

Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte

I¹ Alice da Costa Uchoa, ² Evania Leiros Souza, ³ Ana Flávia Souza Spinelli, ⁴

Rosiane Gomes de Medeiros, ⁵ Débora Cristina de Souza Peixoto, ⁶ Richardson

Augusto Rosendo da Silva, ⁷ Nadja de Sá Pinto Rocha I

Resumo: Este estudo objetiva avaliar a satisfação do usuário quanto ao cuidado do Programa de Saúde da Família (PSF) de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. Foi realizado um Estudo de Caso entre outubro e dezembro de 2007 utilizando 4 grupos focais com 60 usuários. O método de análise foi o de conteúdo, com as seguintes categorias: concepções sobre necessidades de saúde e PSF; integralidade do cuidado (acolhimento, vínculo, visita domiciliar), ações de promoção da saúde, facilidades e dificuldades em relação aos atendimentos, e participação social. Os resultados mostraram: percepção das necessidades de saúde como assistência; desconhecimento do programa; satisfação pela ampliação do acesso; melhoria da qualidade; vínculo; acolhimento; e visita domiciliar. O motivo de insatisfação foi a presença descontínua das equipes e a falta de centros de saúde. Ações de promoção e controle social eram praticamente inexistentes, direcionando as reivindicações aos políticos locais. Concluiu-se que não houve conversão, e sim reprodução de um modelo de atenção simplificada, não articulado nem com promoção nem com saúde como direito social.

► **Palavras-chave:** avaliação; satisfação do usuário; PSF; área rural; pequenos municípios.

¹ Professora Adjunta IV do Departamento de Saúde Coletiva. Líder do Grupo Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Endereço eletrônico: aliuchoa@hotmail.com

² Professora do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN. Endereço eletrônico: evanials@yahoo.com.br

³ Dentista do Programa de Saúde da Família (PSF) de São Gonçalo do Amarante – RN. Endereço eletrônico: anaflaviaspinelli@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira do PSF de Santa Cruz – RN. Endereço eletrônico: rosegmedeiros@gmail.com

⁵ Enfermeira do PSF de Bom Jesus – RN. Endereço eletrônico: debibranca@bol.com.br

⁶ Docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/ UFRN. Endereço eletrônico: rirosendo@yahoo.com.br

⁷ Docente do Departamento de Pediatria da UFRN. Endereço eletrônico: najadasantas@gmail.com

Recebido em: 02/11/2010
Aprovado em: 21/04/2011

Introdução

Atualmente, no Brasil, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS), como é conhecida mundialmente, é executada através do Programa de Saúde da Família (PSF). O programa surgiu inicialmente com caráter focalizado e progressivamente tornou-se uma estratégia de reorganização do sistema de saúde. Sua meta é a conversão de um modelo, historicamente centrado na doença e no cuidado médico individualizado, num outro em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como universalidade, equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2004; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SOUSA; HAMANN, 2009, BRASIL, 2010).

Na sua essência, o PSF prioriza as ações de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, por meio de adstrição de clientela e atendimentos prestados por equipes multiprofissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio dos pacientes e através da mobilização da comunidade (BRASIL, 2005; 2010). Um dos marcos da crescente importância da estratégia na organização da AB é sua progressiva expansão, particularmente nos últimos seis anos. O número de Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas em 2003 era de 19.000, com cobertura populacional de 35,7%, e em 2008 atinge 29.300 correspondendo a 49,5% da população, o que representa 93,2 milhões de pessoas cobertas. Observa-se também um incremento do número de municípios com PSF, que passou de 4.161 em 2002, para 5.235 em 2008, representando cerca de 94% dos municípios brasileiros acompanhados pelo programa (BRASIL, 2010).

Há evidências de pesquisas que mostram impactos positivos na saúde - quando comparadas populações atendidas e não atendidas pelo PSF em diferentes municípios -, como a redução significativa das taxas de mortalidade infantil, pós-neonatal e neonatal (BRASIL, 2005); diminuição de nascimentos com baixo peso; aumento das taxas de cobertura do pré-natal (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006).

Mesmo diante das afirmações sobre o impacto e ampliação da cobertura, persiste o desafio de superar as desigualdades em termos de acesso e qualidade da atenção. Em relação à cobertura, o PSF foi introduzido - como estratégia substitutiva do modelo assistencial vigente - somente em poucos municípios de grande porte e com sistemas de saúde complexos, (BRASIL, 2005; SOUSA; HAMANN, 2009).

Os estudos avaliativos em capitais e grandes municípios têm revelado uma discreta superioridade das ações do PSF quando comparado às unidades tradicionais. Entretanto, permanecem dificuldades no acesso, na estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede, com fraca integração com outros níveis de atenção (CONILL, 2008; VIANA et al., 2008; SAMICO et al., 2005). Uchôa (2009) enfatiza as experiências inovadoras de cuidado, ponderando que seu potencial é cerceado por falta de sustentabilidade político-financeira. O trabalho de Rocha, Uchoa, Rocha et al. (2008) chama atenção ao fato que as dificuldades ficam mais evidentes nas áreas rurais.

De um modo geral, a maior adesão ao PSF ainda ocorre nos municípios de pequeno e médio porte, nos quais uma equipe do PSF responde por elevada cobertura populacional. O trabalho de Henrique e Calvo (2009) verificou, em uma amostra de municípios catarinenses em 2004, uma forte associação entre menor porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) com um grau maior ou intermediário de implantação do PSF. Para Teixeira (2003), há também evidências de bons resultados do PSF em pequenas e médias cidades, mas que convivem com limitações à integralidade do cuidado decorrentes, na maioria das vezes pela ausência de uma rede regionalizada e hierarquizada de referência e contrarreferência.

Na particularidade dos pequenos municípios, é oportuno questionar se essa ampla cobertura representa uma contribuição à conversão de modelo assistencial ou uma reprodução na saúde da escassez e da desigualdade na distribuição de bens e equipamentos sociais, como já observado nas demais esferas da vida social brasileira. Nesse sentido, o presente artigo objetiva discutir a avaliação da satisfação do usuário quanto à integralidade do cuidado na área rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte.

A dimensão do cuidado é apreendida por seu aspecto relacional: uma interação entre sujeitos (equipe de saúde da família/usuários/gestor) no processo de atenção à saúde individual ou na comunidade. Nesse sentido, a dimensão é reposicionada como um valor, uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados ao direito do ser.

A integralidade é compreendida como uma construção coletiva, que passa a ganhar forma e expressão no espaço do encontro dos diferentes sujeitos implicado no ato de cuidar (PINHEIRO, 2007). Pode ser traduzida no acolhimento,

vínculo e responsabilização, na qualidade da atenção e no trabalho em equipe (SILVA JR.; GOMES, MASCARENHAS 2004; PINHEIRO; MATOS, 2004). O usuário deve ocupar uma posição ativa na dinâmica do cuidado e dos processos decisórios das questões de saúde (CREVELIM, 2005; FRANCO; MERHY, 2004; MATUMOTO, 2003). Essa posição enfatiza a necessidade de seu protagonismo também nos processos avaliativos.

Desde a década de 1970, a avaliação da satisfação do usuário no campo da saúde vem se firmando na Europa e nos Estados Unidos, com foco nos aspectos técnicos e estruturais da atenção (PRÉVOST, FAFARD, NADEAU, 1998; ORTIZ-ESPINOSA et al., 2003). Inicialmente, o usuário é visto como paciente que é capaz de elaborar uma avaliação pessoal sobre o cuidado e serviços recebidos (WARE et al., 1993). À medida que este campo vai se firmando, essa avaliação passa a ser vista como uma reação diante do contexto, do processo e do resultado global de uma experiência relativa a um serviço, e o paciente passa a ocupar a posição de usuário (DONABEDIAN, 1982; PASCOE, 1983).

Donabedian (1982), ao desenvolver o conceito de qualidade em saúde como a tríade clássica infra-estrutura, processos e resultados, recolocou a avaliação da satisfação dos usuários como fundamental e complementar à visão do médico e da comunidade. Os usuários avaliam a qualidade em relação à resolubilidade dos serviços, o que possibilita julgar aspectos descritos como eficácia efetividade, eficiência, conformidade, equidade, adequação e legitimidade (DONABEDIAN, 1984).

Para Favaro e Ferri (1991), o protagonismo dos usuários ocorre na medida em que sua participação implica num julgamento sobre a característica dos serviços, e conseqüentemente sobre sua qualidade, o que fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção. Pascoe (1983) ressalta que essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, partindo de percepções de ordem cognitiva e afetiva, o que requer uma comparação entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário. Os elementos contemplados envolvem uma ou mais combinações de ideal de serviço, serviço merecido, experiências passadas em serviços similares e um nível mínimo de qualidade desejável.

No Brasil, as pesquisas sobre satisfação dos usuários tiveram crescimento significativo a partir dos anos de 1990, com o fortalecimento do controle social e a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação

(ESPIRIDIANO, TRAD, 2005). No âmbito da AB, os trabalhos focalizam a integralidade do cuidado, como os de Cotta et al., 2006; Aguiar e Moura, 2006; Trad et al., 2002, Oliveira; Borges (2008), Santos; Uchimura; Lang (2005); entre outros. Contudo, são muito poucos aqueles que buscam a percepção dos usuários rurais dos pequenos municípios, o que demonstra a necessidade deste resgate.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso de cunho etnográfico (BECKER, 1999). O trabalho de campo foi desenvolvido nos meses de outubro a dezembro de 2007 na zona rural de dois municípios vizinhos do Estado do Rio Grande do Norte. Ambos apresentavam características semelhantes: são do agreste potiguar e, segundo dados de IBGE de 2009, têm menos de 10.000 habitantes, uma densidade de 43,3 e 79,1 habitantes/km² e um IDH médio em torno de 0,6. Em ambos, o PSF existia há mais de dois anos e cada um contava com duas Equipes de Saúde da Família completas, inclusive com Equipe de Saúde Bucal em duas UBS. Apenas um deles tinha um hospital geral, que atendia aos dois municípios. A homogeneidade e a proximidade dos municípios, o pequeno número de unidades de saúde, as dificuldades de delimitação das áreas de abrangência das equipes relatadas pelos gestores, todos esses elementos justificaram e contribuíram para viabilizar a inclusão de ambos.

A técnica de coleta utilizada foi a de grupo focal, um tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes para gerar dados (KITINZGER, 2005). Cada grupo contou com a presença de um coordenador e um moderador. Seu papel é valorizar a subjetividade dos participantes e assegurar a concentração do grupo no foco de interesse, sem induzir opiniões ou possíveis intervenções na realidade analisada. Deve identificar posições dominantes, sem juízo de valor, apreendendo as dimensões subjetivas do coletivo e sua interação com as distintas opiniões (ESPIRIDIANO; TRAD, 2005).

Realizaram-se dois grupos focais com usuários por município, com duração de uma hora cada. Neles, um grupo foi realizado na UBS - e abrangeu moradores de áreas próximas - e o outro numa escola, com usuários de área distante da UBS. Cada um dos quatro grupos contou com 15 usuários, totalizando 60 usuários. Tomaram-se como critérios de inclusão: (I) ser responsável pelos cuidados de saúde da sua família e (II) estar cadastrado na unidade há pelo menos um ano. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os municípios foram

nomeados de A e B. No município A, os grupos focais foram chamados de Azul e de Branco; e no B, de Verde e de Amarelo.

O roteiro foi adaptado da pesquisa de Rocha et al. (2008) e abordou as seguintes categorias: concepções sobre necessidades de saúde; concepções sobre o PSF; integralidade do cuidado (acolhimento, vínculo, visita domiciliar); ações de promoção da saúde; facilidades e dificuldades em relação aos atendimentos; e participação social. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

O processo de análise utilizou a metodologia de Bardin (1979). A primeira etapa foi a de pré-análise e se apoiou numa leitura flutuante das transcrições e anotações empreendidas pelos entrevistadores. Seguiu-se a descrição analítica, na qual, com base no referencial teórico e em diversas leituras do material obtido (imersão), organizaram-se os dados nas categorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com o número de protocolo 100/06.

Resultados e discussão

Os sujeitos da avaliação

A amostra dos 60 usuários foi constituída basicamente de mulheres de várias idades, entre 25 e 65 anos, o que incrementa a credibilidade da avaliação devido ao amplo conhecimento do cotidiano e sua atuação no papel de principais agentes de saúde no âmbito doméstico. Como afirma Trad (2002), elas são capazes de identificar, com clareza, indicativos de qualidade e melhoria de vida. Outro fator, apontado por Aguiar e Moura (2004), é que as mulheres vivenciam mais os serviços que historicamente vêm se estruturando na ênfase da oferta de ações voltadas à saúde materno-infantil.

Concepção sobre necessidade de saúde

Na percepção dos usuários, os principais problemas de saúde foram relacionados às doenças crônicas como hipertensão e diabetes, associados às dificuldades de acesso ao atendimento médico e odontológico:

[...] eu tenho uma menina que tá precisando fazer tratamento nos dentes... agora é difícil ir pra lá na cidade... se fosse aqui era mais fácil pra ela (Branco A).

[...] é, a impressão que o maior problema daqui, apesar de eu não ter, as várias pessoas aqui tem, é problema de pressão, diabetes... Só que também o que tá mais precisando aqui é medico... As pessoas vêm e não tem [...] (Verde B).

Os achados na área rural dos municípios analisados apontam para a incorporação de uma concepção de necessidades de saúde centrada na doença, nos aspectos assistenciais e na estrutura do serviço. Apreensão análoga foi assinalada por Aguiar e Moura (2004) em Caucaia, na região metropolitana de Fortaleza. Souza et al. (2008), avaliando o acesso e acolhimento em 3 capitais do nordeste, observaram que os usuários somaram às questões anteriores determinantes sociais, bem como acesso às consultas e exames especializados. As variações observadas em diferentes trabalhos e locais (capitais, áreas metropolitanas e capitais) indicam que no plano nacional há convivência, dentro de um mesmo sistema, de distintas concepções mais ou menos próximas do ideário de saúde preconizado pelo SUS.

Percepção sobre o PSF

Apesar de o PSF ter sido implantado há alguns anos e cobrir praticamente toda população dos dois municípios, a maioria dos usuários desconhecia o que era o programa. Expressões como “*Não sei o que é não. Ainda vou saber*” (Amarelo B) perpassaram o discurso dos grupos. No entanto, uma minoria tinha concepção bastante esclarecida sobre o mesmo:

[...] pelo que eu entendo, dá assistência às famílias, é uma equipe... é doutor, tem o dentista, tem enfermeira, tem auxiliar [...] o agente de saúde... com visitas [...] periódicas...dar palestras educativas para trabalhar a saúde preventiva e depois a saúde curativa [...](Verde B).

Situações semelhantes foram constatadas na área rural de Airões, município de Paula Cândido/MG, e em Teixeira/MG, por Gomes et al. (2009) e Cotta et al. (2006), respectivamente, onde boa parte dos usuários entrevistados demonstraram desconhecimento e inadequada percepção quanto ao programa. Concorda-se com o último autor que esse aspecto é preocupante na medida em que a percepção dos usuários sobre princípios e diretrizes do PSF é fundamental para a construção da consciência sanitária, da cidadania e da luta pelos direitos de melhoria da atenção à saúde.

Percebeu-se na fala dos grupos que houve um avanço na qualidade da assistência à saúde referente à presença dos profissionais em sua comunidade, ao acesso ao acompanhamento do pré-natal, do crescimento e desenvolvimento infantil, ao controle de diabetes e hipertensão, e, finalmente, à expansão do atendimento odontológico:

[...] antes nenhuma das mães sabia o que era pré-natal, e hoje temos o pré-natal uma vez por mês [...] (Azul A).

Eu acho que melhorou muito porque os hipertensos tinham dificuldade para ir até [...] pegar medicação e agora não, eles vem aqui que é bem mais próximo, tem também o dentista toda semana, até as crianças já podem vim fazer limpeza... antes era tudo mais difícil, tinha que tirar ficha...tem as gestantes também que podem fazer o pré-natal e as crianças também que acompanha o CD até os dois anos de idade (Verde B).

Embora apenas uma minoria veja o PSF como estratégia de organizar os serviços, foi consensual a melhoria do atendimento após a implantação do PSF:

[...] Eu tô achando bom porque antigamente eles não vinham pra cá, a gente é que ia pra lá, não é?(Amarelo B)

[...] muitas vezes o médico sai daqui do posto e vai atender em casa... E antigamente não acontecia isso. Porque antes atendia só aqui [...] Se tivesse morrendo acolá o doutor dizia vou não que eu não posso e agora ele vai tranqüilo [...] M. leva ele, chega lá ele faz todo o tratamento que a pessoa precisa, remédio [...] (Branco A).

Sobre os pontos negativos, enfatizaram a não permanência diária, a baixa assiduidade dos profissionais, particularmente dos médicos, e falta de local adequado, de estrutura e de equipamentos básicos. Apontaram para necessidade de “*Ter um Posto de Saúde aqui pra atender todo mundo que não tem*” (Amarelo B). Uma realidade que é comum na zona rural.

Observou-se, como nos trabalhos de Trad (2002); Aguiar e Moura (2004); Cotta, et al. (2005); Brasil (2010); Souza et al.(2008), que a satisfação dos usuários estava associada à facilidade de acesso ao profissional, bem como à ampliação das ações de saúde e à melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença quando comparadas à assistência anterior ao PSF.

Algumas ponderações devem ser feitas levando-se em conta especificidades da zona rural. Primeiro, os serviços de saúde de Atenção Básica eram inexistentes antes do PSF, o que deve ter influenciado no alto grau de satisfação. Problemas de média e alta complexidade, comuns em grandes centros, não foram mencionados. A organização diferenciada do processo de trabalho, no qual a equipe não era fixa, mas se deslocava para várias microáreas, gerou vazios assistenciais com periodicidade regulada pelo próprio prestador do serviço. A inexistência das UBS em determinados localidades fez com que os profissionais atendessem em locais impróprios. Essa é uma realidade pouco comum nas grandes cidades.

Integralidade do cuidado

Acolhimento e vínculo

A maior parte afirmou que procurava inicialmente as unidades do PSF de sua comunidade, e só quando não conseguia atendimento buscava o hospital de um dos municípios que ficava na área urbana, chamada de “rua” - “*A gente vem aqui pro posto, se não conseguir vai pra rua, pro hospital da rua*”. (Branco A). Também houve relatos de pessoas que só procuram o hospital: “*A gente quando adoecer, vai procurar o hospital de...*” (Amarelo B). Vale lembrar que a atenção prestada pelas equipes era periódica e muitas vezes em locais improvisados, o que explica a procura pelo hospital com atendimento contínuo.

Quando questionados sobre as relações entre os profissionais e a comunidade, grande parte mostrou-se satisfeita. Em relação às expectativas de como devem ser atendidos, os resultados são muito semelhantes aos apresentados por Cotta et al. (2005), reforçando que o cuidado recebido deve basear-se na paciência, no diálogo, na atenção e no respeito:

Eu acho, pronto, que toda a equipe desde o agente de saúde, enfermeiro, médico, auxiliar, um dentista, eu acho que ele deve sempre conduzir pelo meio de diálogo conversar bem com o paciente atender com muita paciência... (Verde B)

Dá mais atenção ao paciente e saber entender..., porque eles são profissionais, a gente chega, fala até coisa errada, diz errado, mas eles têm de entender agente, mesmo sem querer assim, mas têm que dar o melhor. (Amarelo B)

Sobre o vínculo, os usuários afirmam que procuravam primeiramente pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), e eram bem recebidos por toda equipe:

Quando é pra ser atendido, a gente procura primeiro ela (ACS), porque ela é aqui da nossa comunidade [...] aí ela que vai dar nossa orientação pra gente ir procurar o médico [...] (Branco A).

Quando preciso, quando eu chego, procuro agente de saúde, que ela sabe informar que dia o médico vem que dia o dentista vem (Verde B).

Bem, quando eu chego no posto quem eu primeiro procuro é M., agente de saúde, ela faz minha ficha e eu vou pro médico e lá o médico me entende sabe (Branco A).

A gente é recebida bem pelos agentes de saúde, também pelas enfermeiras, pela médica (Amarelo B).

Nos 21 municípios investigados por Rocha et al. (2008), o acolhimento e vínculo estão entre as dimensões do cuidado mais bem avaliadas por usuários,

gestores e profissionais, destacando-se o papel dos agentes comunitários. Para Conill (2002), a grande visibilidade do PSF se dá pela presença maciça dos ACS, responsáveis pelas visitas e pelo acompanhamento dos grupos prioritários.

Visita Domiciliar

Foi relatado que as visitas, em sua maioria, eram realizadas pelos agentes de saúde. Porém, quando era necessário algum tipo de tratamento, os usuários recebiam a visita de outros profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem:

Até agora quem visitou minha casa foi I. (Agente de Saúde), médico, essas coisas nunca foi não, porque nunca precisei né? (Azul A).

Na minha casa sempre ela vai também, o médico já foi quando eu tava operada, foi na minha casa tirar os pontos, foi na casa da minha mãe também que ela já fez cirurgia, a assistente vai, o médico já foi, a enfermeira já foi, todo mundo sempre vai (Verde B).

Consideraram que o horário da visita era adequado, e percebe-se o estabelecimento de vínculo com a equipe, principalmente como o ACS:

Chegando lá em casa ela é bem recebida, qualquer hora do dia ou da noite (Branco A).

Eu acho conveniente o horário, ela sempre passa lá em casa na parte da manhã, eu tô em casa quando ela vai pra dar as informações [...] (Verde B).

Quanto aos procedimentos realizados durante as visitas, foram relatados: marcação de consultas odontológicas, avaliação de exames laboratoriais, consultas médicas, procedimentos técnicos de enfermagem, orientações de saúde, vacinações e avaliações nutricionais em crianças. A representação predominante foi a facilitação e/ou o acesso ao serviço e às ações de saúde:

Eles verificam a pressão, se o remédio está em dia, se ta precisando de medicação, passe exame [...] (Azul A).

Marca um dentista, marca um exame, pra perguntar, pra receber, o dia que tem médico (Amarelo B).

A agente de saúde vai e avisa que dia tem médico, dentista a gente sabe também que é toda segunda-feira, e se for a enfermeira vai olhar como está o paciente, o que ta precisando, se tiver cirurgiado, ela vai olhar os pontos [...] (Verde B).

Os achados são consoantes com percepções encontradas por Mandú (2008) sobre a visita domiciliar no PSF em Cuiabá (MT). Centradas em ações clínico-educativas, ocultam a dimensão da necessidade de atuar na determinação social do processo saúde-doença com objetivo de melhoria da qualidade de vida.

Ações de promoção da saúde

Nas falas, evidenciou-se que as ações de promoção à saúde se restringiam às palestras, mesmo quando perguntados sobre a atuação dos grupos tradicionais como hipertensos, diabéticos:

Eu consigo entender, teve a palestra aqui sobre hipertensão, a médica veio dar uma palestra, e eu acho que todo mundo que tava aqui entendeu tudo que ela explicou, a médica e a enfermeira (Verde B).

Assim como nas visitas domiciliares, não se verificaram iniciativas multidisciplinares e intersectoriais com a finalidade de alavancar os potenciais de enfrentamento das condições adversas, individuais e/ou coletivas.

Participação na gestão da unidade e controle social

Os achados apontaram para a não inclusão dos usuários no que se refere às tomadas de decisões sobre planejamento e funcionamento das UBS:

Nunca fez reunião, agente sabe que toda terça tem o médico. Foi a equipe que determinou o dia, não fomos nós... (Azul A)

Aqui ninguém nunca chamou não. Até hoje estamos esperando. (Amarelo B)

Também afirmaram não saber encaminhar suas reivindicações, ou fazê-lo diretamente aos políticos locais, como prefeitos e secretários de saúde:

A gente também nunca procurou reclamar, ninguém sabe nem a quem. (Amarelo B)

Procuro o prefeito e a secretária, é com que eu posso me entender alguma coisa é com eles lá né? (Amarelo B)

[...] Assim a gente vai reclamar a quem, só se for a um agente de saúde ou ao Prefeito... (Azul A)

Configura-se uma situação preocupante de ausência, visto que a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, assim como a implantação de estratégias para o controle social, são as referências para o trabalho das equipes do PSF na efetivação do SUS.

Considerações finais

A pesquisa demonstrou que, na zona rural desses pequenos municípios, ocorrem avanços, como a ampliação do acesso às ações de saúde. Ocorre, igualmente, um alto grau de satisfação em relação aos aspectos relacionais do cuidado, em concordância com os achados da revisão bibliográfica.

Mesmo considerando os avanços, não foram encontradas evidências consistentes de conversão de modelo nesses municípios. Ao contrário, algumas peculiaridades são desafiadoras para sua consecução. A percepção dos usuários mostrou claramente que ficam desassistidos em determinados períodos, devido ao rodízio das equipes, e que utilizam como única alternativa o hospital. Esse fato indica uma lógica de racionalização da escassez de recursos, com a persistência de vazios assistenciais mesmo num município com cobertura total pelo PSF. A comparação com a situação anterior ao programa explica por que a implantação dos protocolos mínimos como os de hipertensos, de diabéticos, de saúde da mulher e da criança, entre outros, é muito valorizada, embora as ações de promoção sejam muito restritas.

Uma situação marcante de “falta” é a ausência de “posto de saúde” em algumas localidades. Locais improvisados e/ou adaptados restringem drasticamente o escopo das ações como comprometimento de sua qualidade técnico-científica.

A utilização desses equipamentos sociais já existentes na comunidade não se reverteu num impulso às ações intersetoriais, visto que eram usados para suprir a demanda por assistência. A insatisfação gira em torno do que é ofertado, e a pressão de demanda por encaminhamentos para consultas especializadas, internação e urgência não foi expressa.

Pode-se inferir a necessidade de mudanças e melhorias na infraestrutura, que vão desde a presença de unidades de saúde próprias, às condições de apoio diagnóstico e terapêutico (equipamentos, medicamentos e insumos básicos). Os dados também apontam para uma urgência na reorganização do trabalho, na tentativa de garantir, em cada localidade, a presença diária das equipes.

Mesmo as intervenções com potencial de inovar o modelo - como a visita domiciliar, muito valorizada pelos usuários - promoviam o vínculo por seu caráter facilitador ou mesmo de acesso à assistência. Não se evidenciaram no discurso nem o uso de tecnologias leves que favoreçam o enfrentamento das causas geradoras de necessidades de saúde, nem uma prática interdisciplinar, intersetorial e articulada às possíveis redes sociais. O controle social é praticamente inexistente e os usuários constatam que a solução dos problemas de saúde está nas práticas clientelistas, e não na garantia de direitos de cidadania.

A avaliação dos usuários foi bastante elucidativa em relação às especificidades da qualidade do cuidado em situações de pouca disponibilidade de bens e equipamentos sociais. A análise possibilita generalização para contextos semelhantes, como os de

áreas rurais de pequenos municípios brasileiros pouco dinâmicos do ponto de vista econômico e social. Frente à baixa visibilidade de suas singularidades, decorrentes das praticamente inexistentes investigações socializadas com o mesmo foco, sugere-se a realização de mais trabalhos com esse recorte, de modo a contribuir com o debate atual da universalização e da qualificação do PSF no Brasil.

Colaboradores

A autora Alice da Costa Uchoa trabalhou na concepção, análise, interpretação dos dados, revisão crítica e redação final do texto. Evania Leiros de Souza e Nadja de Sá Pinto Rocha colaboraram na revisão crítica e redação final do manuscrito. Débora Cristina de Souza Peixoto, Rosiane Gomes de Medeiros, Richardson Augusto Rosendo da Silva trabalharam na metodologia, interpretação dos dados e revisão crítica do texto.

Referências

- AGUIAR, A.C.S.; MOURA, E.R.F. Percepção do usuário sobre a atuação da Equipe de Saúde da Família de um distrito de Caucaia-CE. *Revista Brasileira em Promoção à Saúde*, Fortaleza v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitário de saúde: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-68, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família: Os números*. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2010.
- _____. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, v.18, p. S191-S202, 2002,

- COTTA, R.M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa de Saúde da Família: Um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 15, n. 03, p. 07-18, set. 2006.
- COTTA, R.M.M. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Sci. med.*, v. 15 n. 4, p.227-234, 2005.
- CREVELIM, M.A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 2, p. 323-331, 2005.
- DONABEDIAN, A. *Explorations in Quality Assesment and Monitoring*. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press. 1982.
- _____. *La calidad de la atención medica: definición, método e evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- ESPERIDIAO, M.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, v.10, supl. 0, p.303-12. 2005.
- FAVARO, P.; FERRIS, L.E. Program evaluation with limited fiscal and human resources. In: LOVE, A.J. (Ed.). *Evaluation methods sourcebook*. Ottawa: Sociéte Canadienne d'Evaluation, 1991.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004p. 55-124.
- GOMES, K.O. et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, supl.1,p. 1473-1482, set./out. 2009. .
- HENRIQUE, F.; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Pública*, v. 24, n.4, p.809-819, 2009.
- MATUMOTO, S. *Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- OLIVEIRA, A.K.P.; BORGES, D.F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev. adm. Pública*, v. 42 n.2, 369-389, 2008.
- ORTIZ-ESPINOSA, R.M. et al. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Public*, v.13, p.229-38, 2003.
- PASCOE, G.C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, v. 6, n. 3, p. 185-210, 1983.

- PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Razões Públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.
- PRÉVOST, A.; FAFARD, A.; NADEAU, M.A. La mesure de La satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l'expérience de la Régie Régionale Chadière-Appalaches. *Can J Program Eval.*, v. 13, p. 1-23, 1998.
- ROCHA, P.M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública*, v.24, supl.1, p. s69-s78, 2008.
- SAMICO I.H. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, v. 5, n. 2p. 229-240, 2005.
- SANTOS, S.M.; UCHIMURA, K.; LANG, R.M.F. Percepção dos usuários do Programa Saúde da Família: uma experiência local. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, n. 13, n.3, p.687-704, 2005.
- SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2004, p. 241-55.
- SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cien. Saude Colet.*, v.14,n.5, p.1325-1335. 2009.
- SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*,v.24, supl.1, p. s100-s110, 2008 .
- SZWARCWALD. C.L.; MENDONÇA, M.H.M.; ANDRADE, C.L.T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva*, v.11,n.3, p.643-655, 2006.
- TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate*, v.27.n. 65, p. 257-277, 2003.
- TRAD, L.A.B. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 7, n.3, p. 581-589, 2002.
- UCHOA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 29, 2009.
- VIANA, A.L.A. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, supl.1, p. s79-s90, 2008.
- WARE, J.E. et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, n. 6, p. 247-263, 1983.

Abstract

Evaluation of user's satisfaction with the Family Health Program in the rural area of two small cities in Rio Grande do Norte State, Brazil

This study aims to evaluate the user's satisfaction with the Family Health Program in two small municipalities in Rio Grande do Norte. A case-study was conducted from October to December 2007, using four focus groups with 60 users. The method was the content analysis, with the following categories: conceptions of health needs and PSF; comprehensive care (welcoming, bond, home visits), health promotion activities, facilities and difficulties in relation to care, and social participation. The results show perception of health needs such as care; unfamiliarity with the program; satisfaction with broad accesses; improvement of quality; bond; welcoming, home visits. The reason for dissatisfaction was the lack of continuous teams and lack of central health clinics. Actions to promote better quality and social control hardly existed, directing the claims to local politicians. We concluded that there was no conversion, but a reproduction of a simplified model of attention, disarticulated both with health promotion and with health itself as a social right.

► **Key words:** evaluation; satisfaction; PSF; rural areas, small towns.