqüentemente, insatisfação. Esta ideia

já havia sido exposta por Silva *et al.* (1995), ao defenderem que os resultados opostos encontrados (insatisfação) deveriam ser registrados com atenção, pois se tornariam indicadores relevantes do serviço em questão.

Observando a frequência dos valores das respostas dadas pelos usuários (PSFs 1 e 2) as afirmativas das dimensões relacional-profissional e organizacional, notou-se que a facilidade de conseguir um horário para consulta foi a afirmativa que obteve o maior percentual de discordância (45,8%) dos usuários; seguida respectivamente pelas afirmativas 22, 21 e 20, que atestavam ser o horário de atendimento médico suficiente para atender a todos que o buscavam (35,9% dos usuários); que o horário de funcionamento do PSF era suficiente para atender a todos que procuravam a UBSF (30% dos usuários); e, por último, que o tempo de espera na UBFS para receber o atendimento era curto e respeitado (26,6% dos usuários). O destaque dado aos percentuais de discordância destas afirmativas não quer dizer que eles não tenham ocorrido com as demais afirmativas, mas indica que este percentual foi menor.

- **Análise da qualidade dos serviços oferecidos pelo PSF**

Segundo Gattinara *et al.* (1995), a qualidade pode ser vista como uma dimensão quando ela se configura no âmbito das ideias e permeia tanto o programa/serviço na totalidade, quanto todos os seus elementos separadamente. Nesta perspectiva, ainda Gattinara *et al.* (1995) sinalizaram vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde em termos de *competência profissional*, *satisfação dos usuários*, *acessibilidade*, *eficácia e eficiência*. No estudo em questão, para analisar a qualidade dos serviços, foram utilizados os seguintes fatores: competência profissional, satisfação, eficiência, acessibilidade e eficácia.

Com relação à **competência profissional**, buscou-se analisar a forma como a ESF resolve os problemas dos usuários, mais especificamente no que diz respeito ao atendimento na UBSF, à marcação de consultas e entrega de medicamentos e à clareza das orientações dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2001), a falta de integração das habilidades e talentos individuais em uma competência coletiva produz serviços menos eficientes e de menor efetividade.

Ao serem perguntados se a forma como a ESF resolvia os problemas dos usuários era boa em termos de organização do atendimento na UBSF, marcação de consulta, entrega de medicamentos e encaminhamentos etc., 61,2 % dos usuários entrevistados do PSF 1 e 67,2% dos entrevistados do PSF 2 responderam que a ESF resolvia seus problemas da melhor maneira possível; 32,3% do PSF 1 e 25,8% do PSF 2 não gostavam da maneira como os problemas eram resolvidos ou desacreditavam na resolução por parte da ESF; enquanto 6,5% do PSF 1 e 6,45% do PSF 2 não souberam responder. Os depoimentos a seguir expressam algumas das ideias a esse respeito:

“... a equipe sempre resolve tudo que pode...”usuário 55- PSF 1

“... eles resolvem de forma boa e eficaz, sempre resolvem com boa vontade...” usuário 2- PSF 2

“... Não é boa a forma de eles resolverem porque a equipe tem pouco poder de decisão...” usuário 06- PSF 1

“... Poderiam resolver de maneira melhor, com mais empenho...” usuário 05- PSF 2

“... Não é boa porque eles não agilizam o atendimento com os médicos especialistas...” usuário 47- PSF 1

Ao investigar a qualidade das consultas médicas enfatizando se as orientações dos mesmos são boas e fáceis de entender, 77,5% dos usuários do PSF 1 e 88,7% dos usuários do PSF 2 achavam que as consultas eram boas e as orientações dos médicos eram sempre boas e claras. No entanto, na visão de Soares (2009), é comum encontrar na UBSF médicos mais novos, geralmente recém-formados, que estão no programa apenas para incrementar a renda.

Como reflexo deste problema, observou-se no presente estudo que alguns dos usuários do PSF 1 (8,61%) acreditavam que as informações médicas não eram boas porque os médicos eram novos e tinham pouca experiência. Outros usuários (8,8%) viam como problema na qualidade da consulta o fato de o médico ser clínico geral.

Especificamente neste estudo, a rotatividade médica era uma realidade do PSF 1 e criticada por seus usuários. Isso já não ocorreu com os usuários do PSF 2, uma vez que a UBSF 2 possuía, na época da pesquisa, a mesma médica que havia assumido a unidade desde a sua implantação.

A qualidade do atendimento e das informações fornecidas pelo enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os ACSs também foram analisadas, e as respostas foram bem semelhantes. Para 79,5% dos usuários do PSF 1 e 79% do PSF 2, os serviços prestados por estes profissionais eram bons. Ainda 6,45% de usuários do PSF 1 e do PSF 2 achavam os profissionais bastante atenciosos com os usuários. No entanto, 14,55% dos entrevistados do PSF 1 e 14,5 % do PSF 2 não estavam totalmente satisfeitos com os serviços destes profissionais, conforme revelam as declarações que se seguem:

“... eles não sabem informar bem sobre todos os procedimentos de encaminhamento para o hospital ou a policlínica...” usuário 07- PSF1

“... os agentes informam bem, mas a enfermeira informa bem, só as vezes...” usuário 21-PSF 1

“... tem uns funcionários que estão sempre de cara fechadas...” usuário 60-PSF 2

Analisando a **satisfação do usuário** como determinante da qualidade dos serviços, ainda com base nas descrições feitas por Gattinara *et al.* (1995), as indagações a respeito abordaram a eficácia da medicação receitada, a forma de se conseguir os remédios no PSF, a maneira como o ESF lidava com a necessidade de atendimento especializado por algum usuário, a expectativa do usuário com implantação do PSF no bairro e a opinião do usuário sobre o que contribuiria para melhorar sua satisfação com o programa.

Sobre a *eficácia da medicação* receitada pelo médico do PSF, a maioria dos entrevistados afirmou que os remédios eram eficazes e cumpriam com sua finalidade: 85.8% dos usuários do PSF 1 e 75,8% do PSF2. Houve também usuários que afirmaram que a medicação indicada pelo médico do PSF nem sempre produzia o efeito esperado: 14,2% do PSF 1 e 24,2 % do PSF 2.

A falta de medicamentos para distribuição gratuita nos PSFs do Brasil é uma realidade diagnosticada em diferentes estudos sobre o programa. Maria Camila Lima e Magno Aquino (2009), ao estudarem a percepção de um grupo de mulheres sobre o atendimento nos PSFs, em uma cidade de Minas Gerais, perceberam que grande parte do descontentamento em relação aos serviços prestados pelo PSF se referia à falta de remédios para distribuição

gratuita nas unidades do programa. Realidade esta também encontrada neste estudo e que pode ser comprovada pelos relatos a seguir:

“... não é fácil conseguir remédio porque sempre faltam muitos remédios no posto, daí temos que ir à policlínica, que fica muito longe....”usuário 04-PSF1

“... sempre falta remédio, o de diabetes falta sempre, e a fita de glicemia também...” usuário 17- PSF2

Corroborando as conclusões destes autores, 72% dos usuários do PSF 1 afirmaram que é frequente a falta de medicamentos na UBSF e que, inclusive, alguns dos remédios receitados não eram fornecidos pelo SUS, dessa forma eles tinham que procurar outros meios de consegui-los. Um fato também recorrente, segundo os usuários, era a indicação dos profissionais da UBSF para que eles procurassem a medicação que faltava na policlínica, local de atendimento dos usuários que não possuíam um PSF implantado em seu bairro. Para os entrevistados, este era mais um agravante, uma vez que a policlínica, segundo eles, ficava distante de seu bairro. Queixas semelhantes foram feitas por 64,16% dos entrevistados do PSF2, que acrescentaram que apenas os remédios de baixo custo eram conseguidos com mais facilidade. No entanto, havia uma parcela usuários que afirmaram sempre ter encontrado na UBSF o medicamento prescrito: 28% dos usuários do PSF 1 e 35,84% dos usuários do PSF 2.

Anteriormente à implantação do PSF no bairro, os moradores utilizavam os serviços de saúde prestados pela policlínica, pelo hospital ou pelo Centro de Saúde da Mulher e da Criança, chamado apenas de “posto de saúde” por seus usuários. Nele eram oferecidos os serviços de pré-natal, ginecologia, odontologia, vacinação, teste do pezinho, entre outros. Com a implantação do PSF, o bairro beneficiado pelo programa passou a oferecer todos os serviços possíveis, enquanto o Centro de Saúde da Mulher e da Criança - CSMC atendia a todos os não beneficiados pelo programa. Sabe-se, portanto, que as demandas por atendimento tanto no CSMC quanto na policlínica eram intensas e limitadas, fato que provocava grandes sacrifícios por parte dos usuários que muitas vezes precisavam dormir ou comprar uma vaga na fila para garantir um horário de consulta.

Por essa razão, imaginou-se que muitas fossem as *expectativas dos moradores* do bairro pesquisado, ao saber que teriam uma UBSF implantada, como sede do PSF. Logo,

perguntando aos usuários o que eles imaginavam encontrar na UBSF, diversas foram suas colocações. A expectativa mais frequente demonstrou que 35,6% de usuários do PSF1 e 48,6% do PSF2 esperavam que no “posto” houvesse atendimento de vários tipos de especialidades médicas. As outras expectativas dos usuários do PSF1 resumiram-se em 3,8% acreditando que ficaria mais fácil tratar da saúde; 11%, que não haveria transtorno para conseguir uma ficha para consulta; 25% acreditavam que haveria dentista e médico durante todo o dia; 7,3% imaginaram que haveria um pediatra de plantão; 8,0% imaginaram que no “posto” seriam realizados exames de rotina como de sangue; 5,2% imaginaram que o “posto” teria uma sede própria construída no bairro; e 5% imaginaram que o “posto”, no bairro, teria os mesmos problemas do “posto” utilizado anteriormente à implantação do PSF. Quanto aos demais entrevistados, no PSF 2 as expectativas foram um pouco diferentes das apresentadas pelos usuários do PSF 1: 11,2% imaginaram que no “posto” haveria apenas atendimento médico; 12,9 % imaginaram que teriam acesso facilitado e eficiente aos serviços de saúde; 1,61 % acharam que encontrariam sempre todos os remédios que precisassem; 8,06% acharam que o “posto” seria um local fornecedor de orientações sobre saúde para a comunidade; 4,8% disseram estar surpresos com os serviços oferecidos pois esperavam menos; e 3,2 % admitiram que não fizeram planos quanto à presença de um “posto” no bairro. De maneira semelhante aos usuários do PSF1, alguns entrevistados também esperavam que no “posto” houvesse dentista (4,8%) e que seriam feitos exames de rotina (1,6%).

A opção por usar o nome “posto” ao invés de UBSF para relatar as expectativas dos usuários advém da importância de descrever o relato dos usuários conforme eles se expressavam para falar do local onde recebiam o atendimento. É importante ressaltar que a referência ao Programa Saúde da Família e à Unidade Básica de Saúde da Família foi questionada pelos entrevistados durante todo o estudo, que logo resumiam ambos à palavra “posto”.

Estudos já têm apontado que o PSF tem sido identificado, na maioria das vezes, a partir da sua materialização em um Posto de Saúde. Trad *et al.* (2002) relataram, em seu estudo etnográfico sobre a satisfação do usuário do PSF, que a referência à Unidade de Saúde da Família não apareceu em nenhum dos grupos focais estudados e que a alusão ao “posto” foi uma constante nos grupos.

Segundo a Cartilha do PSF, elaborada em 2006 pelo Seprof, órgão da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, a UBSF não deixa de ser um posto de atendimento contínuo das

especialidades básicas, no entanto, ela difere do tradicional posto de saúde porque este tem como foco principal a doença da população que chega até ele. A cartilha ainda esclarece que as unidades tradicionais não realizam visitas domiciliares, embora possuíssem alguns programas de atenção à saúde semelhantes aos do PSF. Já as unidades do PSF constituem a porta de entrada do sistema de saúde, onde os profissionais realizam consultas e procedimentos básicos, efetuam visitas domiciliares, capacitam agentes comunitários, além de coordenarem grupos de atenção à saúde e participarem das ações intersetoriais na sua área de atendimento.

Conforme abordado anteriormente, foi grande a expectativa dos usuários entrevistados quanto à existência de médicos especialistas nas dependências da UBSF. No entanto, vê-se que isso não se adequava à proposta do programa que indica para a ESF apenas um profissional médico de formação generalista. Este anseio dos usuários é entendido, uma vez que, embora o PSF forneça acompanhamento monitorado aos seus usuários, as consultas com médicos especialistas e os exames laboratoriais obedecem à distribuição municipal local, ou seja, a secretaria de saúde divide as cotas de consultas com especialistas e os exames com todos os PSFs da cidade e, ainda, com os usuários que são encaminhados por outras unidades de saúde, que não o PSF. Essa situação pode gerar desconforto ao usuário decorrente de uma possível demora.

Neste sentido, investigou-se a opinião dos usuários quanto ao suporte dado pelo PSF ao usuário que necessitasse de um *médico especialista* ou, até mesmo, de uma internação hospitalar. Entre os usuários do PSF 1, 65% mostraram-se descontentes com o procedimento do PSF alegando que o médico apenas fornecia o papel de encaminhamento para o médico especialista na policlínica, mas não garantia data de atendimento, o que poderia demorar até um ano; 9% afirmaram que seus pedidos de consulta haviam desaparecido na policlínica enquanto aguardavam pela marcação da data; 15% acreditavam que, ao encaminhar o usuário para o hospital, o PSF estava tirando a responsabilidade de si e não resolvendo a situação; por último, 11% dos usuários entrevistados ainda não haviam precisado de médicos especialistas ou de internação hospitalar. Pelo mesmo motivo da maioria dos usuários do PSF 1, 50% dos usuários do PSF 2 encontravam-se descontentes com o procedimento adotado pelo PSF. Outros 37% achavam que os médicos forneciam o encaminhamento, mas não se preocupavam com a gravidade do caso, 9,6 % consideravam pouco eficaz a ajuda dada pelo programa e

3,2% não souberam opinar sobre o desdobramento destes procedimentos por nunca terem precisado usá-los.

Finalizando a análise de fatores relacionados à satisfação dos usuários a partir da eficiência dos serviços prestados pelo PSF, perguntou-se aos entrevistados o que, na percepção deles, contribuiria para melhorar a eficiência dos serviços e, portanto, a sua satisfação com o programa.

O atendimento na UBSF de nutricionistas, ginecologistas, pediatras, oftalmologistas, dentistas e ortopedistas foi apontado por 58,22% dos usuários do PSF 1 e 66,12% de usuários do PSF2, como fatores que ocasionariam maior satisfação com o programa. Outras colocações expostas pelos entrevistados dos PSF 1 e 2 mereceram relevância: 4,8% dos entrevistados dos dois PSFs gostariam que nas dependências da UBSF houvesse um local apropriado para que eles aguardassem o momento de agendamento das consultas, uma vez que precisavam chegar ainda de madrugada para garantir a vaga, tendo que esperar na rua até a abertura da unidade. Igualmente 9,6% dos entrevistados de ambos PSFs acreditavam que o número diário de consultas deveria ser aumentado, pois muitas pessoas voltavam para casa sem atendimento. Já 4,8% de usuários do PSF 1 acreditavam que a distribuição de senhas na fila ajudaria a evitar transtornos entre os usuários quanto à ordem de chegada. Outros 3,2 % afirmaram que se não precisassem buscar na policlínica os medicamentos de uso controlado, maior seria a satisfação com o programa, uma vez que a equipe de saúde tem o controle da medicação do usuário. Cerca de 17% gostariam que o PSF 1 tivesse um médico fixo e experiente; 6,38% consideravam essencial que fosse instalada uma pia no banheiro destinado aos usuários; e os últimos 5,2% achavam que nada precisava ser melhorado quanto aos serviços prestados pelo PSF 1. Quanto ao restante dos entrevistados do PSF 2, 4,8% achavam que as dependências da unidade precisavam de melhorias na limpeza; 3,2% gostariam que fosse construída uma sede própria para o programa, pois acreditam que a casa onde ele funcionava não era ideal; 2% acreditavam que uma caixa de sugestões ajudaria os usuários a expor sua opinião sobre os serviços; e 9,48% estavam satisfeitos com o serviços e achavam que nada precisava ser melhorado.

A **acessibilidade**, outro indicativo de qualidade dos serviços de saúde, é analisada por Gattinara *et al.* (1995), abordando os aspectos culturais, sociais, geográficos e econômicos. Com base neste autor, este estudo abordou a acessibilidade, especificamente relacionada aos aspectos geográficos e econômicos, buscando indiretamente visualizar a influência dos

aspectos sociais e culturais. Para tanto, as perguntas foram focalizadas na possível influência do PSF nas despesas relacionadas com a saúde do usuário ou da família, na localização e infraestrutura da UBSF e nos fatores que por algum motivo desencorajavam o usuário de buscar os serviços do PSF.

Do ponto de vista econômico, anteriormente se pensava que, com a instituição do PSF, haveria uma racionalização de gastos e uma redução nos custos da saúde no país, entretanto, isto não ocorreu. De fato, Carlos Silva (2004) relatou que houve uma maior acessibilidade do cliente aos serviços, menor demanda por especialistas e referências para hospitais, sem ter havido redução nos custos, praticando-se, ainda, uma saúde de preço elevado.

Scorel (2008) defendia as potencialidades do PSF, inclusive no que diz respeito aos aspectos financeiros da família, especificamente, a autora citou a dimensão econômico-ocupacional do programa, que, segundo ela, tem a potencialidade de impacto indireto ao prover tratamento e medicamento gratuitos, reduzindo ou extinguindo gastos que poderiam levar a família à miséria, ou seja, minimizando choques.

Desta forma, ao investigar se o PSF gerou algum tipo de redução nos gastos da família relacionados com o processo saúde-doença, o estudo chegou aos seguintes resultados: que a implantação do programa contribuiu para que o usuário gastasse menos com saúde foi a resposta da maioria dos entrevistados do PSF 1, com 61,8%, e do PSF 2, com 83,8%. As despesas que apresentaram redução foram semelhantemente citadas pelos usuários dos dois PSFs. Os gastos com remédios, exames e consultas foram os que mais sofreram redução, seguidos pelas despesas com lanche, necessário quando o usuário precisava dormir na fila do posto de saúde ou da policlínica. Em terceiro lugar, foram citados os gastos com transporte, seja para o posto de saúde, para a policlínica ou para algum dos hospitais. No entanto, uma parcela de usuários também admitiu não ter percebido redução nas despesas com saúde a partir da implantação do PSF, representando 38,2 % dos usuários do PSF1 e 16,12% dos usuários do PSF 2. Entre os usuários do PSF 1, que discordaram da redução de gastos, 63% justificaram que a contínua falta de médico na unidade de saúde continuava fazendo com que eles buscassem por atendimento em outro lugar, gerando gastos e não economia. Outros 37% disseram que o gasto com saúde, que mais pesava no orçamento, era a compra de remédios e como, frequentemente, eles não conseguiam os remédios gratuitamente, o gasto permanecia. Já os 16,12% de usuários do PSF 2, que também não perceberam redução nas despesas, alegaram que isso se devia ao fato de não possuírem, nem antes nem após o PSF, recursos

para serem gastos com saúde. Sobre o aspecto financeiro, estes resultados estão de acordo Scorel (2008), uma vez que o programa gerou, com intensidade variável, impactos diretos na diminuição de gastos relacionados com a saúde.

Contemplando a acessibilidade relacionada com a localização e infraestrutura do PSF no bairro, o estudo apontou que a maioria os entrevistados considerava boa a localização e a estrutura da unidade de saúde, tanto do PSF 1 (73%) quanto do PSF 2 (83,8%). Os usuários que assim qualificaram a unidade de saúde, atribuíram a qualidade de “ser boa” ao fato de ficar próxima de suas casas. Este resultado corrobora o estudo de Isabella Samico *et al.* (2005), que, analisando o grau de satisfação da atenção à saúde da criança no PSF, a partir da satisfação de profissionais de usuários, concluíram que a acessibilidade e a resolubilidade dos serviços do PSF se encontram também relacionadas à distância entre a unidade de saúde do PSF e a casa dos usuários. Estas autoras apontaram que os participantes do estudo consideraram bons tanto o acesso quanto a eficácia dos serviços, por não precisarem andar muito para obter atendimento médico, ao julgarem que a unidade de saúde se localizava perto de suas casas.

Por outro lado, alguns usuários do PSF não estavam satisfeitos com a localização e a infraestrutura das unidades de saúde: 27% dos entrevistados do PSF1 e 16,12% do PSF2 achavam que as unidades de saúde eram ruins e mal localizadas por diferentes motivos, conforme ilustram as falas a seguir:

“... a rua é perigosa passa ônibus e é muito movimentada de carros...”
usuário 51- PSF1

“...lá é ruim porque as salas são pequenas...” usuário 10- PSF1

“...a casa do posto é velha e tem cheiro de mofo..”. usuário 14- PSF1

“...no banheiro não tem pia nem papel higiênico..”. usuário 19- PSF1

“...lá não tem nenhum lugar coberto pra esperar distribuição de fichas, o portão fica fechado e se chover ficamos na chuva”. Usuário 31- PSF1 e usuário 39-PSF2

“...o posto é muito longe pra quem mora no alto do morro igual eu..”.
usuário 17- PSF1

“... o posto fica muito na ladeira, a gente que é velho não dá conta de ficar indo lá não...” usuário 22-PSF2

“... o posto já mudou várias vezes de lugar, porque não tem uma obra e constrói um ?...” usuário 56 - PSF2

Queixas quanto à infraestrutura das unidades de saúde do PSF já foram apontadas por outros estudos que investigavam a satisfação do usuário. A Cartilha do PSF (2006) dispõe que o imóvel onde funciona a UBSF deveria estar adequado às normas da Vigilância Sanitária. Por este motivo, onde não existem unidades convencionais para esta finalidade deveria ser construído um imóvel, no entanto, a mesma cartilha esclarece que onde já houver um local convencional, este pode ser adaptado ao funcionamento da unidade de saúde. Neste estudo, segundo a ex-coordenadora do PSF 2, as duas casas onde funcionavam o PSF1 e 2 foram locadas pela prefeitura e tiveram os cômodos adaptados para o atendimento aos usuários. A ex-coordenadora também afirmou ser consenso que ambas as casas não se adequavam totalmente às exigências da Vigilância Sanitária. Ela ainda esclarece que já houve, por parte da prefeitura, interesse em construir uma sede própria para o programa, que recebeu verba específica para este fim, no entanto, não foi encontrado no bairro um terreno apropriado para a construção.

Apesar de ainda constituir prática comum imóveis serem adaptados para o funcionamento de unidades de saúde da família, a portaria N^o- 2.226, de 18 de setembro de 2009, esclarece que, para o planejamento e a definição da área física mínima e dos ambientes necessários em uma Unidade Básica de Saúde - UBS, devem ser levados em consideração diversos fatores, tais como os fluxos de atendimento e as atividades mínimas a serem desenvolvidas em cada Unidade. A portaria recomenda prever a ampliação da área desses ambientes e a existência de outros ambientes, conforme a necessidade local e as atividades planejadas para serem desenvolvidas pela Unidade, como, por exemplo, sala de administração ou gerência, consultório odontológico, almoxarifado, farmácia etc. No Art. 2^o da mesma portaria, definem-se 2 (dois) portes de UBS a serem construídas/financiadas pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde: I) UBS Porte I - UBS destinada e apta a abrigar 1 (uma) Equipe de Saúde da Família; e II) UBS Porte II - UBS destinada e apta a abrigar, no mínimo, 3 (três) Equipes de Saúde da Família. Para a UBS de porte I, recomendam-se os seguintes ambientes: 1 Recepção, 1 Sala de espera - pode ser conjunta com a recepção, 2 Consultórios, 1 Consultório Odontológico, 1 Sala de procedimentos, 1 Sala

exclusiva de vacinas, 1 Sala de curativos, Sala de reuniões, 1 Copa/cozinha, 1 Área de depósito de materiais de limpeza, 1 Sanitário para o público, 1 adaptado para deficientes físicos, 1 Banheiro para funcionários, 1 Sala de utilidades/apoio à esterilização, 1 Depósito de lixo e 1 Abrigo de resíduos sólidos (expurgo). Para a USB de porte II, recomendam-se os mesmos ambientes da USB de porte I diferenciando-se no tamanho dos cômodos e apenas nas quantidades dos consultórios, sanitários para o público e para os funcionários, que, respectivamente mudariam para 5, 2 e 2. Em suma, a área mínima a ser construída com 20% destinado à circulação para a USB de porte I seria de 153,2 m² e 293,28 m² para a USB de porte II.

Buscando entender outros motivos que vão além da acessibilidade relacionada apenas a fatores geográficos e estruturais, perguntou-se aos entrevistados o que os deixaria desanimados de procurar pelos serviços da UBSF. E as respostas apontaram que o horário de acordar para ir para fila tentar uma ficha de consulta era o motivo de maior desânimo dos usuários, sendo apontado por 37% dos entrevistados do PSF 1 e por 45% dos entrevistados do PSF 2. Vale ressaltar que uma parcela bastante considerável dos entrevistados, 28% do (PSF1) e 32% do (PSF2), disse não haver motivo algum que os fizesse desanimar de buscar pelos serviços do PSF. Já o descontentamento dos demais usuários resumia-se em achar o atendimento demorado 18% (PSF1); falta de médico na unidade 8,6% (PSF1); insegurança na consulta médica devido à pouca idade dos médicos, relatados por 5% (PSF 1); não se sentir acolhido pelos profissionais da unidade, em torno de 3,2% (PSF 1); e 3,2% (PSF2), não ter atendimento médico todos os dias da semana, conforme 11,2% dos entrevistados (PSF2) e, por último, a falta de atitude do PSF para agilizar consultas com especialistas, apontado por 8,6% dos usuários do PSF2.

Os últimos fatores analisados por este estudo e apontados por Gattinara *et al.* (1995) como sinalizadores da qualidade dos serviços de saúde foram a **eficácia e a eficiência** dos serviços ofertados pela UBSF, abordando os seguintes aspectos: normas adequadas, tecnologia apropriada, respeito às normas pela equipe, custos, recursos e riscos.

Examinando a eficácia dos serviços do PSF pela análise dos materiais e aparelhos disponibilizados pela unidade de saúde, constatou-se que 35% dos usuários do PSF1 e 51% dos usuários do PSF 2 acreditavam que não faltava nenhum tipo de material que poderia otimizar o atendimento aos pacientes. No entanto, 65% dos entrevistados do PSF 1 e 49% do PSF 2, que acreditam serem inúmeras as carências de recursos no PSF, descrevem-nas

como: Falta de material para colher exame preventivo há mais de 3 meses (usuários do PSF1); Falta de remédios, material de curativo e a fita de glicemia (usuários do PSF1); Falta de medidor de pressão, só existe um para atender a todos os usuários (usuários do PSF1); Falta de aparelho de mamografia (usuários do PSF 2); Falta de aparelho de RX (usuários do PSF2); Falta de nebulizadores, pois só há um (usuários do PSF2); Falta de uma cadeira de rodas (usuários do PSF2); e Falta de um aparelho pra fazer eletro do coração (usuários do PSF 2).

Percebe-se que as queixas e aspirações dos usuários compreendem materiais de fornecimento obrigatório e outros não previstos para uso do PSF, como o aparelho que realiza exames de mamografia, RX e o eletrocardiograma. Lembrando que o programa prioriza a atenção básica voltada para a prevenção, nota-se novamente que os recursos almejados por eles expressam as deficiências do sistema de saúde pública, por informação aos usuários quanto à proposta do programa, pois se vê que eles esperam além do que o programa propõe.

4.7- A efetividade dos princípios do SUS na realidade vivenciada pelos usuários.

Concordando que o Programa Saúde da Família vem reafirmando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, o estudo tentou identificar, na visão dos usuários, como os princípios têm sido abordados nas práticas de trabalho da ESF.

Para tanto, se baseou na descrição dos princípios doutrinários do SUS, realizada por Brasil (2001a) e Almeida *et al.* (2001), que explicitam a *universalidade* como o princípio em que todas as pessoas, indiscriminadamente, têm direito à saúde, por se tratar de direito de cidadania; a *equidade* já defende que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades; e, por último, o princípio da *integralidade* considera as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Entendendo que seria difícil para o usuário opinar sobre a efetividade dos princípios nos serviços oferecidos pela unidade de saúde, foram feitas perguntas que abordassem os princípios nas perspectivas propostas pelo programa, ou seja, perguntas que descreviam ações de universalidade, equidade e integralidade.

A perspectiva da Universalidade

Nas respostas obtidas às perguntas sobre o princípio da universalidade, 74,1% dos usuários do PSF 1 e 71% dos usuários do PSF 2 concordaram que a presença do PSF no bairro facilitou o acesso dos moradores aos serviços de saúde. Os demais entrevistados dos dois PSFs não concordaram que o acesso tenha sido facilitado por acreditarem que os problemas usuais de falta de medicamentos, médicos, especialistas, dificuldade de agendamento, dentre outras, também aconteciam no PSF.

No entanto, eles concordaram em sua maioria que o PSF dava direito a todas as pessoas que procurassem a ter acesso aos serviços, sendo este de boa ou má qualidade. E, quanto ao SUS oferecer, através ou não de encaminhamentos do PSF, todo tipo de serviço de saúde que o usuário precisasse, 60,4% dos entrevistados do PSF 1 e 54,8% do PSF 2 acreditavam que este sistema estava longe de alcançar esta meta. Os depoimentos a seguir explicitam esta descrença:

“... Já vi vizinho morrer esperando vaga para fazer uma cirurgia...” usuário 11-PSF1

“... minha tia morreu antes de começar a tratar do câncer porque não tivemos dinheiro para pagar a biópsia e enquanto a gente tentava arrumar ela morreu...” usuário 23-PSF 2

A perspectiva da Equidade

Com relação ao princípio da equidade, a maioria dos entrevistados achava que o PSF atendia igualmente a todos os usuários, 62,1% do PSF1 e 71% do PSF2. Os demais 27,6% do PSF 1 e 24,2% do PSF 2 achavam que alguns profissionais da ESF tratavam com mais simpatia usuários que apresentassem melhor aparência; e o restante, de 10,3% e 4,8%, respectivamente, dos usuários do PSF1 e 2, não quiseram opinar sobre este aspecto. Atitude esta que pôde ser percebida pela declaração de um usuário:

*“... sobre isso aí prefiro nem falar nada a gente precisa não é ? então do jeito que atender tá bom....”*usuário 30-PSF1

Já com relação ao atendimento no PSF ocorrer conforme a necessidade do usuário, com relação a médicos e o tratamento necessário, 58,6% e 62,9% de usuários do PSF 1 e 2, respectivamente, achavam que o programa tentava fazer isso. No entanto, os mesmos ressaltavam que, ao encaminhar o paciente para as dependências da policlínica, o programa perdia todo respaldo da atenção básica prestada na unidade de saúde. Isso porque para eles parecia estar estigmatizado que, ao ser encaminhado, o tratamento seria dificultado, fosse pelo aumento da distância ou pela lentidão do sistema. Opinião menos confiante teve o restante dos entrevistados, 41,1% PSF1 e 37,1% PSF 2, que se mostraram descrentes quanto ao atendimento ser realizado conforme a necessidade do usuário.

Para aprofundar na questão da equidade, foi perguntado ao usuário se ele ou alguém de sua família já havia passado ou presenciado algum tipo de situação que julgasse discriminação enquanto buscavam ou recebiam atendimento de algum profissional do PSF. Foi mínima a parcela de entrevistados que deram respostas afirmativas sobre esta questão, representando 7% dos participantes usuários do PSF 1 e 2% do PSF 2. Entre eles, foram mencionadas as seguintes situações consideradas discriminatórias:

“... não fui chamada para consultar de acordo com a posição que eu ocupava na fila...” usuário 40-PSF1

“... uma pessoa da família não recebeu atendimento e tive que pegar dinheiro emprestado para pagar consulta...” usuário 11- PSF1

“... a enfermeira nunca me tratou bem...” usuário 52-PSF1

“... acho que visitam menos a minha casa que a dos outros... ela deixa bilhete quando eu não estou ao invés de voltar lá em casa ...” usuário 50-PSF1

“... os funcionários da UBSF tratam algumas pessoas melhor do que outras...” usuário 19-PSF1

A Perspectiva da integralidade

Para entender como a ESF trabalhava a promoção da saúde, perguntou-se aos entrevistados se o PSF contribuía em alguma coisa para que eles aprendessem mais sobre como conservar ou melhorar sua saúde e da família. Aproximadamente mais de 70% dos entrevistados do PSF 1 e PSF 2 acharam que o programa contribuiu sim para que aprendessem alguma coisa que ajudasse a conservar e a melhorar a saúde.

Os usuários do PSF 2 mostraram-se inteirados com as atividades do programa relacionadas com a promoção de saúde. O grupo de caminhadas e as palestras promovidas pela médica da unidade de saúde foram as atividades mais citadas pelos usuários. Embora o número de usuários com a mesma opinião sobre a promoção de saúde seja próximo entre os dois PSFs, os usuários do PSF 1 alegaram que se sentem prejudicados pela grande rotatividade de médicos em sua unidade de saúde e achavam que estavam em desvantagem por este motivo. Conforme pode ser notado neste relato:

*“...a médica do PSF2 promove muita coisa lá, luta pelos que usam o posto de lá, aqui ninguém faz nada pra gente, há muito tempo tinha palestras, hoje não tem nada mais..”.*Usuário 58 PSF 1

Já os 27,5% e os 25,8 % de usuários dos PSFs 1 e 2, respectivamente, achavam que as atividades realizadas pelos PSFs, que visavam à promoção de saúde, não alcançavam esta finalidade devido à pouca divulgação e à falta de acolhimento da equipe aos usuários. A especificidade dos temas abordados pelas palestras, como, por exemplo, hipertensão e

diabetes, também foram apontados como um limitador à frequência dos usuários às atividades. O relato a seguir exemplifica tal fato:

...palestra sobre diabetes é bom mas eu nunca fui, e de pressão alta também, mas eles deveriam fazer as coisas para quem não tem essas doenças aí também... Usuário 34- PSF1

Quanto à prevenção de doenças, 60,3 e 72,6% dos entrevistados dos PSF 1 e 2, respectivamente, acreditavam que o programa ajudava na prevenção de doenças. A maior percentagem de usuários do PSF 2, que concordaram, pode ser relacionada com a questão anterior, devido à existência de mais atividades programadas pela médica em exercício. Um fato que merece destaque é que mais da metade destes usuários, que achavam que o programa atuava na prevenção, não conseguiu citar como era realizada esta prevenção e também não participava de nenhuma atividade. Os usuários que citaram ações de prevenção, disseram já ter aprendido que não se podia abusar do sal por causa da pressão, ou que pesar as crianças sempre é importante para ver se estão no peso certo; ou que era importante manter em dia a vacinação das crianças. Além disso, existiam também aqueles que achavam que o programa não trabalhava a prevenção por falta de recursos e de pessoas treinadas. Estes representaram 39,7 e 27,4 % dos usuários entrevistados no PSF 1 e 2, respectivamente.

Notou-se que, mesmo não estando satisfeitos com alguns aspectos da prevenção e da promoção da saúde, os usuários após responderem remetiam-se novamente a uma questão já descrita, em que reclamavam da falta de médicos e remédios, refletindo ainda a mentalidade de usuários voltada para a cura e medicação, fato que o programa visa a não trabalhar em primeira instância. Embora não seja objetivo do programa, sabe-se que a prevenção é um alvo ainda a ser alcançado pelo PSF. No estudo de Corradi *et al.* (2008), 92,3% dos entrevistados procuravam o PSF para ações curativas, 86,5% buscavam medicamentos e 76,9% iam requerer exames. Estes autores ainda complementam que há uma longa jornada para efetivação do PSF e que as mudanças nos paradigmas das ações de saúde, voltadas para ações comunitárias participativas e de educação em saúde, requerem infraestrutura, profissionais especializados e conscientização coletiva quanto a ações preventivas em detrimento das ações curativas.

Com respeito à reabilitação, perguntou-se aos usuários se eles acreditavam que o PSF contribuía para a recuperação de pacientes. E quando a resposta era afirmativa, pedia-se que ele explicasse como o programa agia nestes casos. Sobre esta questão, 60,3% dos usuários do

PSF 1 e 71% dos usuários do PSF 2 disseram que o programa ajudava na recuperação de pacientes. As contribuições para a recuperação, citadas pelos usuários, restringiram-se a cuidados dispensados aos acamados, tais como troca de curativos, visita médica aos idosos obesos, visita médica aos acamados de idades diversas e aferição da pressão no domicílio pelo técnico em enfermagem. Outras ações também foram classificadas como de reabilitação pelos usuários, como, por exemplo, é explicitado nas falas a seguir:

“...um dia o caminhão desgovernado desceu o morro e bateu numa casa lá na avenida, as agentes e a enfermeira foram lá e prestaram toda assistência ao moço do salão que foi atingido e também às pessoas que estavam dentro da casa. Elas foram lá o dia todo ver se eles estavam bem...”usuário 18-PSF 2.

“...quando minha mãe morreu chamei a agente e ela veio rapidinho e me ajudou com as coisas aqui em casa...”usuária 54- PSF1

O restante dos usuários dos PSFs 1 e 2, que achavam que o programa não ajudava na recuperação, tiveram experiências negativas por precisarem de visitas domiciliares e não haver carro disponível no PSF para levar o médico, ou até por não haver médico na unidade, ou por precisarem de curativos e não haver material e por necessitarem de medir a pressão e o único aparelho estar em manutenção.

A título de síntese, a Tabela 21 esclarecerá as principais percepções citadas pela maioria dos entrevistados do PSF 1 e 2, segundo os fatores sinalizados por Gattinara *et al.* (1995), quanto à competência profissional, acessibilidade, eficácia e eficiência.

Tabela 21: Percepções enfatizadas pela maioria dos usuários do PSF 1 e 2 para determinar a qualidade dos serviços. Viçosa-MG/2009.

Principais Percepções dos Usuários Sobre Competência Profissional, Eficiência, Acessibilidade e Eficácia.	
Competência Profissional	<i>A ESF sempre se empenha em resolver os problemas dos usuários.</i>
	<i>As consultas médicas na maioria das vezes são boas e fornecem boas orientações.</i>
	<i>Os serviços prestados pela enfermeira e Auxiliar de enfermagem na maioria das vezes são bons.</i>
Eficiência	<i>A medicação receitada cumpre a finalidade.</i>
	<i>Há dificuldade em se conseguir na UBSF, todos os remédios prescritos.</i>
	<i>A UBSF não dispõe das especialidades médicas esperadas pelos usuários.</i> <i>Os encaminhamentos fornecidos pelos médicos da UBSF são sinônimos de demora e geram descontentamento ao usuário.</i>
Acessibilidade	<i>A implantação do programa no bairro gerou redução de gastos com a saúde (remédios, exames), ou de despesas antes necessárias para se ter acesso ao atendimento médico, do tipo transporte, lanche e alimentação.</i>
	<i>A acessibilidade geográfica é comparada pelos usuários à distância que eles precisam percorrer para chegar à UBSF. A acessibilidade é boa para aqueles que moram perto da unidade de saúde.</i>
	<i>Apesar das fichas de consulta serem distribuídas às 7:00 h, segundo os usuários, o horário que eles precisam chegar na fila para garantir uma ficha gera desânimo de buscar pelo atendimento.</i>
Eficácia	<i>A maioria dos usuários não sabe o que é o PSF e não conhece sua proposta.</i>
	<i>Faltam recursos (ex: medicação, aparelhos, transporte, tempo) para um atendimento eficiente do PSF.</i>

Fonte: Dados da pesquisa.

5-CONCLUSÕES

O PSF realmente pode ser considerado uma política de intervenção diferenciada dentro das pretensões de reestruturação da saúde no Brasil. Com desafios a serem superados, o programa vem buscando concretizar sua proposta a nível local em cada comunidade em que atua.

Problemas socioeconômicos diversos foram percebidos na realidade da comunidade adstrita aos PSFs 1 e 2, que se mostraram verdadeiramente vulneráveis. O desemprego merece destaque e atenção do poder público, que deve também pensar em políticas que promovam oportunidades de trabalho e capacitação para jovens e adultos, em especial nesta comunidade. As queixas das donas de casa entrevistadas quanto à necessidade de trabalhar para incrementar a renda, somavam-se ao rancor de não conseguirem emprego, que, segundo elas, resultava até mesmo na falta de interesse em cuidar da sua saúde e da saúde da família, a não ser que o caso fosse grave. Assim, podemos notar um dos possíveis entraves para adesão dos usuários às esporádicas, atividades que buscam a prevenção de doenças e a promoção da saúde realizadas pelos PSFs.

O acompanhamento aos hipertensos, às gestantes e aos diabéticos é um ganho para a comunidade que, muitas vezes, deixava a desejar em relação ao cuidado exigido pelas enfermidades e pela gravidez. No entanto, eram modestas as ações do programa com relação à saúde do homem, fosse ele jovem ou idoso. Não quero dizer que não ocorria nenhum direcionamento de atividades para este público, mas acredito que somente as práticas preventivas sobre as doenças sexualmente transmissíveis ou em relação ao câncer de próstata possam, ao contrário de aproximar, afastar os homens que, aparentemente, temiam ou se envergonhavam de adoecer.

O horário de funcionamento da UBSF coincidia com o horário de trabalho de alguns homens, que, segundo suas esposas, não buscavam pelo atendimento médico devido a este conflito de horários. A possibilidade de solicitar uma licença do trabalho para ir ao médico despertava o medo de perder o emprego. Talvez se possa pensar em um atendimento prioritário aos homens, num horário que não fosse compatível com o horário de trabalho deles e, que não extrapolasse as horas de trabalho previstas semanalmente para os profissionais da ESF.

A falta de conhecimento dos usuários sobre as normas e a proposta do programa podem ser apontadas como uma falha que merece reparo pela da gestão do programa, que, por este motivo, enfrenta problemas que poderiam ser evitados com uma simples divulgação do que é o PSF e o que ele propõe aos usuários.

Esta situação é comprovada pelos resultados da percepção dos usuários quanto ao significado do programa, que se mostrou inteiramente ligada à figura do agente de saúde e às perguntas que eles fazem durante as visitas. Mas cabe neste momento o seguinte questionamento: Isso pode ser sinal de que o vínculo do agente com o usuário é realmente forte? E aí vem a resposta: talvez isso seja sinal de que realmente o que os agentes perguntam ou avisam aos usuários fique realmente gravado em sua memória. É lamentável que o tempo da visita seja curto e as informações limitadas, visto que, a troca de saberes entre o agente e o usuário poderia favorecer a promoção e a prevenção da saúde. Contudo esta é uma situação que merece atenção, visto que, se os agentes não receberem melhores capacitações e treinamentos e se não lhe forem concedidos recursos suficientes, em especial, tempo e materiais de trabalho, a percepção dos usuários sobre o programa pode continuar sendo simplista e reduzida.

A predominante satisfação dos usuários não sugere que a avaliação deva parar, até mesmo pelo fato de os usuários considerarem que o PSF conseguia resolver muitos dos problemas de saúde da população. É importante ressaltar que os profissionais que atuam no PSF devem dialogar com a população adstrita a respeito da hierarquização dos serviços de saúde, explicando o poder de resolução da atenção primária e a importância da parceria do usuário, da família e da comunidade. Dessa forma, a população pode aumentar sua participação na organização da demanda pelos serviços. Entretanto, é preciso que a ESF esteja atenta para o fato de que a expectativa da maioria da população atendida no SUS é baixa e associada ao conformismo e ao medo de perderem o pouco que já conquistaram.

Em suma, analisando a satisfação dos usuários com os serviços do PSF e sua qualidade, constatou-se que, apesar de apresentarem algumas limitações, os serviços mostraram-se resolutivos, realmente atendendo aos mais vulneráveis, trabalhando como área adstrita e tentando estabelecer o vínculo, embora a integração do PSF com os demais setores de saúde precise ser mais eficaz para alcançar maior resolubilidade nos tratamentos prescritos, segundo a necessidade individual do usuário.

Quando o assunto é a estrutura e funcionamento do programa, é importante levantar a questão da valorização da quantidade em detrimento da qualidade por parte do governo e dos gestores do programa, fato que pode estar interferindo na efetividade do programa.

As interferências de caráter político vêm ameaçando a funcionalidade das atividades, desmotivando os profissionais que se sentiam inseguros a cada troca de prefeito, e trabalhavam com falta de recursos, alta demanda e baixa capacitação para o exercício da profissão no PSF. Fato que refletiu nas percepções da equipe e mostrava discordância entre as proposições do programa e a realidade vivenciada.

Contudo, as duas equipes de saúde que atuam no PSF estudado possuem profissionais empenhados com o trabalho, que, em sua maioria, pareciam gostar de trabalhar com saúde pública, embora a rotatividade profissional seja grande. Dessa forma, entende-se que a esperança de melhorias quanto ao vínculo de trabalho e à aquisição de recursos se faz presente entre os profissionais que, com raras exceções, mostram-se dispostos a dar o melhor para o êxito da estratégia do PSF.

6 - LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DA PESQUISA

As principais limitações detectadas nesta pesquisa estão associadas ao processo de coleta de dados quando uma pequena parcela de profissionais, por motivos de cunho político, não aceitou participar do estudo. Somam-se a isso fatores que limitaram o acesso aos usuários como o dificultado acesso à moradia do usuário devido ao grau de insegurança do local que entravou a visita do entrevistador, incompatibilidade entre o horário disponível do usuário e o considerado apropriado para a coleta de dados e o medo de represálias por parte dos usuários, que temiam apontar falhas no programa e perder o direito de acesso ao serviço.

Outro ponto de dificuldade encontrado nesta pesquisa foi perceber que alguns usuários se mostravam apáticos e desesperançosos com o estudo, enfatizando sempre uma expectativa negativa em relação à possibilidade de o estudo servir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, havia aqueles que enxergavam no pesquisador uma esperança para melhoria do programa e até o responsabilizavam por uma futura solução para os problemas.

Tendo em vista que os usuários, em sua maioria de baixa escolaridade, não saberiam identificar as ações coerentes à efetividade de cada um dos 3 princípios do SUS, foram feitas perguntas com um vocabulário adaptado à realidade dos usuários que buscassem respostas para esta questão. No entanto, sugere-se que sejam realizadas pesquisas qualitativas, por meio de um diagnóstico rápido participativo, visando a desvendar outras questões que, assim como esta, necessite de uma reformulação e adaptação à realidade pesquisada.

Além disso, em função da vivência da pesquisadora, recomendam-se estudos que desvendem temas do interesse masculino para serem abordados em campanhas direcionadas à saúde do homem. Também contribuiriam estudos que mapeassem os motivos responsáveis pela frequente busca, de certos usuários, pelas consultas médicas na UBSF, mesmo não apresentando sintomas de doença. Isso contribuiria para diagnosticar problemas familiares que, transcendendo o diagnóstico clínico do médico generalista, que às vezes se mostrava assustado com o número de usuários que consultavam e não se conformavam de não estarem doentes. Embora talvez fique claro ao conversar algumas vezes com estes usuários, que a procura pela UBSF se fazia também pela necessidade de se sentir cuidado, por carência de alguém para conversar ou só para receber um pouco de atenção.

Um estudo mais abrangente da satisfação do usuário com uma amostra maior e que investigasse também as reais potencialidades de inclusão social proporcionadas pelo programa indicaria como o PSF centra a atenção na família e em seu ambiente físico e social, conforme ele se compromete.

Além das pesquisas, atividades de extensão teriam muito que contribuir para os usuários dos PSFs daquela comunidade. Projetos de extensão que capacitassem mulheres por meio de cursos diversos, como, por exemplo, artesanato, indústria caseira de processamento de alimentos, corte costura, entre outros. Para os adolescentes e jovens, seriam benéficos projetos que visassem à diminuição da ociosidade do tempo extraescolar, isso proporcionaria a diminuição de sua vulnerabilidade a situações de risco como uso de drogas e prostituição. Em complementaridade, projetos que levassem informações sobre gravidez precoce, malefícios do uso de entorpecentes, violência doméstica, direitos e deveres do cidadão, também são vistos como de grande valia para aquela comunidade.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.33, p. 50-53,1991.
- AGUIAR, R. A. T. **SUS baseado em conhecimento**. Informação para tomadores de decisão. Glossário. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br>>. Acessado em: 25 jan. 2010.
- ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.
- ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Orgs.) **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2001.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O Desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Revista Interface**, n 9. 2001.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev Interface - Comunicação Saúde Educação**. 2005; 9 (16): 39-52.
- ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D. R. Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden. **Journal of Marketing**, v. 58, jul. 1994.
- ARAÚJO, Y. P.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Cienc. Saúde. Coletiva**. v.11, n.1, p.219-27, 2006.
- ASSADA, R. M. **A equipe como vetor de qualidade**. 2001. Disponível em: <<http://www.odonto.com.br> [2001 Nov.21] >.Acessado em: 22 fev.2010.
- ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 9 (3), p.283-299, 1993.
- BABBIE, E. Conceituação e desenho de instrumentos. In: **Métodos de pesquisa de survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. cap. 7, p. 179-212.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.226 p.
- BARTOLOMEU, A. T. **Identificação e avaliação dos principais fatores que determinam a qualidade de uma lavanderia hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção)-Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.eps.ufsc.br/disserta98/angelica/>.> Acessado em: 25 jan. 2010.

BEBER, S. J. N. **Estado atual dos estudos sobre a satisfação do consumidor**. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-&lr=lang_pt&q=author:%22BEBER%22+intitle:%22Estado+atual+dos+estudos+sobre+a+satisfa%C3%A7%C3%A3o+do+consumidor%22&um=1&ie=UTF-8&oi=scholar>. Acessado em: 23 fev. 2010.

BRASIL. **Constituição Federal, de 1988**. Título VIII – Da Ordem Social; Capítulo II – Seção II, da Saúde – Artigos 196; 197; 198 (Parágrafo Único – Ec 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Polo de capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família; v.2, 2001 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma operacional de assistência à saúde**. Brasília, DF, 2001 b.

CAMPOS, G. W; Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para um público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66.

CARTILHA DO PSF. **Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro**, 2006. 19p.

CARTILHA do SIAB. **Estratégia Saúde da Família Sistema de Informação da Atenção Básica. (breve manual do usuário)**. Florianópolis, set. 2005.

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. **Dinheiro tem de sobra, mas faltam médicos**. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=176&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=940>. Acessado em: 01 fev. 2010.

CENTA, M. de L.; ALMEIDA, B. M. M. de. **Família saúde desenvolvimento**, Curitiba, v.5, n.2, p.103-113, mai./ago 2003.

CORRADI, E. M.; LOBO, A. G.; PESSIN, A. L.; Abu-Samra, J. M. P.; FRITAS, L. M. B.; TOLOTTI, M.F. O programa Saúde da Família sob a ótica da comunidade. **Cadernos da Escola de Saúde e Enfermagem**. n .1- Julho 2008.16p.

COSTA FILHO, D.C. **Programa Saúde da Família: vantagens para médicos e pacientes**. [online]. Disponível em: <<http://104eg.cremesp.com.br/anteriores/pag3.html>> (13/ 09/00). Acessado em: 15 jan. 2010.

COSTA, R. K. de S.; ENDERS, B. C .; MENEZES, R. M. P. de. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência Cuidado Saúde** -2008 Out/Dez; 7(4):530-536.

COTTA, R. M. M.; MARQUES, E. S.; MAIA, T. de M.; AZEREDO, C. M.; SCHOTT, M.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E.; A satisfação dos usuários do Programa de

Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4, out./dez. 2005.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N.; **Descentralização das políticas de saúde: “do imaginário ao real”**. Viçosa: UFV, 1998. 148p.

COTTA, R. M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E.; DIAS, G.; Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde- **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Volume 15 - Nº 3 - jul/set de 2006.

ELSEN, I. Cuidado Família: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M.R. (orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p.11-24.

ELSEN, Ingrid. **Saúde familiar: a trajetória de um grupo**. In: ELSEN, Ingrid et al. Marcos para a prática com famílias. Florianópolis : Editora da UFSC, 1994. cap.2 p.61-77.

ENGEL, J.; BLACKWELL, R.; MINIARD, P. **Consumer Behavior** . Hinsdale: The Dryden Press, 1978.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**. v. 22 n.6.p. 1267-1276 , 2006.

ESPERIDIÃO, M. TRAD.; L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, 2005. (Suplemento).

FADEL, M. A. V.; FILHO, I. R. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde**. Apresentado no: XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 – 11, Out. 2006.

FERREIRA, M. A. M. **Desvendando o Alfa de Crombach**. Análise Estatística no SPSS. Material da Disciplina ADM663 - Métodos Quantitativos Aplicados às Ciências Sociais. Aula 1. Departamento de Administração - UFV, 2008.

FILHO, R. M. **Saúde desigual**. 13-janeiro-2009. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/noticias/?act=view&id=587>>. Acessado em: 15/02/ 2010.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A. Z.; e MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. São Paulo/SP: **Revista de Administração da USP**, RAUSP, v. 35, n. 3, Jul-Set. 2000, p.105-112.

GADE, C. **Psicologia do consumidor e da propaganda**. São Paulo: EPU, 1998. 269p.

GATTINARA, B. C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C.; GIACONI, J.; CAPRARA, A.; Percepción de 105e comunidad acerca de 105e calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cadernos de Saúde Pública**, 11:425- 438.1995.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GIROTI, S. K. de O.; NUNES, E. de F. P. de A.; RAMOS, M. L. R. **As práticas das enfermeiras de uma unidade de saúde da família de Londrina, e a relação com as atribuições do exercício profissional**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 29, n. 1, p. 9-26, jan./jun. 2008.

GOMES, R. da S.; DESLANDES, C. M. F. S. F.; SOUZA, E. R. 1999. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão dos usuários. **Caderno de Saúde Pública**. 15 (4): 789- 797.

GÜNTHER, H. **Como Elaborar um Questionário**. Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, n.1. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003.

HABERLAND, E.; RENNER, J. S.; PICCOLI, J. C. J. A percepção de profissionais e acadêmicos de cursos da saúde na atuação multidisciplinar. **Revista Digital - Buenos Aires - Ano 13 - Nº 122 - Julho de 2008**. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd122/a-percepcao-de-profissionais-e-academicos-de-cursos-da-saude.htm>>. Acessado em: 01 mar.2010.

HAIR JR, J. F. et al. **Multivariate Data Analysis**. 4ed. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

HEICKHOFF, Hans. **A Qualidade dos Serviços de Saúde – Realidade Próxima?** Disponível em: <<http://www.setubalnarede.pt/content/index.php?action=articlesDetailFo&rec=10035>>. Acessado em: 26 jan. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORAFIA E ESTATAÍSTICA, Indicadores sociais. **Pesquisa Censitária de 2006**. (S.I), IBGE, 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acessado em: 17 /12/ 08.

IPEA- **Desemprego atinge os mais pobres mesmo com mais escolaridade**- Brasília- 22/09/09. Disponível em: <<http://www.diariodovale.com.br/noticias/0%2C10388.html>> Acessado em: 12 fev. 2010.

KOTLER, P. **Administração de marketing - análise, planejamento, implementação e controle**. 4 ed., São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Psicol. cienc. prof.**, jun. 2008, vol.28, no.2, p.374-389. ISSN 1414-9893.

LIMA, Maria Camila.; AQUINO, Magno Geraldo de. **O PSF e a assistência à saúde na comunidade: estudo sobre a percepção de um grupo de mulheres sobre o atendimento**

nos PSFs .107 Seminário de Iniciação Científica do Unilavras Lavras – MG, 24 e 25 de junho de 2009. Disponível em: <egi://www.unilavras.edu.br/seminarioresumos/resumos/saude/o_psf.pdf.> Acessado em 02 jan.10.

LODI, D.; TAGLIARI, M.; MORETTO, E. Limites e Possibilidades no Trabalho em Equipe no Programa Saúde da Família – PSF. **Boletim da saúde**. Porto Alegre, v. 17, n. 2. jul./dez. 2003.

MACIEL FILHO, R. **Índice de médicos está abaixo da recomendação da OMS**. Agência do Senado, 16/10/09. Disponível em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=61853>. Acessado em: 13 mar. 2010.

MARSIGLIA, Regina. M.G.; CASSIO. S.; JÚNIO, Nivaldo C. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v.14, nº 2, p. 69-76, mai./ago. 2005.

MARTINS, R. J.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA GARBIN, C. A.; ÍSPER GARBIN, A. José.; LIMA, D. C. de. Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Saude soc**, vol.18, n.1, p. 75-82. 2009.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.; MISHIMA, S.; PEREIRA, M J. B.; DOMINGOS, NÉLIO, A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2005; 9:9-24. *Comunic., Saúde e Educação*, v.9, n.16, p.9-24, set.2004./fev. 2005.

MELLO, A. S de.; ANDRADE, M. A família como alvo da atenção. **Informe-se em promoção da saúde**, v.1, n.1.p.01-02. Jul./dez. 2005.

MELO. V. PSF: **Estratégia de mudança do modelo assistencial X focalização e seletividade da assistência à saúde no Brasil**. Julho/ 2007. Disponível em: <http://www.jornaldebates.ig.com.br/debate/saude-publica-tem-remedio/artigo/psfestrategia-mudanca-modelo-assistencial-x-focali>. Acessado em: 18 fev. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Reforma Sanitária inicia Revolução na Saúde**. MS, 2008. Disponível em: <http://www.sus20anos.saude.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=73%3Areforma-sanitaria-iniciou-revolucao-na-saude&catid=29%3Aespeciais&Itemid=34>. Acessado em: 02 fev. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]. **Atenção Básica e a Saúde da Família. Diretriz conceitual: equipes de saúde.** DAB- departamento de atenção básica. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>>. Acessado em: 01 mar.2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [BR]. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do programa de saúde da família – PSF.** Brasília: MS, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 95 de 26 de Janeiro de 2001.** Dispõe sobre a NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: MS, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: MS, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: MS, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.203 de 1996.** Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília: MS, 1996.

NERY, Daniel. C. **20 anos da Constituição brasileira: balanço e perspectivas.** Nov/2008. Disponível em: <http://www.revistaautor.com/index.php?option=com_content&task=view&id=310&Itemid=38>Acessado em: 02 mar.2010.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W.C.; Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, 40 (4): 727-733, 2006.

OLIVEIRA, Leonardo. G de. Manual de preenchimento dos formulários dos agentes comunitários de saúde. Edição Revisada: **Gerência de Epidemiologia e Informação.** Setembro, 2007.19p.

OLIVEIRA, S. F. de.; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicol. Soc. [online]**, vol.20, n.2. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desempenho em equipes de saúde – manual.** Rio de Janeiro: Opas, 2001.

PAIM, J.S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde.** Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>>. Acessado em 11 jan. 2010.

PIMNETEL, D. A **desilusão chamada SUS**. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/2009/08/28/brasil1_0.asp>. Acessado em: 17 mar. 2010.

PORTARIA 648. Ministério da Saúde-Programa Saúde da família. **As Atribuições dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS**. Brasília : MS, 2006.

PORTARIA Nº 2.226, DE 18 DE SETEMBRO DE 2009. **Programa Saúde da família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/109egislação/portaria2226_18_09_09.pdf>. Acessado em: 21 jan.2010.

PORTER, M. **O que é estratégia?** Harvard Business Review, Nov./Dez .1996. Publicado com permissão de Harvard Business Review. Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/pucrs/files/adm/asplam/estrategia.pdf>>. Acessado em: 12 fev.2010.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 203211. 2002.

QUEIROZ, M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Caderno de Saúde Pública**. v. 9, n.3,p. 272-282, 1993.

ROCHA, A A. R de M. e. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Rev Interface**, vol.9, n.17, p.303-316. Ago. 2005.

ROCHA, A. A. R. M.; Trad, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: Os desafios de construção de uma nova prática. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v. 9,n.17,p. 303-316. 2002.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C.; Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, Dec. 2005

SÁ, L. D; SOUZA, K. M. J.; NUNES, M. G.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A. VILLA T.C.S. Tratamento da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono texto. **Contexto Enferm**, v.16, n.4,p. 712-8,2007.

SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A. Biblioteca virtual em saúde 2002, Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br>>. Acessado em: 15 jan.2010.

SANTOS, S. M.; UCHIMIRA, K. Y.; LANG, R. M. F. Percepção dos Usuários do PSF: uma experiência. **Cadernos e saúde**.v.13,n.3, p.687- 704.2005.

SCOREL, S. **Encontro de Conjuntura da Política de Saúde:** a ampliação da atenção básica – palestras: Potencialidades do PSF. 28/08/08. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=6830&tipo=B>>. Acessado em: 13 fev.2010.

SENNA, M de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.18, 2002.

SIAB - **O SIAB é um banco de dados (Software)**. Desenvolvido pelo DATASUS-Rio de Janeiro, 1998.

SILVA, C A. B. da. **Os dez anos do Programa Saúde da Família - PSF**. RBPS, 2004.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A.; CERQUEIRA, M. P.; KRUCHEVSKY L.; TEIXEIRA, M. M. A.; BARBOSA, A. S. M, CONCEIÇÃO, P. S. A; KHOURI, M. A. NASCIMENTO, C. L. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima. **Caderno de Saúde Pública**. v.11,n.1,p. 72- 84. 1995.

SOARES, J. B. G. **Comissão vai avaliar sugestões para melhorar saúde da família**. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/Not_732507.asp>2009. Acessado em 03 jan.2010.

SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor**. São Paulo: Bookman, 2002.

SOUZA, M. F de. **A cor - agem do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2003, 127p.

SOUZA, Nei Ricardo de.; DALLALANA, T. M. Enfoque Sistêmico: Uma Discussão sobre Mudanças de Modelos no PSF. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.154-165, maio./ago. 2004.

STEFANO, N.; NETO, A. C.; GODOY, L . P. In: XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção : A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 13 a 16 de outubro de 2008. Qualidade percebida em uma organização prestadora de Serviço: **Um Estudo de Caso Utilizando Análise Fatorial e o Modelo Gap**. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_TN_STO_070_502_11274.pdf>. Acessado em: 01 abr.2010.

TAIRA, P.; SILVA, V. D. da.; SOUSA, C. A. F. de.; DÍAZ-BERMÚDEZ, X. P. Conceitos e valores sobre o Sistema Único de Saúde entre profissionais de saúde do Hospital Regional de Sobradinho – DF. **Com. Ciências Saúde**. v.2, n.18, p.97-106, 2007.

TEIXEIRA, S. A. **Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia –Brasil**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2004.

TRAD, L. A . B.; BASTOS, A.C. S.; SANTANA, E. M.; NUNES, M. **A construção social da estratégia de saúde da família: condições, sujeitos e contextos.** PNEPG, CNPq. 2001.

TRAD, L. A. B. Programa Saúde da Família: cenários diversos em condições adversas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, p.65, 2003.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E de M.; NUNES, M O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7,n.3: 581-589,2002.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface (Botucatu)** [online], v.11, n.22 [cited 2010-05-11], p. 223-238, 2007.

VASCONCELLOS, P. P. de. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico.** 2002. 91 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

8- APÊNDICE

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO APLICADO AOS
USUÁRIOS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DOS USUÁRIOS DO PSF

PERFIL DO USUÁRIO:

1 – Sexo: () feminino () masculino

2 – Idade: _____

3 – Escolaridade: _____

4 – Ocupação: _____

5 – Renda individual: _____ () até 1 SM () de 1 a 2 SM () de 2 a 3 SM () de 3 a 4 ()
mais de 4 SM () nenhuma

6 – renda da família: _____ () até 1 SM () de 1 a 2 SM () de 2 a 3 SM () de 3 a 4 ()
mais de 4 SM () nenhuma

7- Número de membros da família _____

8 - Tempo que utiliza os serviços da UBSF:

9- Quais os motivos que o levaram a procurar os serviços da UBSF?

() Proximidade da casa

() comodidade

() bom atendimento

() recebimento de remédios gratuitos

() não ter condições de buscar um atendimento particular

() outro motivo.

Qual? _____

10- O Senhor (a) possui algum tipo de plano de saúde pago? () sim, Qual?

() não ,

Porque? _____

11- Você (a) participa do grupo de acompanhamento do PSF para: () gestantes () hipertensos () diabéticos () nenhum

() Sim . O que você enxerga de vantagens para sua saúde ao receber este acompanhamento? _____

12-A presença do PSF no bairro fez com que você cuidasse melhor de sua saúde? () sim () não
Porque? _____

**INVESTIGAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE ACORDO COM AS DIMENSÕES RELACIONAL,
ORGANIZACIONAL E PROFISSIONAL (Prevost, et al):**

As questões abaixo dizem respeito a satisfação com relação aos serviços prestados pelo PSF. Marque na escala (de 1 a 7) o grau de concordância com as frases abaixo, sendo: **1 – concordo plenamente; 3 – indiferente; 5 – discordo plenamente.**

	DIMENSÃO RELACIONAL – PROFISSIONAL (Relacionamento usuário-ESF)			1	2	3	4	5
13	existe respeito por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço			☐	☐	☐	☐	☐
14	existe consideração por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço			☐	☐	☐	☐	☐
15	existe escuta por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço			☐	☐	☐	☐	☐
16	existe compreensão por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço			☐	☐	☐	☐	☐
17	existe gentileza por parte dos profissionais da ESF quando você procura pelo serviço			☐	☐	☐	☐	☐
18	o tempo de duração da consulta médica é suficiente			☐	☐	☐	☐	☐
19	As informações dadas pelos médicos são boas e fáceis de entender			☐	☐	☐	☐	☐
20	As informações dadas pelos enfermeiros, auxiliares e ACS boas e fáceis de entender			☐	☐	☐	☐	☐

21	O tratamento indicado na UBSF dá bons resultados e produz o efeito esperado			☐	☐	☐	☐	☐
22	Os profissionais da ESF são competentes quando realizam seu trabalho			☐	☐	☐	☐	☐
	DIMENSÃO ORGANIZACIONAL			☐	☐	☐	☐	☐
23	O tempo de espera por uma consulta é curto e o agendamento é respeitado.			☐	☐	☐	☐	☐
24	O tempo de espera na UBFS para receber o atendimento é curto e respeitado.			☐	☐	☐	☐	☐
25	O horário de funcionamento é suficiente para atender a todos que procuram a UBSF.			☐	☐	☐	☐	☐
26	O horário de atendimento do médico é suficiente para atender a todos que buscam.			☐	☐	☐	☐	☐
27	Os serviços de atendimento, consultas e exames são organizados.			☐	☐	☐	☐	☐
28	As informações fornecidas pela UBSF são fáceis de entender			☐	☐	☐	☐	☐

	EXPECTATIVA DOS USUÁRIOS QUANTO A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ESF (entendendo qualidade pela definição de Gattinara(1995))
	Competência profissional (opinar sobre cada questão de maneira discursiva)
29	O atendimento dos profissionais é considerado bom ?
30	A forma como a ESF resolve os problemas é boa?
31	O modo de conversar dos profissionais da ESF é de fácil entendimento?

32-O que você acha necessário para melhorar a competência profissional da ESF?	
	Satisfação/Eficiência
33	O tratamento receitado e o atendimento do médico ou enfermeiro são bons?
34	Os tratamentos são bons e produzem o efeito que prometem?
35	O custo do tratamento é barato e facilitado pela UBSF?
36	O tempo do tratamento dura enquanto for preciso tratar a doença?

	37-O que você acha que contribuiria para melhorar a eficiência no PSF e a sua satisfação com o programa?
	Acessibilidade
38	O PSF oferece algum tipo de atividade cultural?(evento esportivo, habilidades artísticas, cursos, palestras, caminhadas)
39	O PSF oferece algum tipo de evento social?(apoio ou ajuda filantrópica individual ou para grupos)
40	A UBSF fica localizada num local fácil de chegar?

41	Os medicamentos receitados pelos médicos são gratuitos e conseguidos com facilidade?
42	O que acha que poderia melhorar a acessibilidade (forma de você conseguir o que esta precisando) no PSF?
	Eficácia
43	As regras de funcionamento para recebimento dos serviços do PSF são adequadas?
44	Você tem pleno conhecimento regras de funcionamento que regem o atendimento na UBSF?
45	Essas regras não contribuem para um bom atendimento?
46	A UBSF possui materiais e aparelhos apropriados para o atendimento ao usuário?

47-O que você acha que ajudaria o atendimento ser melhor?							
OS PRINCÍPIOS DO SUS							
Universalidade							
48	Os serviços de saúde são acessíveis dentro do PSF						
49	O PSF não proíbe o acesso de ninguém ao serviço de saúde oferecido pelo programa						
50	O acesso a saúde pública é realmente universal, ou seja, para todos.						
Equidade							
51	O PSF atende a todos com igualdade						
52	No PSF o usuário é atendido conforme sua necessidade						
	53-Você já passou ou presenciou alguma situação que considerasse ser de desigualdade enquanto buscava acesso aos serviços do PSF?						
Integralidade							
54	No PSF existem ações que ajudam a melhorar a sua saúde						
55	No PSF existem ações de <i>proteção</i> de saúde						
56	No PSF existem ações de <i>recuperação</i> de saúde						

**APÊNDICE B- FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO APLICADO AOS
PROFISSIONAIS.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DOMÉSTICA

Formulário de entrevista semi estruturada. Percepção dos profissionais do PSF

Perfil do profissional:

1 – Sexo: () feminino () masculino

2 – Idade: _____

3 – Escolaridade: _____

4 – Ocupação: _____

5 – Renda individual: _____ () até 1 SM () de 1 a 2 SM () de 2 a 3 SM () de 3 a 4 ()
mais de 4 SM () nenhuma

6-Renda da família: _____ () até 1 SM () de 1 a 2 SM () de 2 a 3 SM () de 3 a 4 () mais
de 4 SM () nenhuma

7 - Tempo que exerce a profissão na UBSF: _____

8- Tipo do vínculo de emprego com o PSF: () concurso () contrato () outro
Qual? _____

9- Quais os fatores que o levou a trabalhar na UBSF?

() falta de opção por outro emprego

() Necessidade de incrementação da renda

() O interesse por trabalhar em serviços públicos de saúde

() Realização pessoal

() Realização profissional

() Qual? _____ outro motivo.

10- Você recebeu algum tipo de capacitação para o exercício da profissão no PSF? (EX: cursos, palestras, estágio, treinamento)

Qual? _____

11- Exigências burocráticas do programa são fatores que interferem no desempenho da sua função?

Quais? _____

Como?

12- falta de autonomia profissional são fatores que interferem no desempenho da sua função?

Como? _____

13- Fatores de caráter político são fatores que interferem no desempenho da sua função?

Quais
? _____

Como? _____

14- A procura de usuários pelo atendimento na UBSF é grande? () sim () não

Caso sua resposta seja sim. De que forma você acha que este fato interfere no desempenho de sua função?

O que você vê como solução para isso?

15-A escassez de recursos (tempo, disponibilidade, transporte, acessibilidade, materiais de trabalho, uniformização ou segurança no trabalho dentre outros) é uma realidade na UBSF? () sim () não

Isso interfere no desempenho de sua função?

Como?

16- O número de profissionais da equipe mínima é suficiente para atender com qualidade a demanda dos usuários?

() sim () não .

Por quê?

Caso não seja, o que você vê como solução para isso?

17- Para você qual o significado da assistência do programa, ser voltada para a família?

18- Para você, qual o significado, de se trabalhar em equipe no PSF do bairro santo Antônio?

19-Aponte, caso existam, dificuldades, conflitos e desafios no desempenho de sua função:

Dificuldades:

Conflitos:

Desafios _____

20-Você sabe quais são os princípios do SUS?

Quais são?

21- Você acredita que o PSF atua dentro do princípio de universalidade no atendimento?

(_____) Sim. Como?

—

(_____) Não. Porque?

—

22- Você acredita que o PSF atua dentro do princípio de equidade no atendimento?

() Sim. Como?

() Não.
Porque? _____

23- Você acredita que o PSF atua dentro do princípio de integralidade no atendimento?

() Sim. Como?

() Não.
Porquê _____

9 - ANEXOS

**ANEXO A – MODELOS DAS FICHAS UTILIZADAS PELOS ACS PARA
CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS.**

[illegible]