

Fatores de satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família

Florência Amorim Freire Mehlberg

Érika de Oliveira Virgine

Mariana Granado Liba

Graduandas em Enfermagem, Faculdade LS, Distrito Federal, Brasil

Daniel Mehlberg

Secretaria de Saúde, Governo do Distrito Federal

Lincoln Agudo Oliveira Benito

Faculdade LS, Distrito Federal, Brasil

lincolnbenito@yahoo.com.br

Izabel Cristina Rodrigues da Silva

Faculdade LS, Distrito Federal, Brasil

Resumo

A percepção dos usuários sobre a prática do Programa Saúde da Família (PSF) é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do programa, seus pontos de vista podem modificar o próprio sistema, fortalecendo a democracia em saúde. Neste contexto, o objetivo do trabalho é caracterizar a amostra de indivíduos atendidos por três equipes do PSF na cidade satélite do Recanto das Emas, no Distrito Federal, Brasil; e também analisar o grau de satisfação dos usuários do Programa e as variáveis desta satisfação. Para obtenção dos dados, utilizou-se um instrumento de coleta (ICD) com questões fechadas, elaboradas com base nos questionários criados por Oliveira (2006) e do PSF do Governo Federal. Demonstrou-se que as equipes analisadas tiveram um nível de aceitação considerado bom e poderão melhorar ainda mais caso invistam em minimizar filas com agendamento de consultas pelo agente comunitário e encaminhar os pacientes para os tratamentos específicos aos hospitais, caso necessário. Observou-se que as visitas domiciliares não foram significativas para satisfação dos usuários do PSF.

Palavras-chaves: Programa Saúde da Família. Atenção básica. Satisfação do usuário do PSF. Análise.

Factors of user satisfaction with the Family Health Program

Abstract

The perception of users about the practice of the Family Health Program (PSF) is of extreme importance, since the community is the reason for the existence of the program, their views may change the system itself, strengthening democracy in health. In this context, the objective is to characterize the sample of individuals served by three teams of PSF in the satellite city of Corner Emas, the Federal District, Brazil, and also analyze the degree of user satisfaction with the program and the variables of satisfaction. To obtain the data, we used a data collection instrument (DCI) with closed questions, drawn from the questionnaire created by Oliveira (2006) and the PSF of the Federal Government. It was demonstrated that the teams had analyzed a level of acceptance for good and will improve further if invest to minimize queues with scheduling visits by community worker and refer patients for specific treatments to hospitals if necessary. We found that home visits were not significant for satisfaction of the users of the PSF.

Keywords: Family Health Program. Primary care. User satisfaction of the PSF. Analysis.

Introdução

Na tentativa de atingir a excelência no atendimento à saúde tornando-a mais acessível e efetiva em nível local, o governo brasileiro desenvolveu em 1991 o Programa Saúde da Família (PSF). O enfoque foi na atenção básica e procurou descentralizar as ações de saúde e ao mesmo tempo torná-la mais próxima de seus usuários (CORDEIRO, 1996).

A equipe do Programa Saúde da Família (PSF) é composta por um médico, um enfermeiro, agentes de saúde, técnicos de enfermagem, e tem como objetivo geral “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população” (Ministério da Saúde, 1997).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), trabalha-se o conceito de prevenção de doenças e mudança de hábitos, portanto, medidas de médio a longo prazo. As equipes do PSF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde na comunidade prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Ministério da Saúde, 2000).

Assim, a saúde da família e da coletividade poderá desenvolver-se de forma mais plena, caso seja compreendida não como um programa para a saúde restrito a procedimentos organizacionais e financeiros, mas como projeto concreto, provido de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades com o objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de rever-se e dispor-se a mudar (TEIXEIRA, 2004).

A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade restrita (TEIXEIRA, 2004).

Neste contexto, o objetivo do trabalho é caracterizar a amostra de indivíduos atendidos por três equipes do PSF na cidade satélite do Recanto das Emas, no Distrito Federal, Brasil, como também analisar o grau de satisfação dos usuários do Programa e as variáveis desta satisfação.

Métodos

A análise foi realizada no ano de 2010, na região administrativa de Recanto das Emas, Distrito Federal, e constituiu-se de estudo avaliativo, do tipo de trabalho descritivo, transversal.

Foram incluídos neste trabalho indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que utilizam os serviços disponibilizados nas três unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Administrativa do Recanto das Emas, em Brasília-DF, as quais foram nomeadas como Equipe A, B e C. Sendo que as equipes A e B atendiam a zona rural, e a C, urbana. As amostras foram selecionadas de forma aleatória.

Para obtenção dos dados, utilizou-se um instrumento de coleta de dados (ICD) com questões fechadas, elaboradas com base nos questionários criados por Oliveira (2006) e do PSF do Governo Federal.

Para a análise do perfil sócio-demográfico da população, aplicaram-se as seguintes variáveis: faixa etária (18 a 20 anos, 21 a 24 anos, 25 a 30 anos, 31 a 34 anos, 35 a 40 anos, 41 a 49 anos, 50 anos ou mais), sexo, grau de escolaridade (não alfabetizado, lê e escreve, primeiro grau incompleto, primeiro grau completo, segundo grau incompleto, segundo grau completo, superior incompleto, superior completo), naturalidade por região brasileira, religião (católico, protestante/evangélico, espírita, outras), profissão (conforme exigência de escolaridade para o exercício), presença de doença (hipertensão arterial, diabetes melito, hipertensão e diabetes, ou outra doença), uso e quantidade de medicações.

A investigação abrangeu um conjunto de oito perguntas que refletiam o tipo de atendimento fornecido pelo PSF, o tempo de utilização pelo usuário e satisfação. Para avaliar o atendimento fornecido, foram questionados: qual membro da equipe do PSF visitava a residência na impossibilidade do deslocamento do usuário (se o médico, o enfermeiro, ambos ou nenhum); se os agentes comunitários realizavam visitas mensais e efetuavam agendamentos; se os profissionais perguntavam sobre a saúde de todos os membros da família na visita; se os usuários enfrentavam filas para serem atendidos; e se a equipe de PSF realizou encaminhamentos para hospitais.

Na análise dos dados, as associações das variáveis estudadas por equipe foram realizadas por testes de associação do tipo qui-quadrado e o nível de significância adota foi de 5%.

Para verificar a satisfação, aplicou-se um modelo logístico bivariado que tinha como variável dependente a satisfação (escore dicotomizado, atribuído para 0 = não e 1= sim) e com variáveis independentes aquelas relacionadas às características sociodemográficas e as perguntas que analisavam as características do atendimento do PSF. A força de associação entre as variáveis independentes e a dependente foi expressa em *Odds Ratio* (OR), e o respectivo intervalo de confiança a 95%. Foi considerado como fator de seleção para a variável entrar no modelo logístico bivariado a mesma ter significância menor que 20% ($p < 0,20$) na análise univariada.

O método estatístico utilizado para a seleção de variáveis na regressão logística foi o *Forward* (Ward) e para análise estatística foi utilizado o programa SPSS versão 17.0.

Resultados

A análise do perfil sociodemográfico foi dividida de acordo com a equipe de atendimento do PSF, na qual foram entrevistados 100 indivíduos cada.

Quanto à faixa etária, houve uma distribuição equivalente dos indivíduos atendidos por cada equipe ($p=0,05$), sendo que a faixa com maior número de pessoas em relação ao total entrevistados era a de 50 anos ou mais, com 83 indivíduos (24 na equipe A; 26 na B e 28 foram atendidos pela equipe C).

Em relação ao sexo, 86 entrevistados eram do sexo masculino e 213 feminino. Proporcionalmente, não houve diferença na distribuição do sexo dos entrevistados conforme equipe de atendimento do PSF ($p= 0,472$; a equipe A atendeu 72 mulheres; a B, 67 e a C, 74).

A população atendida tinha baixa escolaridade, sendo que 179 pessoas (59,67% do total dos entrevistados) a instrução era até o primeiro grau completo. Não houve associação entre a escolaridade do indivíduo e o grupo de atendimento ($p=0,179$).

No tocante à origem, não houve associação entre a origem e o grupo de PSF ($p=0,739$), sendo que a maioria dos entrevistados era composta por nordestinos (162;

54,00% do total), seguidos por aqueles que eram da região centro-oeste (82; 27,33% do total). A maioria também tinha religião católica (169; 56,33% dos entrevistados), e a religião também era independente nas equipes de atendimento ($p=0,943$).

Em relação à ocupação, 203 indivíduos (67,66%) realizavam atividades em que não é exigida escolaridade e este perfil era proporcionalmente equivalente nas três equipes de atendimento ($p=0,08$).

Quanto à presença de doença, houve associação entre a presença do tipo de doença e o grupo atendido por cada equipe de PSF ($p=0,00$). Os indivíduos residentes na zona urbana (atendidos pela equipe C) apresentavam hipertensão arterial e diabetes ou ambas as doenças em número maior que naqueles indivíduos que residiam na zona rural. Sendo que dos 53 indivíduos com hipertensão, 22 residiam na zona urbana, dos oito com diabetes diagnosticados, seis eram atendidos pela equipe C e dos 20 indivíduos com ambas as patologias, 14 residiam na cidade. Além disto, foi possível observar a associação do uso e da quantidade de medicamentos ingeridos com o grupo atendido ($p=0,00$, em ambas os cenários). Embora a maioria dos indivíduos não utilizasse medicações (173; 57,67%), a porcentagem daqueles que utilizam era superior nos que moravam na zona urbana, quando comparada com os dados obtidos nas duas equipes atendidas na zona rural (54,00% contra 34,00 e 32,00%, respectivamente). Esse fenômeno refletiu também na quantidade de medicamentos e o número de pessoas que ingeriam dois medicamentos ou mais sempre era maior naqueles atendidos pela equipe C quando comparados com as demais equipes. Todos os dados supracitados encontram-se descritos na tabela 1.

Na tabela 2, estão descritas as associações das oito perguntas que analisavam o tipo de atendimento fornecido pelo PSF, o tempo de utilização pelo usuário e satisfação.

A análise do uso do PSF mostrou que o perfil de tempo do usuário e sua satisfação com atendimento são proporcionalmente idênticos nas três equipes ($p=0,08$ nos dois casos). Os dados mostraram que a maioria dos usuários utiliza os serviços há pelo menos 12 meses (221 indivíduos, 73,67% do total), e estão satisfeitos com o atendimento prestado pelas equipes (245 indivíduos, 81,67%).

Na avaliação comparativa da atuação das três equipes na comunidade, foi possível identificar que os agentes comunitários visitavam mensalmente as famílias (fato relatado

por 217 entrevistados, 72,33% do total) e agendavam consultas, quando necessário (constatado por 241 indivíduos, 80,33% do total). O perfil da visita e do agendamento de consultas pelos agentes era independente do grupo de PSF ($p=0,53$ e $p=0,60$, respectivamente).

Quanto à visita da equipe médica, as visitas que os sujeitos recebiam do profissional médico ou do enfermeiro foram razoáveis (descrito por 142 indivíduos, 47,33% do total) ou de nenhum deles (narrado por 109 entrevistados, 36,33% do total). A visita da equipe médica também era independente da estratégia adotada pelas três equipes de PSF ($p=0,11$).

Além disso, quando questionou-se às pessoas se na visita de um membro da equipe de PSF o profissional perguntava sobre a saúde de todos, verificou que a equipe se preocupava com a saúde de todos na residência, já que 245 entrevistados (81,67% do total) responderam afirmadamente, e esta ocorrência foi independente da equipe de PSF ($p=0,20$).

Por outro lado, a presença de filas e do encaminhamento a um hospital foi estaticamente diferente nas três equipes ($p=0,00$ em todos os eventos). Na equipe A, a proporção de indivíduos que precisavam enfrentar filas (58%) foi maior do que nas equipes B e C (46%, e 28%, respectivamente). Assim, é importante salientar que poucos indivíduos que residiam na zona urbana enfrentavam filas. O encaminhamento para o hospital também foi mais observado por indivíduos que moravam na zona urbana (82) do que aqueles que moravam na zona rural (68- equipe A; 60- equipe B).

Por fim, foi interessante verificar quais variáveis interferiram na satisfação do atendimento. A análise dos resultados do modelo final da regressão logística, demonstrado na tabela 3, revelou que entre os usuários os quais se dizem satisfeitos, aqueles que tiveram agendamento de consultas pelo agente comunitário apresentavam 378% mais chance de estarem mais satisfeitos do que aqueles que não tiveram o agendamento. E que o encaminhamento para o hospital pelo PSF, quando necessário, aumentava a chance de satisfação em 484%. Por outro lado, o enfrentamento de filas reduz a chance em 2,74 vezes.

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos entrevistados segundo a faixa etária, sexo, grau de escolaridade, naturalidade, religião, profissão, presença de doença, uso e quantidade de medicações por equipe de PSF. Distrito Federal, 2010.

	Equipe	A	B	C	Total	p
Faixa etária	18 a 20 anos	12	11	4	27	0,05
	21 a 24 anos	7	1	5	13	
	25 a 30 anos	12	17	14	43	
	31 a 34 anos	10	9	6	25	
	35 a 40 anos	19	20	10	49	
	41 a 49 anos	15	16	28	59	
	50 anos e mais	24	26	33	83	
	Sem resposta	1	0	0	1	
Total	100	100	100	300		
Sexo	Masculino	28	33	25	86	0,47
	Feminino	72	67	74	213	
	Sem resposta	0	0	1	1	
	Total	100	100	100	300	
Grau de Escolaridade	Analfabeto	8	4	7	19	0,18
	Lê e escreve	5	4	14	23	
	Primeiro grau incompleto	37	28	30	95	
	Primeiro grau completo	14	15	13	42	
	Segundo grau incompleto	9	13	14	36	
	Segundo grau completo	23	31	17	71	
	Superior incompleto	2	1	1	4	
	Superior completo	1	4	4	9	
	Sem resposta	1	0	0	1	
Total	100	100	100	300		
Naturalidade	Norte	5	2	3	10	0,74
	Nordeste	48	56	58	162	
	Centro-oeste	31	26	25	82	
	Sudeste	14	14	14	42	
	Sul	1	0	0	1	
	Sem resposta	1	2	0	3	
Total	100	100	100	300		
Religião	Católico	56	54	59	169	0,94
	Protestante/Evangélico	35	31	33	99	
	Espírita	2	2	1	5	
	Outras	1	3	2	6	
	Não tenho	5	8	5	18	
	Sem resposta	1	2	0	3	
Total	100	100	100	300		
Profissão	Não é exigida escolaridade	70	60	73	203	0,08
	Precisa de escolaridade	25	27	20	72	
	Precisa de formação superior	3	12	6	21	
	Sem resposta	2	1	1	4	
Total	100	100	100	300		
Presença de doença	Hipertensão arterial (HAS)	17	14	22	53	0,00
	Diabetes melito (DM)	1	1	6	8	
	HAS e DM	2	4	14	20	
	Outras	11	14	18	43	
	Nenhuma	64	66	40	170	
	Sem resposta	5	1	0	6	
Total	100	100	100	300		
Utiliza medicações	Sim	34	32	58	124	0,00
	Não	64	68	41	173	
	Sem respostas	2	0	1	3	
	Total	100	100	100	300	
Número de Medicações	Nenhuma	63	66	40	169	0,00
	Uma	9	14	12	35	
	Duas	8	9	19	36	
	Três	4	7	11	22	
	Quatro	7	2	10	19	
	Cinco	1	1	2	4	
	Seis	1	0	5	6	
	Oito	1	0	1	2	
	Sem resposta	6	1	0	7	
Total	100	100	100	300		

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos entrevistados.

	Equipe	A	B	C	Total	p
Tempo que utiliza PSF	Até 6 meses	23	15	17	55	0,08
	6 a 12 meses	7	1	1	9	
	12 a 24 meses	10	10	18	38	
	24 a 60 meses	28	36	30	94	
	60 meses ou mais	30	30	29	89	
	Sem resposta	2	8	5	15	
	Total	100	100	100	300	
Agentes visitam mensalmente as famílias	Sim	84	80	77	241	0,53
	Não	16	20	22	58	
	Sem resposta	0	0	1	1	
	Total	100	100	100	300	
Quando doente recebeu visita de qual membro da equipe do PSF	Médico	54	47	41	142	0,11
	Enfermeiro	12	6	5	23	
	Médico e enfermeiro	4	9	10	23	
	Não recebeu visita	30	36	43	109	
	Sem resposta	0	2	1	3	
	Total	100	100	100	300	
Agente efetuou agendamento de consultas	Sim	71	70	76	217	0,60
	Não	26	28	22	76	
	Sem resposta	3	2	2	7	
	Total	100	100	100	300	
Pessoas enfrentam filas para receber o atendimento	Sim	58	46	28	132	0,00
	Não	42	53	72	167	
	Sem resposta	0	1	0	1	
	Total	100	100	100	300	
Quando precisou de hospital foi encaminhado pelo PSF	Sim	68	60	82	210	0,00
	Não	30	39	17	86	
	Sem resposta	2	1	1	4	
	Total	100	100	100	300	
Em visita do PSF, há questionamento sobre a saúde de todos moradores	Sim	87	76	84	247	0,20
	Não	13	22	16	51	
	Sem resposta	0	2	0	2	
	Total	100	100	100	300	
Está satisfeito com a qualidade do atendimento da equipe do PSF	Sim	81	76	88	245	0,08
	Não	19	23	11	53	
	Sem resposta	0	1	1	2	
	Total	100	100	100	300	

Tabela 3 – Modelo final ajustado pelas características do atendimento da equipe de PSF e perfil sociodemográfico dos indivíduos que se dizem satisfeitos em relação ao atendimento fornecido pela equipe de PSF. Distrito Federal, 2010.

Características gerais	Estimativa do parâmetro $\beta\tau$	Estimativa da razão de taxa de incidência	IC 95% da Estimativa da razão de taxa de incidência		p
			Limite inferior	Limite superior	
Agente efetuou agendamento de consultas	1,33	3,781	1,806	7,916	0,00
Pessoas enfrentam filas para receber o atendimento	-1,01	0,364	0,174	0,763	0,01
Quando precisou de hospital foi encaminhado pelo PSF	1,577	4,839	2,304	10,165	0,00
Constante	0,383	1,466	-	-	0,30

Assim, a equação proposta para o modelo logístico de presença de satisfação (evento sucesso) será:

$$\ln(p(\text{satisfação})|1 - p(\text{satisfação})) = 1,33x_1 - 1,01x_2 + 1,57x_3$$

Onde x_1 representa a frequência de agendamento de consultas pelo agente comunitário; x_2 , a frequência de filas e x_3 , a frequência de encaminhamentos ao hospital, pelo PSF, quando necessário.

Discussão

O presente estudo forneceu subsídios para descrever o grau de satisfação dos usuários do PSF entrevistados e os fatores preditivos desta satisfação.

Em relação ao perfil dos pacientes, constatou-se que a maioria era do sexo feminino, tinham baixa escolaridade e utilizavam os serviços do Programa há mais de um ano. De acordo com alguns levantamentos, a mulher é a principal responsável pela promoção de saúde em seu lar, pois é atribuída a ela a tarefa do cuidado aos familiares, tomada de medidas preventivas ou pela busca do atendimento pelo serviço de saúde (DIAS, 2006).

Por outro lado, a escolaridade dos indivíduos que usavam o PSF na região analisada era superior àquela verificada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, que ao

descrever o perfil de usuários atendidos pelo SUS checkou que 52,8% da população atendida possuía até três anos de escolaridade.

Quanto ao tempo de uso dos serviços do PSF, utilizá-los por mais de um ano pode indicar criação de vínculo entre os usuários e os profissionais. Após o estabelecimento deste laço, aumenta-se a eficácia das ações de saúde e a participação do usuário na prestação do serviço, conforme pontuado por Campos (2007).

Nas variáveis preditoras de satisfação notou-se que o tempo de espera contribui negativamente para o modelo logístico, e o agendamento de consultas pelo agente comunitário, contribui positivamente.

O tempo de espera em filas também foi registrado como fator de insatisfação por usuários de uma unidade de saúde da família, localizado em Santo Antônio de Monte, MG (SANTOS, 2008). Além disto, Rodrigues e Ramires (2008) observaram que, em um PSF localizado na cidade de Uberlândia (MG), a avaliação positiva do trabalho prestado pelos agentes comunitários de saúde mostra o entrosamento destes profissionais na comunidade.

Conclusão

O trabalho demonstrou que as equipes analisadas tiveram um nível de satisfação considerado bom e poderão melhorar ainda mais, caso invistam em minimizar filas com agendamento de consultas pelo agente comunitário e encaminhar os pacientes para os tratamentos específicos aos hospitais, caso necessário. Além disso, observou-se que as visitas domiciliares não foram significativas para satisfação dos usuários do PSF.

Estudos posteriores serão necessários para avaliar quais outras variáveis também são relevantes. Há de se pensar se o impacto das visitas domiciliares na prevenção de futuros agravos é superior ao atendimento na UBS, pois as primeiras não se traduziram em satisfação do usuário.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF): MS; 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

CAMPOSS, GWS. Há pedras no meio do caminho do SUS. **Ciência Saúde Coletiva**. 2007;12(2):298.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**. 1996 janeiro-junho; 1: 10-5.

DIAS, OV. **O grau de satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família Bela Paisagem** [monografia]. Montes Claros: Faculdades São Camilo; 2006.

OLIVEIRA, Suenny Fonsêca de. **Avaliação do programa saúde da família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população João Pessoa(PB)**: Março; 2006.

Portal Transparência. **Questionário do programa de saúde da família**. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br/aprendaMais/documentos/QuestionarioPSF.pdf>. Acesso em 16 jul. 2011.

RODRIGUES, MJ; RAMIRES JCL. O programa saúde da família e Uberlândia: a visão dos usuários e das coordenadoras de equipe do núcleo Pampulha. **Hygeia**.2008 3(6): 126-141.

SANTOS, Simone Maria Silva. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. Disponível em: <http://www1.funedi.edu.br/files/mestrado/Dissertacoes/TURMA3/DissertacaoSimoneMSSantos.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2011.

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