

ORLENE VELOSO DIAS

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
percepção do usuário**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

São Paulo

2010

ORLENE VELOSO DIAS

**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
percepção do usuário**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laís Helena Ramos

São Paulo

2010

DIAS, Orlene Veloso

Avaliação da Estratégia Saúde da Família: percepção do usuário /

Orlene Veloso Dias. -- Montes Claros: 2010.

x, 72f.

Tese (Mestrado) - Mestrado Interinstitucional em Ciências da Saúde Convênio UNIMONTES/UNIFESP

Título em Inglês: **Evaluation of the Family Health Strategy: user perception**

1. Programa Saúde da Família. 2. Usuário. 3. Percepção. 4. Satisfação do usuário. 5. Avaliação

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE SIGLAS	
RESUMO	
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Objetivos	07
2 REVISÃO DA LITERATURA	08
2.1 Avaliação da qualidade em saúde: na perspectiva do usuário	08
2.2 Modelo Servqual	12
2.3 Estratégia saúde da família	14
3 MATERIAL E MÉTODOS	22
3.1 Caracterização do Local da Pesquisa	24
3.2 População Alvo	25
3.3 Amostragem	25
3.4 Instrumentos	28
3.5 Coleta de Dados	28
3.6 Análise dos Dados	29
3.7 Aspectos Éticos	29
4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	30
4.1 Perfil da População Entrevistada	30
4.2 Percepção dos Usuários	33
4.3 Associações Estatisticamente Significantes	52
5 CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	76
APÊNDICES	78
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da ESF pesquisadas quanto ao ambiente físico das Unidades de Saúde da Família. Montes Claros, outubro de 2008	37
Figura 2	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à execução das atividades prometidas pelos profissionais no tempo prometido. Montes Claros, outubro de 2008	38
Figura 3	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto ao interesse dos profissionais em resolver seus problemas. Montes Claros, outubro de 2008	39
Figura 4	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à capacidade dos profissionais em prestar o serviço certo da primeira vez. Montes Claros, outubro de 2008	40
Figura 5	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto a capacidade dos profissionais de executar suas tarefas sem erros. Montes Claros, outubro de 2008	41
Figura 6	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à capacidade dos profissionais em oferecer atendimento com presteza. Montes Claros, outubro de 2008	42
Figura 7	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à confiança que a ESF inspira. Montes Claros, outubro de 2008	43
Figura 8	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à boa vontade dos servidores da ESF em ajudá-los. Montes Claros, outubro de 2008	44

Figura 9	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à disponibilidade dos profissionais em esclarecer suas dúvidas. Montes Claros, outubro de 2008	45
Figura 10	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à capacidade dos profissionais em transmitir segurança nos serviços oferecidos. Montes Claros, outubro de 2008	46
Figura 11	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à cortesia dos profissionais. Montes Claros, outubro de 2008	47
Figura 12	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto ao conhecimento técnico-científico dos profissionais. Montes Claros, outubro de 2008	48
Figura 13	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto a existência de atenção individual. Montes Claros, outubro de 2008	49
Figura 14	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas a respeito do comprometimento dos profissionais em prestar sempre o melhor serviço. Montes Claros, outubro de 2008	50
Figura 15	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto ao entendimento de suas necessidades específicas pelos profissionais. Montes Claros, outubro de 2008	51
Figura 16	Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à confiança na ESF. Montes Claros, outubro de 2008	53
Figura 17	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar renda com a afirmativa de que o comportamento dos servidores da Estratégia Saúde da Família inspira confiança. Montes Claros, outubro de 2008	53

Figura 18	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar escolaridade com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família possuem os conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários. Montes Claros, outubro de 2008	54
Figura 19	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar escolaridade com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família oferecem atendimento com presteza aos seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008	55
Figura 20	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar escolaridade com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família entendem as necessidades específicas de seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008	56
Figura 21	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família entendem as necessidades específicas de seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008	57
Figura 22	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família oferecem atendimento com presteza. Montes Claros, outubro de 2008	58
Figura 23	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família oferecem atenção individual aos seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008	59
Figura 24	Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família demonstram um sincero interesse em resolver os problemas dos seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008	60
Figura 25	Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a idade com a afirmação "A USF possui equipamentos modernos". Montes Claros, outubro/novembro de 2008	61

Figura 26	Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a idade com a afirmação “O ambiente físico da USF é agradável”. Montes Claros, outubro/novembro de 2008	62
Figura 27	Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a renda com a afirmação “Os servidores da USF possuem boa aparência”. Montes Claros, outubro/novembro de 2008	63
Figura 28	Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a renda com a afirmação “O material associado com o serviço prestado pelos profissionais da USF possui boa aparência”. Montes Claros, outubro/novembro de 2008	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil da população entrevistada segundo sexo, faixa etária, escolaridade, renda familiar e tempo de moradia no território. Montes Claros, outubro de 2008	31
Tabela 2	Distribuição dos participantes do estudo por faixa etária e sexo. Montes Claros, outubro de 2008	33
Tabela 3	Percepção dos usuários entrevistados quanto às dimensões da satisfação. Montes Claros, outubro de 2008	34

LISTA DE SIGLAS

ADENE	Agência de Desenvolvimento do Nordeste
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
USF	Unidade Saúde da Família

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo-descritivo que objetivou avaliar a percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, relacionados às dimensões da satisfação dos usuários quanto à tangibilidade, confiança, responsabilidade, segurança e empatia; bem como descrever o perfil da população entrevistada. A fundamentação teórico-metodológica apoiou-se em referenciais de autores que se aprofundaram no assunto. O método SERVQUAL foi utilizado. A amostra foi obtida por um processo probabilístico, por meio da amostragem aleatória simples, utilizando-se o Software Minitab for Windows. Os Softwares Microsoft Excel 2002 for Windows XP e o SPSS 15.0 subsidiaram a análise dos dados, servindo à construção de tabelas e gráficos, além deste último proporcionar a realização do teste do qui-quadrado χ^2 . Para a coleta de dados, empregou-se um questionário com questões fechadas para a construção do perfil da população, e com afirmativas, cujas opções de respostas foram graduadas, de acordo com a Escala de Likert, de “discordo integralmente” a “concordo integralmente”. Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2008. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva e associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre algumas variáveis. Os dados indicaram que a maioria dos entrevistados são do sexo feminino (80,6%), faixa etária de 18 a 30 anos (38,2%), possuíam Ensino Médio completo (32,3%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (76,8%), moram nos bairros há mais de 10 anos (52,6%). Na Dimensão Empatia, verificou-se que apesar da maioria dos usuários afirmarem que os profissionais da ESF oferecem Atendimento Individual, alguns demonstraram que quanto ao Entendimento das Necessidades Específicas não estão satisfeitos. Foi possível identificar também que os idosos possuem uma percepção mais positiva do serviço da ESF em todos os quesitos. Espera-se que este estudo possa proporcionar reflexões aos profissionais da ESF frente aos serviços oferecidos e subsidiar ações de adequação dos serviços prestados a essa população, podendo melhorar o planejamento do trabalho das equipes.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Usuário; Percepção; Satisfação do Usuário; Avaliação.

ABSTRACT

This is a quantitative-descriptive study aimed to evaluate the perceptions of registered users in teams of Family Health Strategy (FHS) in the urban area of Montes Claros, Minas Gerais, related to the dimensions of user satisfaction as the tangibility, reliability, responsibility, safety and empathy, and to describe the profile of the population interviewed. The theoretical and methodological approach relied on references to authors who have been immersed in the subject. The SERVQUAL method was used. The sample was obtained by a probabilistic process, by simple random sampling, using the Minitab software for Windows. Software's Microsoft Excel 2002 for Windows XP and supported the SPSS 15.0 data analysis, serving the construction of tables and graphs, and the latter providing the test of chi-square χ^2 . To collect data, used a questionnaire with closed questions to build the profile of the population, and statements whose response options were graded in accordance with the Likert scale, from "fully disagree 'to' fully agree". Data were collected during October and November 2008. The analysis was performed using descriptive statistics and statistically significant associations ($p < 0.05$) between some variables. The data indicated that most respondents were female (80.6%), aged 18-30 years (38.2%) had completed high school (32.3%), family income, 1-3 minimum wages (76.8%) live in neighborhoods for over 10 years (52.6%). Empathy in size, it was found that although the majority of users claim that the professionals of the FHS offer individual care, which showed some understanding as to the specific needs are not met. It was determined that the elderly have a more positive perception of the service of FHS on all counts. It is hoped that this study can provide ideas to the professionals of the FHS front of the offered services and support programs to fit the services to this population and can improve planning of work teams.

Keywords: Family Health Program; User; Satisfaction, Perception; Satisfaction of the User; Evaluation.

INTRODUÇÃO

REVISÃO DA LITERATURA

MATERIAL E MÉTODOS

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

CONCLUSÕES

ANEXOS

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1 INTRODUÇÃO

O interesse crescente pela satisfação dos usuários, no setor saúde, iniciou-se em 1970, baseado em aspectos técnicos e estruturais de qualidade da atenção. Nas últimas décadas, o tema vem sendo considerado como 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.⁽¹⁾

Em saúde pública, a avaliação de políticas e programas é essencial e contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável, prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes.⁽²⁾ Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos, a satisfação do usuário e peculiaridades locais dos serviços de saúde são requisitos básicos.⁽³⁾ Ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população, é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde e necessidades das populações.^(4,5,6)

A importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário vem crescendo quando se aborda a qualidade dos serviços, seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Torna-se, portanto, fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir na forma da organização dos serviços, visando a seu aperfeiçoamento, sem perder de vista a necessidade de complementar com outros estudos que contemplem o olhar do profissional.⁽⁷⁾

As metodologias de avaliação que incorporam a visão do usuário, são vistas como parte de um paradigma no qual se reafirmam princípios relativos a direitos individuais e de cidadania, tais como: os expressos nos conceitos de humanização e direitos do paciente. A partir de 1990, a idéia de humanização passa a fazer parte do vocabulário da saúde; inicialmente, como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, sendo mais traduzidos em diferentes propostas, visando a modificar as práticas assistenciais.⁽⁸⁾

A necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade nos serviços de saúde. Não basta a preocupação com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não mudar o modo como os trabalhadores da saúde relacionam-se com seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários do serviço.^(9,10)

A avaliação da assistência à saúde em instituições públicas e privadas é um dos caminhos da gestão para buscar a qualidade do atendimento prestado. É um processo intencional, técnico e político, configurando-se, também, em uma responsabilidade ética e social.⁽¹⁾

Reconhece-se e valoriza-se essa dimensão subjetiva do usuário, não apenas por uma questão ética que em toda relação está sempre um “outro” e que só se desenvolvem relações éticas quando se vê o “outro”, como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema. Existem, também, razões pragmáticas para agir. Portanto, por entender que o envolvimento e a participação dos usuários só são possíveis, mediante um processo de diálogo entre saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano.⁽¹¹⁾

A preocupação com a qualidade da relação profissional-usuário torna-se, tanto um meio como um fim a ser alcançado. Na qualidade de “meio”, apresenta-se como uma prerrogativa indispensável no processo de efetivação da garantia dos direitos estabelecidos no plano legal pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém não correspondidos no cotidiano das práticas de atendimento. Como “fim”, justifica-se, também, porque a participação não é ainda uma característica visivelmente marcante na conduta dos usuários, embora seja uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde.⁽¹¹⁾

O SUS é uma política pública avançada e tem como princípios, o direito à saúde, o controle social, a integralidade e a equidade das ações. Apesar de existir desde 1988, promulgado pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei Federal nº 8.080 de 1990, seus princípios não foram imediatamente implantados em função de uma estrutura política, econômica e dos serviços de saúde que desfavorecia o atendimento das necessidades da população, uma vez que privilegiava a atenção à doença e a grupos restritos. A caracterização desses princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial cujo foco de atenção esteja voltado para os determinantes das condições de saúde de uma população.⁽¹²⁾

O novo modelo assistencial necessário para sua implantação estrutura-se com base em uma maior capacidade de resolução dos problemas de saúde pelo nível local. É necessário, portanto, que os serviços se organizem em uma rede poliárquica, por níveis de complexidade diferenciada. Nessa rede, cabe à atenção primária coordenar as ações de saúde e responder às necessidades básicas de saúde da população – com base na identificação de seus determinantes, sendo o Programa Saúde da Família (PSF) a porta de entrada do usuário.⁽¹³⁾

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde,

promovendo uma relação dos profissionais mais próximos de seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população que tem seu acesso garantido por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência, de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial, visando à qualidade de vida da comunidade.⁽¹⁴⁾

As Unidades de Saúde da Família (USF) devem caracterizar-se como porta de entrada dos usuários para os serviços de saúde e não servir apenas para a triagem e encaminhamento dos clientes, mas, sim desenvolver atividades de assistência que atendam aos problemas mais comuns da população. Dessa forma, a Unidade deve responder, aproximadamente, a 85% da demanda exigida pelos usuários.⁽¹⁵⁾

Questionamentos quanto a ser um programa ou estratégia compõem uma das controvérsias envolvendo o PSF. Lançado como programa, em 1994, foi catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde (MS). A segunda versão oficial do PSF, publicada em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Sua implantação segue, abrigando tal dicotomia: de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com *modus operandi* estabelecido/normatizado; de outro lado, reivindica a posição de "estratégia" por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial pautado na atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo.⁽¹⁶⁾

A construção de um novo modelo assistencial em saúde, no sentido dos valores propostos pelo SUS e que aparecem, em parte, no

PSF, é um desafio. É essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência.⁽¹⁶⁾

Neste cenário, conhecer a percepção dos usuários é essencial para trilhar o caminho para atingir a sua satisfação. Para satisfazer o usuário, é preciso ter, primeiro uma compreensão profunda de suas necessidades e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolver essas necessidades. Para isso, a organização deverá traduzir essas necessidades em requisitos e cumprir esses fatores, sempre, porque o cliente não imporá menos. Isso exigirá a dedicação de recursos para coletar e analisar dados e informações, sistematicamente, para entender os requisitos e as percepções do cliente.⁽¹⁷⁾

A satisfação do usuário caracteriza-se como sendo a diferença entre a expectativa que estes têm do Serviço e a percepção do Serviço recebido de fato.⁽¹⁸⁾ Este conceito é a base do método SERVQUAL, um método estatístico elaborado pelos autores, na década de 1980, que avalia a qualidade de serviços.

O atendimento baseia-se nas percepções, ou seja, no grau de satisfação do usuário quanto à qualidade do atendimento. E, ainda, a percepção nos permite tomar consciência do mundo e todo pensamento humano decorre de percepções, ou seja, as pessoas agem ou reagem, de acordo com o que percebem e interagem com o meio ambiente a sua volta.⁽¹⁹⁾

A percepção é a forma como se vê o mundo, o modo conforme o indivíduo constrói em si a representação e o conhecimento que possui das coisas, pessoas e situações, ainda que, por vezes, seja induzido em erro. Percepcionar algo ou alguém é captá-lo por meio dos sentidos e, também, fixar essa imagem.⁽²⁰⁾

As relações entre o indivíduo e o mundo que o rodeia são, desta forma, regidas pelo mecanismo perceptivo e todo o conhecimento é necessariamente adquirido por meio da percepção. Dois indivíduos da mesma faixa etária que sejam sujeitos ao mesmo estímulo, nas mesmas condições, captam-no, selecionam-no, organizam-no e interpretam-no com base no processo perceptivo individual, segundo suas necessidades, valores e expectativas.⁽²⁰⁾

Nessa perspectiva, chegou-se ao questionamento que refletiu a inquietação da pesquisadora: qual a percepção dos usuários cadastrados nas Equipes de Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros – Minas Gerais (MG) quanto as dimensões de satisfação com os serviços recebidos?

Esta pesquisa mostra-se relevante, na medida que buscou avaliar a Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros-MG – zona urbana – quanto às dimensões de satisfação: tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, segurança e empatia, na percepção do usuário.

Espera-se que este estudo possa proporcionar reflexões aos gestores e profissionais das Equipes de Saúde da Família e comunidade sobre as práticas executadas que possa subsidiar ações de adequação dos serviços prestados à população beneficiada, podendo melhor planejar o trabalho da Equipe de Saúde da Família do município de Montes Claros-MG.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

1. Avaliar a Estratégia de Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros-MG, frente aos serviços oferecidos quanto às dimensões da satisfação: tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, segurança e empatia, na percepção dos usuários.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o perfil dos usuários entrevistados cadastrados nas equipes da ESF da zona urbana do município de Montes Claros-MG, quanto a: sexo, faixa etária, escolaridade e renda familiar.
2. Identificar os fatores que influenciam a satisfação dos usuários com os serviços na Estratégia de Saúde da Família.
3. Descrever a satisfação dos usuários quanto a Tangibilidade (ambiente físico, aparência dos servidores, aparência dos materiais, horário de atendimento e equipamentos); Confiabilidade (confiança, promete e cumpre e conhecimento técnico dos profissionais); Receptividade (presteza, boa vontade, disponibilidade e interesse); Garantia (acerta na primeira vez, executa tarefa sem erro, executa tarefa com segurança e cortesia); Empatia (atenção, oferece melhor serviço e entende as necessidades).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE: NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

O conceito de qualidade, quando aplicado aos serviços de saúde, adquire características próprias, pois diferente da indústria em que o produto – produzido em um momento e consumido pelo cliente em outro, na saúde o produto/serviço – é consumido no ato de sua produção, não havendo possibilidade de identificação prévia de produto/serviço com defeito.⁽²¹⁾

A gestão de qualidade é um modo de gerenciamento de uma instituição centrada na qualidade. Os princípios básicos dessa metodologia são: a gestão participativa, a satisfação do cliente e o desenvolvimento de estratégias para benefícios de todos os membros da organização e para a sociedade.⁽²²⁾

A idéia de qualidade perpassa todos os tipos de avaliação, visto que esta possui como característica principal o estabelecimento de um julgamento, a atribuição de um valor a alguma coisa, quando positivo significa ter qualidade.⁽²³⁾

Hoje, fatores como confiança, atualização, competência, humanidade, presteza, pontualidade, cordialidade, preparo técnico científico e organização do ambiente de trabalho são referências para a satisfação de um cliente e/ou paciente que usa um serviço.⁽²¹⁾

Alguns autores apontaram o quadro conceitual mais utilizado para avaliação dos serviços de saúde que propõe estratégias para as áreas de estrutura, processo e resultado. As medidas de estrutura envolvem informações sobre recursos físicos, humanos, materiais, formas de organização e funcionamento/normas e procedimentos, tipo e

especialização dos equipamentos, dentre outros. O resultado refere-se ao efeito que ações e procedimentos tiveram sobre o estado de saúde dos pacientes, como incapacidades/desconforto e insatisfação. Já a avaliação da qualidade do Processo, ou seja, a atividade realizada pelos provedores de assistência, apresenta algumas complexidades, pois pode referir-se, tanto ao comparante técnico como ao de relação interpessoal, este com dificuldades maiores de mensuração.^(24,25,26)

O paciente é um ser específico e tem exigências diferentes, por isso a satisfação não pode ser garantida com soluções únicas. () Estes, estão mais exigentes (A QUÊ?) e informados graças às novas fontes de informação (E também se deve considerar o fato destes estarem mais informados e conseqüentemente mais exigentes quanto a prestação de uma assistência mais humanizada - SUGESTÃO).^(17,24,27)

Para avaliar a satisfação de usuários, são utilizados, de maneira geral, escalas e questionários compostos de subitens que tratam de uma ampla série de questões, incluindo, estrutura, funcionamento e avaliação do serviço de saúde pelo usuário. Vêm se limitando, porém, à mensuração do nível de satisfação com o serviço prestado, sem um esforço de contextualização cultural.^(28,29,30)

Quando a experiência do usuário do sistema de saúde reduz-se a uma pergunta dicotômica relacionada à satisfação ou insatisfação, deixam de ser contempladas considerações sobre as crenças, os modos de vida, as concepções do processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde, aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços pelo usuário.^(27,31)

Abordar a satisfação dos usuários implica fazer o julgamento das características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade.⁽²⁶⁾ Assim, a perspectiva dos usuários fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços. A satisfação dos usuários

pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa ao serviço.^(24,28)

Geralmente, a satisfação do usuário é definida como uma função das percepções do cliente e de suas expectativas, de modo que: satisfação = percepções/expectativas, ou seja, “O cliente satisfeito é aquele que percebe que o atendimento de suas necessidades pela organização é, pelo menos, igual àquele que se esperava”. Para isso, necessita-se saber exatamente quais as expectativas do cliente e, em seguida, quais suas percepções em relação ao cumprimento dessas expectativas? É aqui que se encontra o primeiro desafio, porque as expectativas e as percepções são dinâmicas por serem essencialmente subjetivas e mutantes e, portanto, difíceis de validar.^(17,18,27)

A validação baseia-se em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário.⁽²⁸⁾

Na avaliação dos níveis de satisfação, os elementos contemplados pelo usuário na avaliação de níveis de satisfação, envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média das experiências passadas em situação de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável.⁽²¹⁾

Todo e qualquer tipo de avaliação de saúde não pode encerrar-se em si mesmo. Ao apontar deficiências, ao analisar a satisfação, ao medir o grau de eficiência, apenas inicia-se sua principal função e objetivo de confirmar ou reformular o processo.⁽³²⁾

Ao se proceder a uma efetiva avaliação institucional, consegue-se demonstrar a seriedade e a consistência dessa instituição, especialmente, pelo fato de ser um órgão público e, portanto, sujeito ao controle social da população.⁽³³⁾

Desse modo, permanece o eterno dilema: se tanto a preferência subjetiva como as abordagens profissionais são suspeitas para determinar quais são as necessidades e como elas são medidas; quem vai decidir sobre os indicadores sociais apropriados e como.⁽³⁴⁾ A resposta consensual é a participação. A participação bem informada da população cujas necessidades estão sendo avaliadas, é essencial.

Para se alcançar uma avaliação mais realista das necessidades, deve-se procurar uma noção mais precisa sobre o potencial (tendência) do indivíduo, para responder positivamente aos cuidados de saúde que lhes são proporcionados.⁽³⁵⁾

O ato de avaliar – uma exigência constante, presente em todas as atividades humanas –, supõe-se que deva se preceder às decisões, simples ou complexas, em busca de melhores alternativas e/ou resultados. Portanto, a avaliação pode adquirir vários aspectos e dimensões, podendo ser entendida como um processo, um instrumento, ou ainda como um todo.⁽²¹⁾ Esta área do conhecimento passa por um processo de expansão e diversificação metodológica e conceitual, impulsionado pela necessidade de se constituírem instrumentos de apoio às decisões, que suportem a dinamicidade dos sistemas e serviços de saúde.⁽²³⁾

Ao tomar a avaliação como instrumento para tomada de decisão, pode-se inferir que esta propõe um olhar para a qualidade do programa ou serviço prestado.⁽²¹⁾

A assertiva de que a qualidade – a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente/cliente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável, conforme os valores sociais existentes. Esse conceito pode ser ampliado, considerando-se os sete pilares da qualidade.⁽³⁵⁾ Os conceitos que possibilitam analisar os cuidados de saúde como de qualidade:

1. Eficácia: capacidade de se produzir melhorias no setor saúde, significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis dado o estado do cliente;
2. Efetividade: grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcance o nível de melhoria da saúde cujos estudos de eficácia tenham estabelecido como alcançáveis;
3. Eficiência: medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;
4. Otimização: empregar a relação custo-benefício na assistência à saúde. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais condições úteis perdem a razão de ser;
5. Aceitabilidade: sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos clientes e familiares. Depende da efetividade, da eficiência e da otimização da acessibilidade do cuidado e das características da relação profissional de saúde-cliente;
6. Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade, em geral;
7. Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. ^(35:81)

Com base nesses autores, considera-se a participação popular configura-se em um processo em construção e dinâmico, o que por si justifica a realização de estudos como este.

2.2 MODELO SERVQUAL

Os primeiros esforços específicos para avaliação dos serviços podem ser atribuídos ao trabalho dos pesquisadores norte-americanos Parasuraman, Zeitham e Berry⁽¹⁸⁾ que desenvolveram um modelo visando

a captar critérios para avaliação da qualidade em serviços. Os critérios de avaliação ou dimensões, como nomeadas pelos autores, foram aplicados, considerando-se as brechas ou lacunas (*gaps*), que são as diferenças entre as expectativas dos usuários, e o que é realmente oferecido. (Neste Modelo) Os usuários avaliam a qualidade do serviço, comparando o que desejam/esperam receber com o que, efetivamente, é obtido.⁽³⁷⁾

Parasuraman, Zeitham e Berry⁽¹⁸⁾ definiram cinco brechas ou lacunas (*gaps*) identificadas entre as expectativas e percepções dos usuários:

- *Gap 1* = discrepância entre as expectativas dos usuários e as percepções dos gerentes sobre essas expectativas.
- *Gap 2* = discrepância entre a percepção dos gerentes em relação às expectativas dos usuários e a especificação de qualidade nos serviços.
- *Gap 3* = discrepância entre a especificação de qualidade nos serviços e os serviços realmente oferecidos.
- *Gap 4* = discrepância entre os serviços oferecidos e aquilo que é comunicado ao usuário.
- *Gap 5* = discrepância entre o que o usuário espera receber e a percepção que ele tem dos serviços oferecidos.

No entanto, a teoria dos *gaps* não disponibilizava uma ferramenta capaz de medir a qualidade dos serviços. Assim sendo, os mesmos pesquisadores, em 1988, criaram uma escala intitulada SERVQUAL, com o intuito de analisar qualitativa e quantitativamente o grau de satisfação do usuário para com a prestação de serviços oferecida. O resultado foi um conjunto de dimensões apontadas como fundamentais na qualidade dos serviços: confiabilidade/credibilidade, receptividade, segurança, empatia e tangibilidade. As dimensões

definidas no modelo SERVQUAL foram detalhadas por Cook, Heath e Thompson:⁽³⁸⁾

- **Tangibilidade (*tangibles*):** facilidades e aparência física das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação.
- **Confiabilidade/Credibilidade (*reliability*):** habilidade em prestar o serviço prometido, com confiança e precisão.
- **Receptividade (*responsiveness*):** disposição para ajudar o usuário e fornecer um serviço com rapidez de resposta e presteza.
- **Garantia (*assurance*):** conhecimento e cortesia do funcionário e sua habilidade em transmitir segurança.
- **Empatia (*empathy*):** cuidado em oferecer atenção individualizada aos usuários.

O SERVQUAL representou uma ruptura nos processos de avaliação de serviços e tornou-se um dos modelos mais utilizados, nas diversas áreas do conhecimento. Inaugurou-se, assim, uma nova etapa dos sistemas de avaliação, graças à flexibilidade para o refinamento do instrumento inicial que a metodologia permite.⁽³⁹⁾

2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Movimento da Reforma Sanitária e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) marcam momentos significativos do processo de resgate da cidadania dos brasileiros no campo da saúde.⁽⁴⁰⁾ O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais

consagradas na Constituição Brasileira de 1988, visto que seus princípios apontam para a democratização nas ações e serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais e, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a ser norteados pela descentralização. Esse sistema é conceituado como somatória de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas dos três níveis de governo, podendo ser da administração direta, indireta ou de fundações públicas e sendo permitida a participação da iniciativa privada, porém de maneira complementar.⁽⁴¹⁾

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 – resolve sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, além de expressar conquistas incorporadas na Constituição de 1988, servindo de apoio jurídico legal para a continuidade da luta política na arena sanitária. Os princípios mandamentos constitucionais: saúde como direito e dever do Estado; conceito ampliado de saúde e um sistema de saúde com universalidade, integralidade, igualdade, direito à informação, incorporação de modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa com comando único em cada esfera do Governo incorporam-se a esta Lei.⁽⁹⁾

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, assim assegurados aos Conselhos, às Conferências de Saúde, a forma de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, a regularidade e os automatismos dos repasses federais a estados e municípios e as condições, para que recebam os recursos federais.⁽⁹⁾

A primeira, e grandiosa novidade, do SUS é seu conceito ampliado de saúde, resultado de um processo de debates teóricos e políticos, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão desse quadro

extrapolava os limites restritivos da noção vigente. Encarar saúde apenas como ausência de doença legou um quadro repleto não só de doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional. Para enfrentar essa situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Um problema era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa era conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida. Nesta visão, o direito à saúde confunde-se com o direito à vida.⁽⁴²⁾

Dessa forma, a saúde precisa incorporar novas dimensões e tornar-se responsável por conquistas que até então se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a violência no trânsito, pela reforma agrária e outros ao abraçar este conceito, o sistema pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde, como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania.⁽¹⁵⁾

Aliado ao conceito ampliado de saúde, o SUS elucida dois outros importantes pontos: o sistema e a idéia de unicidade. A noção de sistema significa um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que se interagem para um fim comum, e o sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidores dos mesmos princípios e das mesmas normas de serviço público.⁽⁴²⁾

O sistema é único, ou seja, é precedido da mesma doutrina e da mesma forma de organização em todo o País, mas é preciso compreender a idéia de unicidade, visto que em um país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, seria uma temeridade pensar em organizar um sistema sem levar em conta essas diferenças. O que é definido como único na constituição é um conjunto de

elementos doutrinários – Princípios Doutrinários: Universalização, Equidade, Integralidade; Princípios Organizativos: Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único; Princípio Popular, que objetiva a organização e a operacionalização do SUS na prática. O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, e o único a garantir assistência integral e completamente gratuita à totalidade da população.⁽⁴²⁾

O Sistema Único de Saúde no Brasil perpassa por uma situação preocupante, caracterizada pela crise do serviço da atenção médica, exemplificada pela desorganização dos hospitais e ambulatórios que tem como reflexo: greve nas instituições, filas inacabáveis, falta de humanização nos atendimentos, pacientes atendidos nos corredores dos hospitais, além do grande número de mortes desnecessárias. Esses problemas são decorrentes da expressão do paradigma biomédico da atenção médica, acrescido da crise do estado brasileiro que possui dimensões de uma crise universal, sem perder sua singularidade nacional.⁽⁹⁾

Neste contexto, o Ministério da Saúde implantou, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como transitório, e a formatação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), visando, à estratégia setorial e à reorientação do modelo assistencial brasileiro.⁽⁴⁰⁾

O PACS é considerado uma das primeiras estratégias para começar a modificar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como esses serviços estavam sendo organizados e como a população tinha acesso a eles. Foi criado para somar-se aos esforços voltados à redução dos graves índices de mortalidade infantil e materna na região Nordeste. Nasceu, portanto, com uma clara focalização de cobertura a assistência à saúde, considerando que esta região possui o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, estava mais exposta a riscos de adoecer e morrer.⁽⁴¹⁾

Com bases nas experiências positivas acumuladas no Estado do Ceará, houve a percepção pelo Ministério da Saúde de que os Agentes Comunitários de Saúde poderiam, também, ser peças importantes para a organização dos serviços básicos de saúde nos municípios.⁽⁴³⁾

Após consenso a respeito das limitações do PACS, como instrumento para provocar mudanças efetivas na organização dos serviços básicos de saúde, visto ser proposta de atenção primária seletiva, cuja operacionalização começou a gerar uma demanda por serviços de saúde que deveria ser respondida com tecnologias de maior densidade, iniciou-se, então, a formulação das diretrizes do PSF,⁽⁴²⁾ que objetiva levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A Estratégia Saúde da Família contribui para diminuir a mortalidade infantil, a internação hospitalar e para o aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem informadas ao parto. As famílias que são assistidas, possuem maior número de pessoas vacinadas, os casos de hipertensão e diabetes são diagnosticados e as doenças como tuberculose e hanseníase, são identificadas e tratadas mais rapidamente. Nos municípios em que a ESF está adequadamente implantada, ou seja, possuem profissionais capacitados e integrados ao Sistema Municipal de Saúde, este tem condições de solucionar até 85% dos problemas de saúde da população acompanhada.⁽⁴¹⁾

A ESF foi organizada apoiada em uma equipe multidisciplinar, consciente para enfrentar o complexo quadro de morbi e mortalidade e seus determinantes, tornando-se necessário um pacto de solidariedade técnica e de confiança mútua na busca de novos objetos.⁽⁴⁰⁾

A equipe é composta por no mínimo um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. Outros profissionais poderão incorporar ou

formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.⁽⁴²⁾ Cada profissional de saúde, ao lado das atribuições partilhadas com a Equipe Saúde da Família, tem algumas atribuições específicas, a saber:

- Médico
 - Assistir as pessoas em todas as fases de sua vida de forma integral, procurando sempre aliar a atuação clínica à saúde coletiva;
 - Em caso de urgências, realizar os primeiros cuidados;
 - Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; e
 - Realizar partos, se as condições locais permitirem.

- Enfermeiro
 - Executar, conforme sua competência, assistência básica à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiências física e mental e ao idoso;
 - Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
 - Organizar as rotinas de trabalho da Unidade de Saúde da Família (USF) e da comunidade; e
 - Executar a supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares de Enfermagem, no desempenho de suas funções.

- Auxiliar de Enfermagem

- Acompanhar as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, com o intuito de garantir monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde;

- Desenvolver com os ACS atividades de identificação das famílias de risco; e

- Realizar procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS;

- Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;

- Cadastrar as famílias, com permanentes atualizações;

- Identificar indivíduos e famílias expostos à situação de risco;

- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e agendando consultas e exames, quando necessário;

- Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal a todas as famílias sob sua responsabilidade;

- Estar sempre bem informado;

- Informar à equipe da USF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco;

- Desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;

- Promover a educação e a mobilização comunitária, visando a desenvolver ações coletivas de saneamento e a melhoria do meio ambiente; e

- Traduzir para a ESF a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites.⁽⁴²⁾

Souza ⁽⁴⁰⁾ enfatiza a necessidade de humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando o reconhecimento da saúde, como um direito de cidadania e, portanto, de qualidade de vida.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa utilizou-se do método SERVQUAL, que foi elaborado e utilizado pioneiramente por Parasuraman, Zeithalhall e Berry na década de 1980. Segundo esses autores, as percepções de qualidade emergem da diferença entre desempenho e expectativas. Conforme o desempenho excede às expectativas, a qualidade do serviço aumenta e vice-versa.^(18:56) A fundamentação teórica do SERVQUAL reside nos desvios do desempenho, ou seja, das expectativas das características do serviço.⁽⁴⁴⁾ O instrumento SERVQUAL é difundido e referenciado em publicações referentes à mensuração da qualidade de serviços.⁽⁴⁵⁾

O método SERVQUAL baseia-se em cinco *gaps*.⁽¹⁸⁾ Primeiro, tem-se o *gap 1* ou a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial sobre esta expectativa. O *gap 2* compreende a discrepância entre a percepção gerencial das expectativas dos clientes e a transformação destas em especificações de qualidade dos serviços. Por sua vez, as empresas de serviço são altamente dependentes do contato interpessoal para o fornecimento de serviços, e o *gap 3* corresponde à discrepância entre os padrões e especificações da empresa e o que realmente é fornecido ao cliente. O *gap 4* é a discrepância entre a promessa realizada pelos meios de comunicação externa e o que realmente é fornecido.

Da somatória dessas quatro mensurações é que surge a resultante – o *gap 5* – que consiste na discrepância entre a expectativa do cliente e sua percepção do serviço; obtida por meio da seguinte equação:
 $gap 5 = f (gap 1, gap 2, gap 3, gap 4)$.

Na elaboração de tais afirmativas são observadas as seguintes dimensões: **tangibilidade**: definida como a aparência da instalação física do local, equipamentos e material para comunicação; **confiabilidade**:

capacidade de prestar o serviço com confiança e exatidão; **responsabilidade**: disposição para ajudar e fornecer o serviço prontamente; **segurança**: relacionada ao conhecimento e cortesia dos funcionários e a capacidade de transmitir confiança e confidencialidade; **empatia**: interesse e atenção personalizada.

Os procedimentos para validar os construtos contidos no modelo SERVQUAL foram descritos no Brasil por **Veiga e Moura,⁽⁴⁶⁾** onde verificaram que a consistência interna da escala foi considerada satisfatória, obtendo-se correlações positivas, significativas e fortes.

Na construção deste estudo optou-se pela pesquisa quantitativa, por focalizar os termos de grandeza ou quantidade do fato presente em determinada situação.⁽⁴⁷⁾ Foi realizada uma abordagem quantitativa por meio de agrupamento dos dados em tabelas, bem como sua análise estatística, além da correlação entre variáveis por meio de procedimentos estatísticos.

Considera-se este um estudo descritivo, a partir de seu objetivo geral, que foi descrever o grau de satisfação dos usuários das Equipes das Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros-MG, quanto à tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, segurança e empatia. Objetivou-se também a descrição das características da população a ser pesquisada e o estabelecimento de relações entre as variáveis.

Trata-se também de um estudo transversal, cujo desfecho foi identificar os fatores que influenciam a satisfação do usuário dos serviços prestados pelas Equipes das Unidades de Saúde da Família do município de Montes Claros, zona urbana, de forma a apresentar seus resultados graficamente e em tabelas, tendo como pressuposto os objetivos estabelecidos.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em Equipes de Saúde da Família do município de Montes Claros-MG – zona urbana - com mais de 5 anos de funcionamento. Esta cidade é polo da área mineira da Agência de Desenvolvimento do Nordeste (ADENE ex-Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE), está localizada no Norte do Estado de Minas Gerais, na Serra do Espinhaço no Alto Médio São Francisco. Possui uma área de 3.582 Km², sendo a quinta maior cidade do Estado e está situada a 426 km da capital, Belo Horizonte. O censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou, para o ano de 2007, que Montes Claros possuía 352.584 habitantes.⁽⁴⁸⁾

Montes Claros iniciou seu processo de reorganização da Atenção Básica de Saúde em outubro de 1998, com a implantação de duas Equipes de Saúde da Família. Desde, então, esse processo vem sendo construído de forma gradual, com a ampliação de diversas equipes.⁽⁴⁹⁾

O Sistema Municipal de Saúde de Montes Claros está habilitado como Gestão Plena do Sistema Municipal desde 01/01/1999. Atualmente está estruturado em um único Distrito Sanitário e conta, no nível primário de atenção, com 65 Unidades de Atendimento. A área urbana do distrito está dividida em 15 territórios, que possuem em suas áreas de abrangência: quinze Centros de Saúde, 32 equipes de Saúde da Família, cinco Policlínicas e três ambulatórios hospitalares. A zona rural possui nove Postos de Saúde, uma Equipe de Saúde da Família e seis Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.⁽⁵⁰⁾

Em sua área urbana, 104.336 pessoas são beneficiadas com a Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes da ESF do município de Montes Claros - MG, na zona urbana, são compostas por um médico, um

enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e um zelador. Algumas equipes possuem um agente administrativo, um odontólogo, um técnico em saúde bucal e um fisioterapeuta.⁽⁵⁰⁾

3.2 POPULAÇÃO ALVO

A população-alvo deste estudo foi constituída de usuários das 32 Equipes das Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros - MG, estas com cinco anos ou mais de funcionamento. Os sujeitos foram escolhidos para participarem do estudo por apresentarem, na percepção da pesquisadora, os atributos necessários a esta investigação.

3.3 AMOSTRAGEM

A seleção dos usuários foi realizada por meio da amostragem probabilística que segundo Maletta^(51:89), é “quando cada unidade amostral da população tem uma probabilidade diferente de zero, de pertencer à amostra”. Em relação ao estudo proposto, todas as famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros - MG, há mais de 5 anos, enquadram-se nos critérios de inclusão da pesquisa e terão a mesma probabilidade de pertencer à amostra. O processo de amostragem probabilístico foi realizado por amostragem aleatória simples, por meio de sorteio.⁽⁵²⁾

A coleta dos dados foi realizada após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os critérios de inclusão foram:

- Estar cadastrado em Equipe de Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros-MG, com mais de 5 anos de funcionamento.
- Fornecer permissão escrita para participar da pesquisa.
- Estar presente em sua residência no momento da entrevista.
- Ser o responsável pela família ou, na ausência deste, ser morador com idade maior de 18 anos, capaz de responder ao instrumento de coleta de dados.
- Ter recebido atendimento da equipe da ESF.

Critério de exclusão:

- Ser funcionário da Equipe Saúde da Família.

Para determinar a amostragem, foi feito um levantamento no setor de Processamento de Dados da Secretaria Municipal de Saúde Montes Claros, por meio do Programa Sistema de Informação da Atenção Básica em que se o número de famílias cadastradas.

Para a determinação do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Sendo:

Z (corresponde ao grau de confiança)= 1,96

P (proporção da característica de interesse na população total)= 0,7

Q (probabilidade de não conseguir a tolerância admitida pela pesquisadora)= 0,3

N (tamanho total da população)= 26.558 famílias

E (tolerância: erro máximo admitido pela pesquisadora)= 5%

O sorteio das famílias da amostra foi realizado pelo *software* Minitab for Windows e determinado proporcionalmente aos cadastros referentes às famílias; em cada USF, a amostra foi determinada pela seguinte fórmula.

$$NK = \frac{N \cdot nk}{n}$$

NK: tamanho da amostra no estudo K

N: tamanho total da amostra

nk: tamanho da população no estudo K

n: tamanho total da população – variável conforme a equipe.

3.4 INSTRUMENTOS

O marco inicial para a realização deste estudo foi a revisão bibliográfica para qual foram utilizadas publicações científicas relacionadas ao assunto abordado, possibilitando à pesquisadora maior delimitação do tema e a obtenção de informações com base em fontes variadas.

A pesquisa teve como instrumento um formulário com questões fechadas para a construção do perfil e obtenção dos dados relativos à satisfação dos usuários das Equipes de Saúde da Família. O instrumento foi elaborado com base no modelo SERVQUAL, que consiste em um questionário de 22 declarações afirmativas, fazendo referência à expectativa do cliente e ao mesmo número de questões relativas à percepção da qualidade do serviço prestado. O questionário foi respondido avaliando-se as afirmativas e definindo uma escala Lickert de 5 pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

Anterior à coleta de dados nas equipes da ESF na zona urbana, foi realizado o pré-teste na ESF São Geraldo II na zona rural que objetivou evidenciar possíveis falhas na redação do questionário, tais como: complexidade das questões, constrangimento aos informantes e imprecisão na redação.⁽⁵²⁾

3.5 COLETA DE DADOS

A pesquisadora e três acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros realizaram as entrevistas na própria residência dos entrevistados, para garantir a privacidade e o anonimato dos entrevistados. Os acadêmicos foram devidamente instruídos e acompanhados durante o processo de coleta de dados.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do programa Microsoft Excel 2002 para Windows XP e do programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 15.0, que viabilizou a construção de

tabelas e gráficos, que subsidiaram a análise e a reflexão do perfil traçado da comunidade e os objetivos propostos nesta pesquisa.

A variabilidade da percepção foi submetida ao teste do Qui quadrado (χ^2). As etapas do processo dessa análise dizem respeito à pré-análise cujo material foi organizado, de acordo com os objetivos e questões do estudo. A descrição analítica: estudo aprofundado utilizando procedimentos de codificação, classificação e categorização, e a interpretação referencial que envolve intuição, reflexão, interação do material, relacionando os documentos e respostas a outras fontes da pesquisa.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos da pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Tais diretrizes e normas reconhecem que podem ser feitas experiências com seres humanos, desde que estes assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.⁽⁵³⁾ Neste termo foi assegurado aos entrevistados a autonomia individual, o direito à informação, à privacidade, à confidencialidade das informações, sendo estas utilizadas exclusivamente para fins científicos. O direito de revogar a decisão de participação da pesquisa a qualquer momento foi também garantido.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados tem por objetivo, segundo Gil,⁽⁵⁴⁾ organizar e sumarizar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Foi realizada por meio dos *softwares* Excel 2002 for Windows XP e SPSS 15.0, que viabilizaram a construção de tabelas de frequência e gráficos, a fim de subsidiar a análise do perfil da população pesquisada, bem como responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos propostos na pesquisa.

Os resultados deste estudo foram avaliados e discutidos, de acordo com os itens do questionário. A análise foi feita interagindo com a literatura existente e com os testes estatísticos indicados, conforme as características deste estudo.

4.1 PERFIL DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA

A procura e utilização dos serviços de saúde são resultantes da oferta, das características sociodemográficas e do perfil de saúde dos usuários e conhecer o perfil da população constitui-se um ponto fundamental para o planejamento e direcionamento das ações de saúde.⁽⁵⁵⁾

Neste estudo, foi possível estabelecer o perfil da população entrevistada, conforme os dados da Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Perfil da população entrevistada segundo sexo, faixa etária, escolaridade, renda familiar e tempo de moradia no território. Montes Claros, outubro de 2008 (N = 319)

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masc.	62	19,4
Fem.	257	80,6
Faixa etária		
18 a 30 anos	122	38,2
31 a 45 anos	88	27,6
46 a 59 anos	68	21,3
60 ou mais	41	12,9
Escolaridade		
Analfabeto	16	5,0
Básico	99	31,0
Fundamental	94	29,5
Médio	103	32,3
Superior	07	2,2
Renda Familiar		
Menos de 1sm	63	19,7
1 a 3sm	245	76,8
4 a 5sm	09	2,8
Acima de 5sm	02	0,6
Tempo de Moradia		
Menos de 1 ano	12	3,8
1 a 5 anos	64	20,1
6 a 10 anos	75	23,5
Mais de 10 anos	168	52,6

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Observa-se que, dentre a população estudada, houve predominância significativa do sexo feminino – 81% (257) mulheres e 19% (62) homens. Segundo Queiroz, ⁽⁵⁶⁾ na família, a mulher é a personagem principal no que se refere às questões relacionadas à saúde e doença, pois é ela quem avalia as condições de saúde, tanto a sua própria como a dos demais membros da família e procura os profissionais necessários para resolução (cura) de cada caso, sendo maior sua busca pelos serviços de saúde. No presente estudo, o fato das entrevistas terem sido realizadas no domicílio dos usuários e no período diurno, certamente, condicionou o predomínio de mulheres.

De acordo com os dados da Tabela 1 é possível verificar que a população pesquisada é predominantemente jovem, estando 38,2% (122) compreendidas entre a faixa etária de 18 a 30 anos. Dias,⁽⁵⁷⁾ ao descrever o perfil de 226 usuários de uma Equipe de Saúde da Família de Montes Claros – MG, descobriu distribuição semelhante à encontrada nesta pesquisa.

Os dados da Tabela 1 mostram o nível de escolaridade dos entrevistados. Observa-se uma concentração nas categorias básico: 31% (99), fundamental: 29,5% (94) e médio: 32,3% (103). Apenas 2,2% (7) dos participantes possuem o curso superior. Ao descrever o perfil de 226 usuários de uma Equipe de Saúde da Família de Montes Claros-MG, descobriu distribuição semelhante à encontrada nesta pesquisa, Dias,⁽⁵⁷⁾.

Ao investigar a renda familiar dos entrevistados verificou-se que a maioria das famílias 76,8% (245) possuem renda entre 1 e 3 salários mínimos. E só 0,7% (2) das famílias apresentam renda superior a 5 salários mínimos. Estes dados vêm de encontro ao estudo realizado por Dias⁽⁵⁷⁾ com usuários cadastrados em Unidade de Saúde da Família de Montes Claros, no qual 74,8% (169) possuem renda de até 2 salários mínimos. Estes dados desvelam o baixo poder aquisitivo da maioria das famílias participantes.

Conforme Araújo,⁽²¹⁾ indivíduos com baixa renda têm maiores dificuldades de promoverem saúde, participarem de campanhas de prevenção e, por isto, têm maior prevalência de alterações em seu estado de saúde.

Os dados da Tabela 1 mostram o tempo de moradia dos entrevistados no território das USF. A maioria encontra-se na categoria de 11 a 20 anos: 31,9% (102). O tempo de moradia é fator essencial para a criação de vínculo entre o usuário e os servidores da USF. Após

estabelecido, esse vínculo aumenta a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço.⁽⁵⁸⁾

Tabela 2 - Distribuição dos participantes do estudo por faixa etária e sexo. Montes Claros, outubro de 2008

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
18 a 30	12	19,4	110	42,8	122	38,2
31 a 45	8	12,9	80	31,1	88	27,6
45 a 59	24	38,7	44	17,1	68	21,3
≥ 60	18	29,0	23	9,0	41	12,9
Total	62	100	257	100	319	100

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os resultados sobre idade e sexo observados nos dados da Tabela 2 indicam que a representação do sexo feminino é maior em todas as faixas etárias, com a grande maioria situada na faixa etária de 18 a 30 anos: 110 mulheres (42,8%). No sexo masculino, predomina a faixa etária de 45 a 59 anos, com 24 homens (38,7%).

4.2 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

A percepção dos usuários sobre a prática da Equipe de Saúde da Família é de extrema importância, visto que a comunidade é a razão de sua existência do mesmo e deve ser identificada, como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema e fortalecendo a democracia em saúde. A avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, e constitui uma oportunidade de verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, bem como permitir a adequação do mesmo às expectativas da comunidade adstrita.⁽⁵⁹⁾

Tabela 3 – Percepção dos usuários entrevistados quanto às dimensões da satisfação. Montes Claros, outubro de 2008

satisfação

Serviço Prestado	Percepção										Total	
	Discorda integralmente		Discorda parcialmente		Nem concorda nem discorda		Concorda parcialmente		Concorda integralmente			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
DIMENSÕES RELATIVA À TANGIBILIDADE												
Ambiente físico	45	14,1	19	6,0	28	8,8	60	18,8	167	52,4	319	100
Aparência dos Servidores	13	4,0	23	7,0	16	5,0	61	19,0	206	65,0	319	100
Aparência do Material	23	7,0	8	3,0	16	5,0	69	22,0	203	63,0	319	100
Horário Conveniente	40	12,2	21	6,6	9	2,8	61	19,0	188	58,9	319	100
Equipamentos Modernos	112	36,0	35	11,0	43	13,0	48	15,0	81	25,0	319	100
DIMENSÕES RELATIVAS À CONFIABILIDADE												
Confiança	69	21,6	16	5,0	16	5,0	50	15,7	168	52,7	319	100
Promete/cumpr e	92	28,8	53	16,6	26	8,2	48	15,0	100	31,3	319	100
Conhecimento	29	9,1	29	9,1	23	7,2	80	25,1	158	49,5	319	100
DIMENSÕES RELATIVA A RECEPTIVIDADE												
Presteza	69	21,6	23	7,2	38	11,9	57	17,9	132	41,4	319	100
Boa vontade	38	11,9	15	4,7	14	4,4	71	22,3	181	56,7	319	100
Disponibilidade	33	10,3	32	10,0	21	6,6	64	20,1	169	53,0	319	100
Interesse	58	18,2	19	6,0	13	4,1	70	21,9	159	49,8	319	100
DIMENSÕES RELATIVAS À GARANTIA												
Acerta na 1ª vez	26	8,2	17	5,3	16	5,0	52	16,3	208	65,2	319	100
Tarefa sem erro	23	7,2	19	6,0	18	5,6	63	19,7	196	61,4	319	100
Segurança	67	21,0	23	7,2	21	6,6	53	16,6	155	48,6	319	100
Cortesia	15	4,7	14	4,4	10	3,1	82	25,7	198	62,1	319	100
DIMENSÕES RELATIVAS À EMPATIA												
Atenção	53	16,6	16	5,0	16	5,0	51	16,0	183	57,4	319	100
Melhor serviço	46	14,4	26	8,2	81	25,4	57	17,9	109	34,2	319	100
Entendimento	62	19,4	29	9,1	22	6,9	81	25,4	125	39,2	319	100

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os dados da Tabela 3 evidenciam a percepção dos usuários entrevistados quanto aos serviços prestados pelas Equipes de Saúde da Família pesquisadas:

- 52,4% (167) dos usuários concordaram integralmente com a afirmativa: o ambiente físico da ESF é agradável;
- No tocante aos servidores, 65% (206) dos entrevistados concordam integralmente que os mesmos têm boa aparência;
- Quando se afirma que o material associado com o serviço prestados na ESF possui boa aparência, 63% (203) dos entrevistados concordam integralmente;
- Com relação à afirmativa da presença de equipamentos modernos na ESF, 36% (112) discordam integralmente;
- Quando se afirmou que o comportamento dos servidores da ESF inspira confiança, 21,6% (69) discordaram integralmente e 52,7% (168) concordaram integralmente;
- Ao realizar-se a afirmação “Quando a ESF promete fazer algo em certo tempo, ela cumpre”, foi observada uma quantidade significativa de respostas nos dois extremos, 28,8% (92) dos participantes discordaram integral e 31,3% (100) concordaram integralmente;
- Quando a abordagem referiu-se ao conhecimento técnico da equipe, 49,5% (158) dos entrevistados concordaram integralmente com a afirmativa: Os servidores da ESF possuem os conhecimentos necessários para responder às suas questões;
- Quando se abordou a afirmativa “Os servidores da ESF oferecem atendimento com presteza”, 21,6% (69) discordaram integral e 41,4% (132) concordaram integralmente;

- Ao se afirmar que “ Os servidores da ESF têm sempre boa vontade em ajudá-lo” , 56,7% (181) dos usuários concordaram integralmente;
- Quando abordados sobre a disponibilidade da ESF, 53% (169) dos entrevistados concordaram integralmente com a afirmativa: os servidores da ESF nunca estão ocupados para esclarecer suas dúvidas;
- 49,8% (159) concordaram integralmente com a afirmativa: quando um usuário tem um problema, a ESF demonstra um sincero interesse em resolvê-lo;
- 65,2% (208) dos entrevistados concordaram integralmente quando se afirmou que a ESF presta o serviço certo da primeira vez;
- 61,4% (196) concordaram integralmente com a afirmação: a ESF persiste na execução de tarefas, sem erros;
- Quanto a “Você se sente seguro com os serviços oferecidos pela ESF” , 31% (67) dos usuários discordaram integralmente e 48,6% (155) concordaram integralmente com a afirmativa;
- 62,1% (198) dos participantes concordaram integralmente com a afirmação: os servidores da ESF são corteses com você;
- 57,4% (183) dos usuários concordaram integralmente quando se afirmou: a ESF oferece atenção individualizada;
- Ao se afirmar “A ESF está centrada no melhor serviço a seus usuários” , 25,4% (81) responderam que nem concordam nem discordam com a afirmativa, e 34,2% (109) concordaram integralmente; e
- 39,2% (125) dos usuários concordaram integralmente com a afirmativa: a ESF entende suas necessidades específicas.

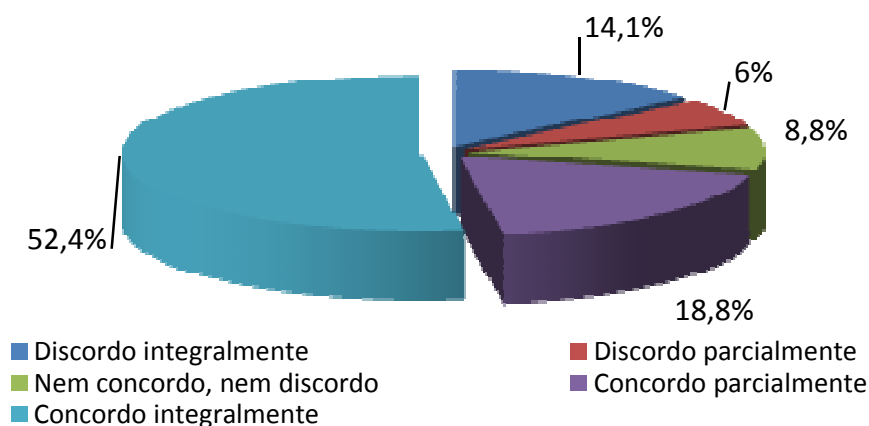


Figura 1 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto ao ambiente físico das Unidades de Saúde da Família. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

No que se refere ao ambiente físico das USF, verifica-se, conforme a Figura 1, que 52% (167) dos usuários entrevistados concordam integralmente que o ambiente físico das USF é agradável.

Ramos e Lima⁽⁷⁾ relatam que a limpeza e a organização da Unidade de Saúde é percebida por seus usuários, como uma forma de respeito da ESF para com a comunidade. De acordo com Vila e Rossi,⁽⁶⁰⁾ o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de saúde, tornando-a capaz de construir um atendimento mais humanizado.

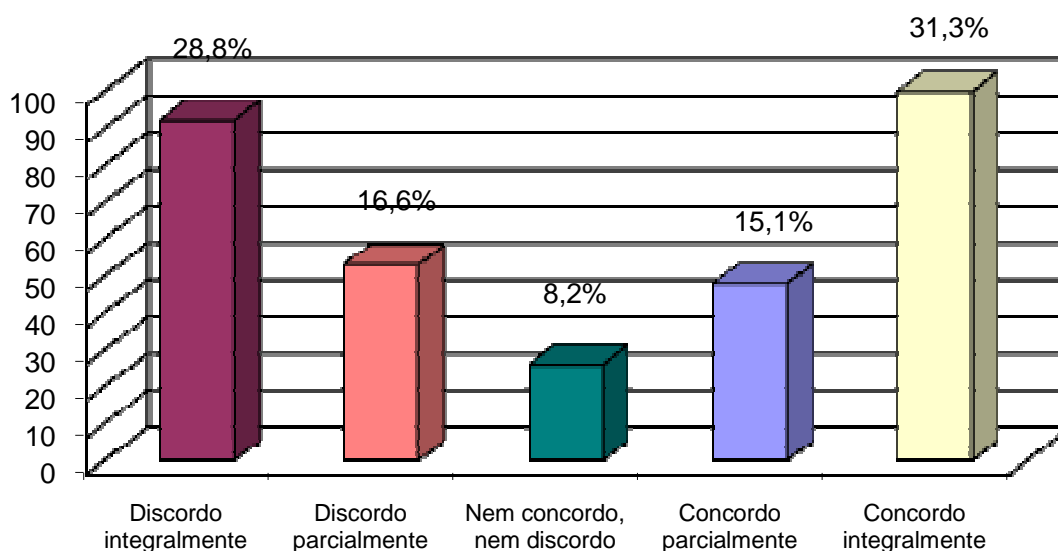


Figura 2 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à execução das atividades prometidas pelos profissionais no tempo prometido. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Por intermédio dos dados da Figura 2, observa-se que houve uma polarização das respostas dos usuários em “discordo integralmente”: 28,8% (92) e “concordo integralmente”: 31,3% (100) quando abordados sobre suas percepções a respeito do cumprimento das atividades dos profissionais no tempo em que se comprometeram a fazê-lo.

Garcia e Contreras⁽⁶¹⁾ relatam que a satisfação dos pacientes está ligada à qualidade do atendimento e a um planejamento de agenda em datas devidamente aprazadas. O atendimento deve ter um sistema de retorno eficiente, simples e prático, com intervalos regulares.

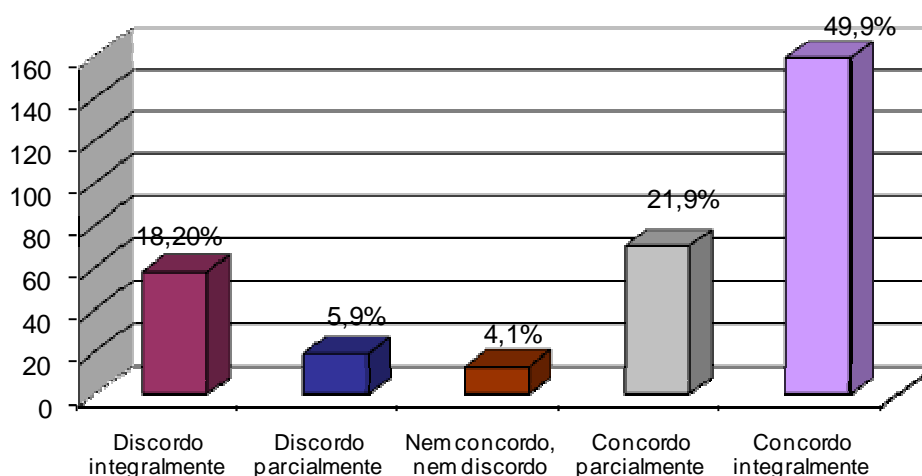


Figura 3 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto ao interesse dos profissionais em resolver seus problemas. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Pelos dados da Figura 3, percebe-se que 49,9% (159) dos entrevistados concordam integralmente que os profissionais das equipes da ESF demonstram sincero interesse em resolver os problemas dos usuários. No entanto, parcela significativa dos pesquisados 18,2% (58) discordam integralmente de tal afirmativa.

Segundo Merhy⁽¹⁰⁾, o usuário do sistema de saúde não tem atrelado a desqualificação da atenção à falta de conhecimento científico-tecnológico, porém tem-se falta de interesse e responsabilização dos profissionais quanto a seus problemas.

A implicação dos profissionais da ESF na busca de soluções para problemas identificados, figura-se como um elemento muito valorizado pelos usuários.⁽⁶²⁾ A instituição que possui uma equipe de trabalho que demonstra interesse e atenção pelos pacientes,

considerando-o como prioridade nas ações de saúde, caminha para alcançar a qualidade pela satisfação das necessidades e das expectativas do paciente.⁽⁶³⁾

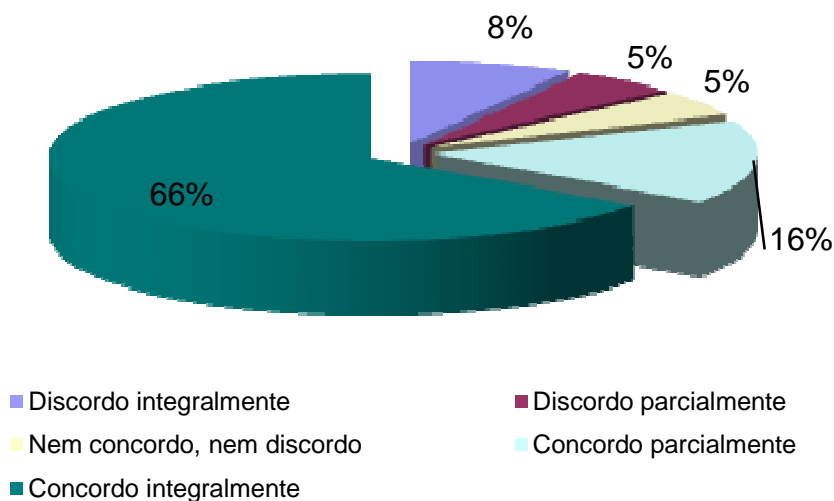


Figura 4 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à capacidade dos profissionais em prestar o serviço certo da primeira vez. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Por meio dos dados da Figura 4, nota-se que grande parcela da população pesquisada acredita que os profissionais das equipes da ESF prestam o serviço certo da primeira vez, pois 66% (208) concordam integralmente com esta afirmativa. No que diz respeito aos serviços, grande parte dos estudos atribui uma maior satisfação dos usuários a aspectos humanitários da relação profissional-paciente, à quantidade e qualidade das informações recebidas, à resolução dos problemas e à continuidade do atendimento.⁽⁶⁴⁾

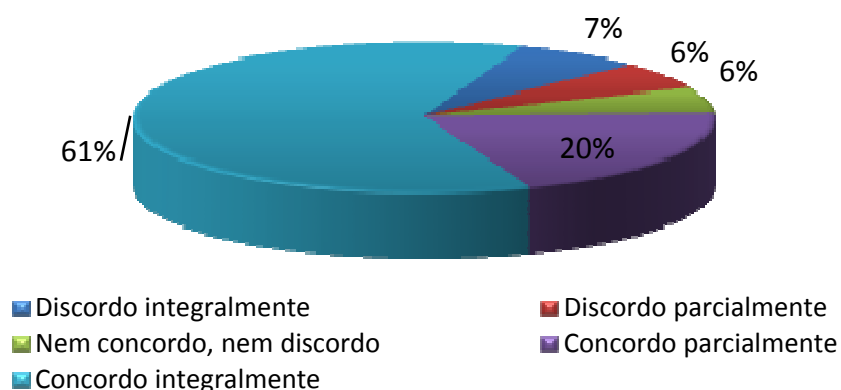


Figura 5 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto a capacidade dos profissionais de executar suas tarefas sem erros. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

A figura 5 mostra que 61% (196) dos participantes da pesquisa concordam integralmente que os profissionais da ESF são capazes de realizar tarefas sem erros, o que representa uma percepção positiva dos serviços oferecidos à comunidade. Em estudo a respeito da avaliação da atenção básica, Massote⁽⁶⁵⁾ percebe que os profissionais foram bem avaliados, tanto em relação às habilidades como à capacidade de resolução dos problemas.

A organização do serviço e a qualificação profissional da equipe são fatores de grande importância, geradores de facilidades e satisfação por parte dos usuários se percebidos de forma positiva.⁽⁷⁾ São muito valorizados pelos usuários aspectos, como tempo dispensado pelos profissionais, a eficácia das ações e a qualidade ou competência das equipes.⁽⁶²⁾

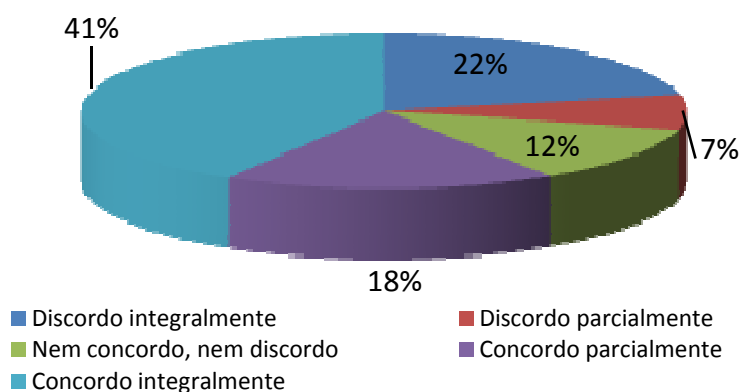


Figura 6 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família, pesquisadas quanto à capacidade dos profissionais em oferecer atendimento com qualidade. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os dados da Figura 6 revelam que 41% (132) dos usuários entrevistados concordam de modo integral que a ESF oferece atendimento com qualidade e 22% (69) discordam integralmente. Vicente *et al.*⁽⁶⁶⁾, em estudo semelhante realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), afirmam por meio de relatos dos entrevistados, que o atendimento na unidade era rápido porque o usuário não permanecia esperando muito tempo e era bem orientado quanto aos locais onde deve se dirigir, aspectos estes muito valorizados ao se avaliar a rapidez no atendimento.⁽⁶⁶⁾

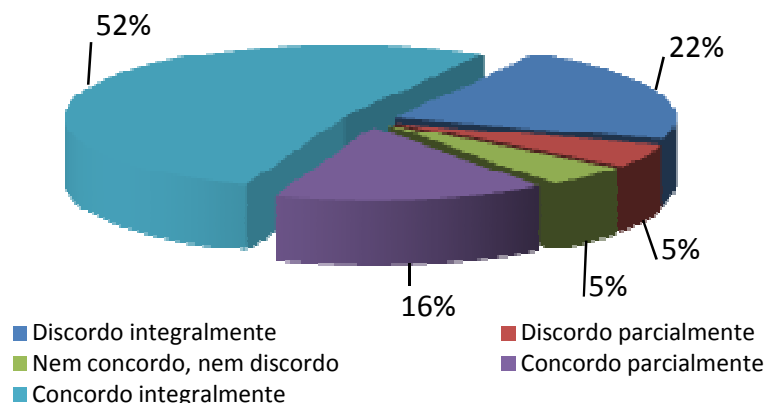


Figura 7 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à confiança que a ESF inspira. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Ao se analisar a percepção dos participantes sobre a capacidade da ESF em transmitir confiança observa-se, conforme os dados da Figura 7, que 52% (168) dos participantes concordam de modo integral que o comportamento da ESF inspira confiança nos usuários, e 22% (69) discordam integralmente dessa afirmação.

Hoje fatores como confiança, atualização, competência, humanidade, presteza, pontualidade, cordialidade, preparo técnico científico e organização do ambiente de trabalho, são todos referências para a satisfação de um cliente e/ou paciente que usa um serviço.^(27,67)

O profissional ao demonstrar preocupação com o estado de saúde do usuário, apresenta um dos elementos essenciais de um efetivo acolhimento e desperta no usuário sentimento de confiança em relação a assistência prestada.⁽⁶⁸⁾

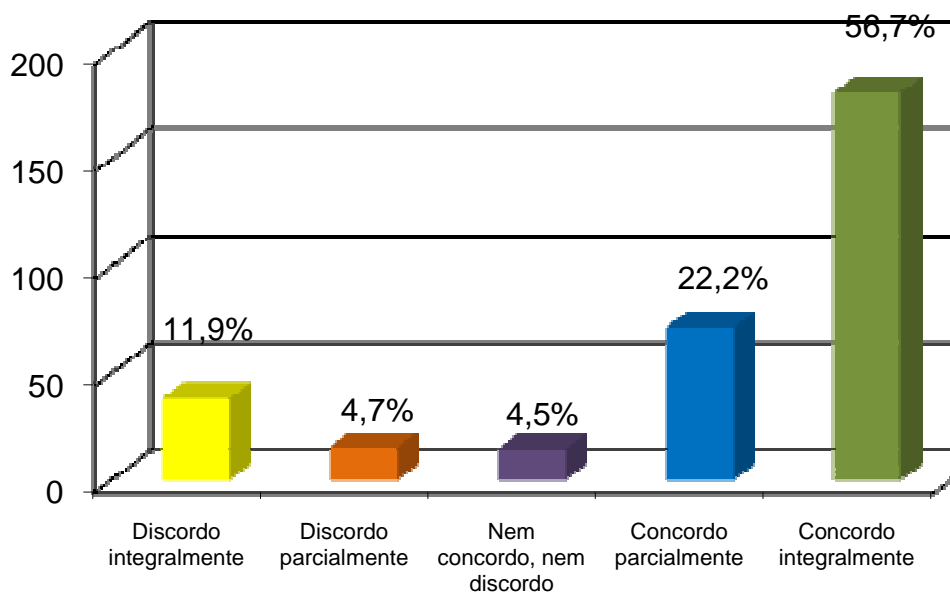


Figura 8 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à boa vontade dos servidores em ajudá-los. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Ao serem abordados sobre a boa vontade dos servidores das ESF em ajudá-los, os dados da Figura 8 mostram resposta “concordo integralmente”- 56,7% (181) entre os usuários dos serviços pesquisados. Massote⁽⁶⁵⁾, em estudo de avaliação da atenção básica, mostra resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa. Para o autor citado, o estabelecimento dos laços de cooperação entre os profissionais e o usuário é a base de sustentação da assistência à saúde.

Os usuários do serviço de saúde buscam obter no acolhimento uma relação de compromisso por parte do trabalhador de saúde, esperando atenção, boa vontade em ouvir e respeito por parte desses profissionais⁽⁴²⁾; e toda atitude que o profissional de saúde deve ter como meta: a busca da dignidade humana, do respeito, da valorização da vida e da qualidade do viver.⁽⁶⁹⁾

A integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados, quando necessários para resolver os problemas da comunidade.⁽⁷⁰⁾

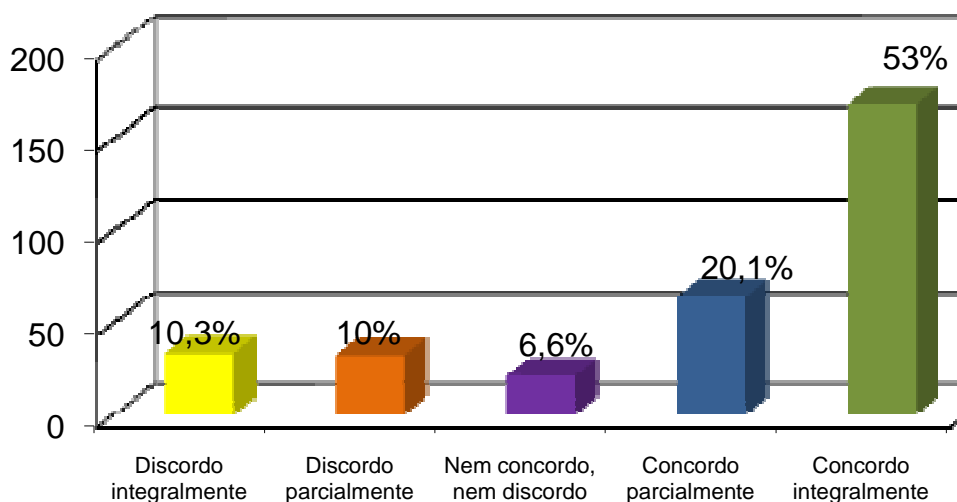


Figura 9 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à disponibilidade dos profissionais em esclarecer suas dúvidas. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os dados da Figura 9 demonstram que 53% (169) dos entrevistados concordam integralmente que os servidores da ESF nunca estão ocupados demais para esclarecer suas dúvidas. Massote⁽⁶⁵⁾, em estudo sobre avaliação da atenção básica, observa que, de modo geral, os serviços estão receptivos à participação dos usuários do SUS na tomada de decisões sobre o tratamento. Os usuários, também, têm a possibilidade de obter os esclarecimentos de suas dúvidas.

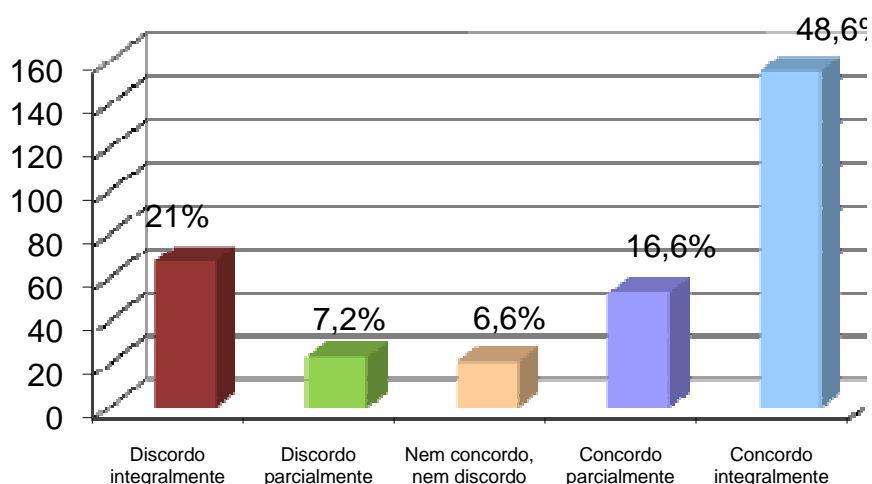


Figura 10 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à capacidade dos profissionais em transmitir segurança nos serviços oferecidos. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Ao afirmar: “Você se sente seguro com os serviços oferecidos pela ESF”, observa-se, conforme os dados da Figura 10, que 48,6% (155) dos usuários concordaram de modo integral que 21% (67) discordaram integralmente.

A relação usuário-profissional de saúde, que se estabelece proporcionando o questionamento por parte dos usuários, a obtenção de respostas à suas dúvidas, ou esclarecimentos e orientações espontâneas que lhe são dadas, “especialmente quando levado em conta seu modo de vida”, conferem-lhe a segurança necessária para o enfrentamento de eventuais dificuldades e aumentam a confiança já existente na ESF⁽⁷⁾.

A prestação de uma assistência de qualidade vem exigindo, cada vez mais, que os profissionais de saúde desenvolvam e aprimorem

a habilidade de comunicar com o intuito de promover uma relação de confiança e segurança, almejando facilitar a interação terapêutica.⁽⁷¹⁾

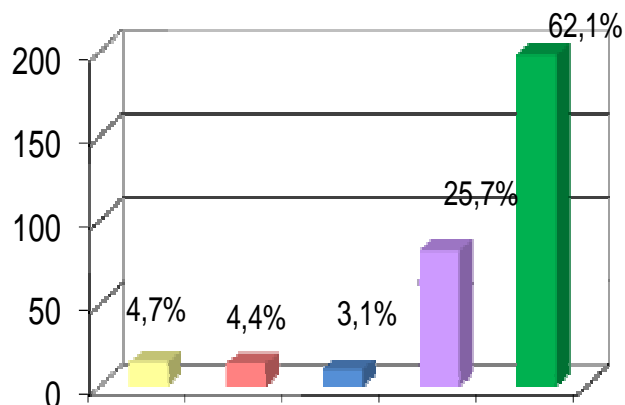


Figura 11 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à cortesia dos profissionais. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

No tocante à cortesia, os dados da Figura 11 evidenciam que 62,1% (198) da população concordam integralmente que os servidores da ESF são corteses, o que demonstra uma percepção positiva sobre essa variável. Souza⁽⁷²⁾ afirma que, dentre outros fatores derivados da opinião do usuário, ser tratado com cortesia pela equipe, ser reconhecido por ela, haver disponibilidade para atendimento e confiança na equipe, são essenciais para uma melhor percepção dos serviços.

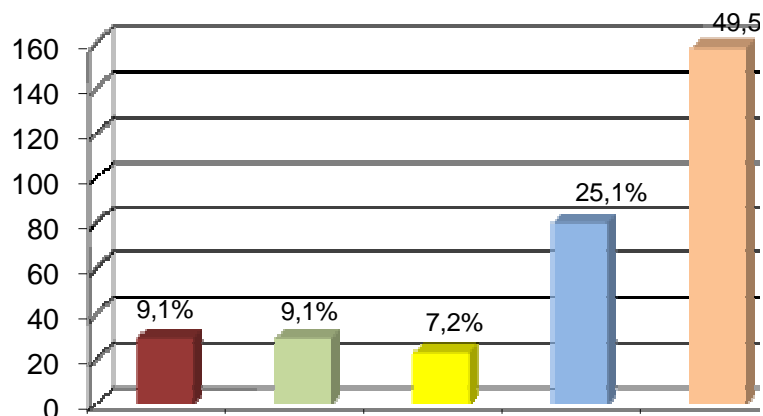


Figura 12 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto ao conhecimento técnico-científico dos profissionais. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os dados da figura 12 mostram que 49,5% (158) dos participantes concordam integralmente que os profissionais da ESF possuem os conhecimentos necessários para esclarecer suas dúvidas. É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. Destaca-se, aí, a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto.⁽⁷³⁾ Moller⁽⁷⁴⁾ afirma que qualidade técnica traduz-se em satisfação das exigências e das expectativas concretas da população-alvo e reflete na qualidade, na segurança e na garantia do serviço ofertado.

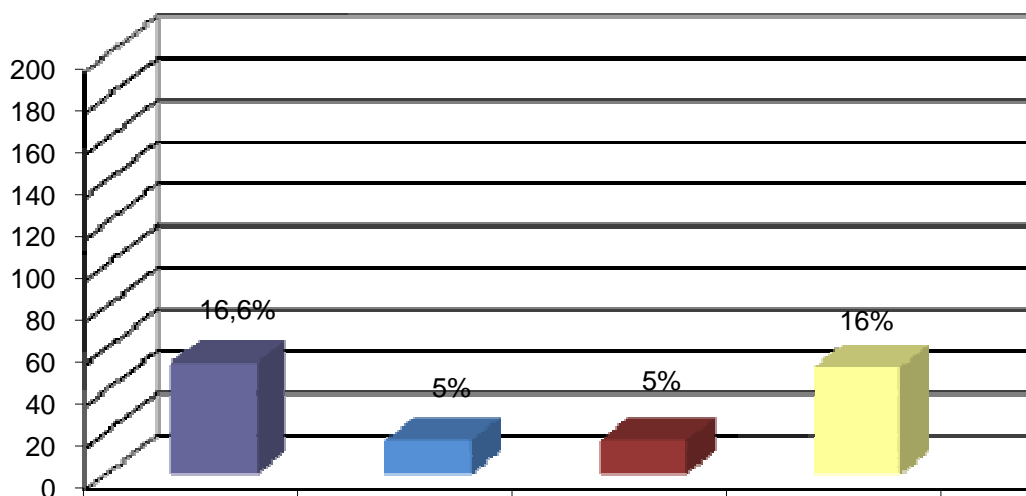


Figura 13 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto à existência de atenção individual. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Em relação à atenção individual oferecida pelos profissionais da ESF, os dados da Figura 13 que a maioria dos usuários entrevistados – 57,4% (183) – concordam integralmente que os profissionais oferecem atenção individual.

Tomar cuidado à luz da existência humana, significa explorar a relação sujeito-sujeito, disponibilizando toda capacidade de comunicação, empatia, dedicação, compaixão, imprimindo à ação uma centralidade da ordem do sentir⁽⁷⁵⁾. O acolhimento é o meio de se prestar um atendimento individualizado, com resolutividade e responsabilização⁽⁷⁶⁾.

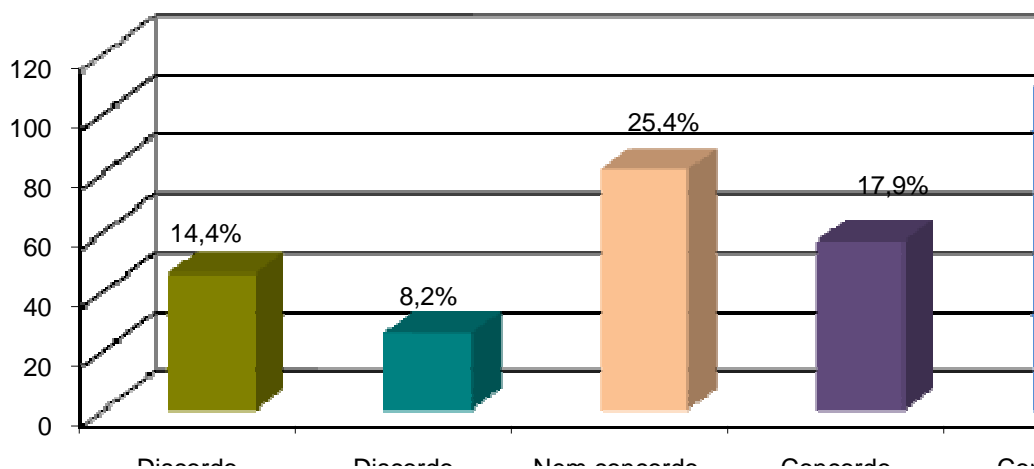


Figura 14 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família, pesquisadas a respeito do comprometimento dos profissionais prestarem sempre o melhor serviço. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os dados da Figura 14 mostram que, ao se afirmar que a ESF está centrada no melhor serviço a seus usuários, 34,1% (109) dos participantes concordam de modo integral, 25,4% (81) nem concordam, nem discordam e 14,4% (46) discordam integralmente. Campos,⁽⁷⁷⁾ afirma ser necessário que o profissional de saúde seja responsável com a resolutividade de suas ações, tendo como base a prioridade da assistência de qualidade, buscando sempre oferecer o melhor serviço a seus usuários.

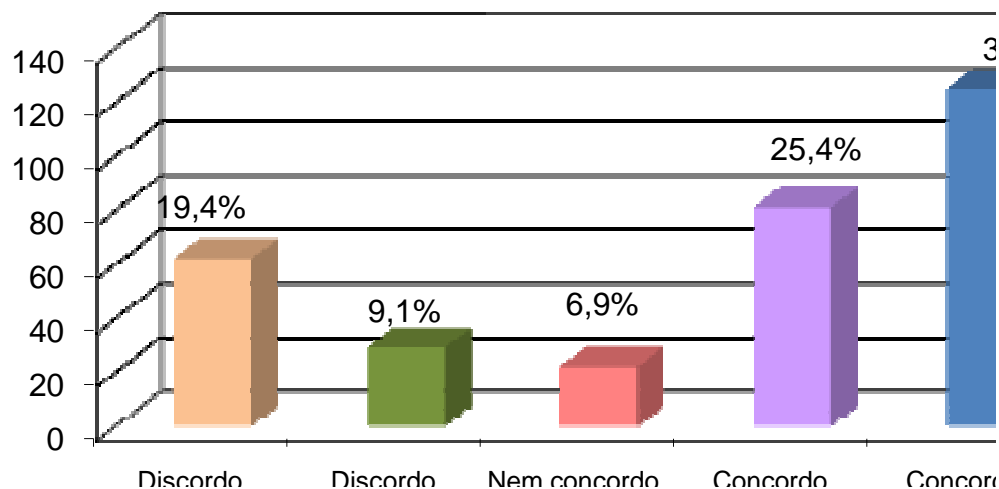


Figura 15 - Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família pesquisadas quanto ao entendimento de suas necessidades específicas pelos profissionais. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os dados da Figura 15 revelam que 39,2% (125) dos usuários entrevistados concordam de modo integral que os profissionais da ESF entendem suas necessidades específicas, e 19,4% (62) discordam integralmente desta afirmativa.

Para satisfazer o usuário, é necessário ter, uma compreensão profunda de suas necessidades e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolver essas necessidades. Para isso, a organização deverá traduzir tais necessidades em requisitos e cumprir esses fatores sempre porque o cliente não exigirá menos. Isso envia a dedicação de recursos para coletar e analisar dados e informações, sistematicamente, para entender os requisitos e as percepções do cliente.⁽¹⁷⁾

“As percepções dos usuários são vitais e é por isso que estas devem ser pesquisadas com instrumentos adequados”, visto que destas dependem a análise sobre a qualidade de serviços^(78:23). Portanto,

tratando-se de avaliação de qualidade e satisfação, deve-se conhecer as necessidades e os desejos do paciente, núcleo central do sistema de saúde.⁽⁷⁹⁾ A atenção primária está orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, para isso deve disponibilizar uma variedade de serviços voltados a estas necessidades e alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento das necessidades existentes na população.⁽⁷⁰⁾

No estudo realizado no município de Goiás a respeito da avaliação da atenção básica, Massote *et al.*⁽⁶⁵⁾ perceberam que todos os indicadores foram bem avaliados pela população.

4.3 ASSOCIAÇÕES ESTATISTICAMENTE SIGNIFICANTES

Para esta análise, as respostas das afirmativas do questionário foram categorizadas em três grupos: discordo; nem concordo, nem discordo; concordo. Utilizou-se ainda o teste do Qui-quadrado a fim de identificar a associação entre as variáveis que descrevem o perfil da população pesquisada, como escolaridade, renda, idade e sexo, e as demais afirmativas que fazem parte do instrumento de coleta de dados. Todas as associações realizadas apresentam grau de confiança de 95% e são estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

A percepção dos usuários sobre o serviço de saúde é influenciada por múltiplos fatores, que tanto podem estar associados aos serviços e seus provedores como aos próprios clientes, tais como experiências pessoais, sócioeconômicas e culturais.⁽⁸⁰⁾

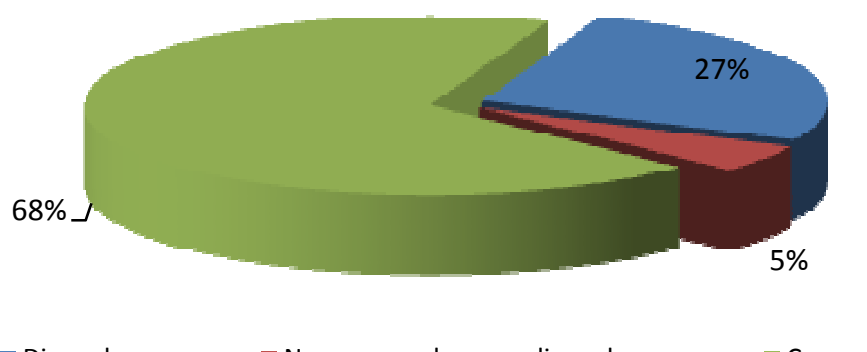


Figura 16 – Gráfico da percepção dos usuários cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família, pesquisadas quanto à confiança na ESF. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

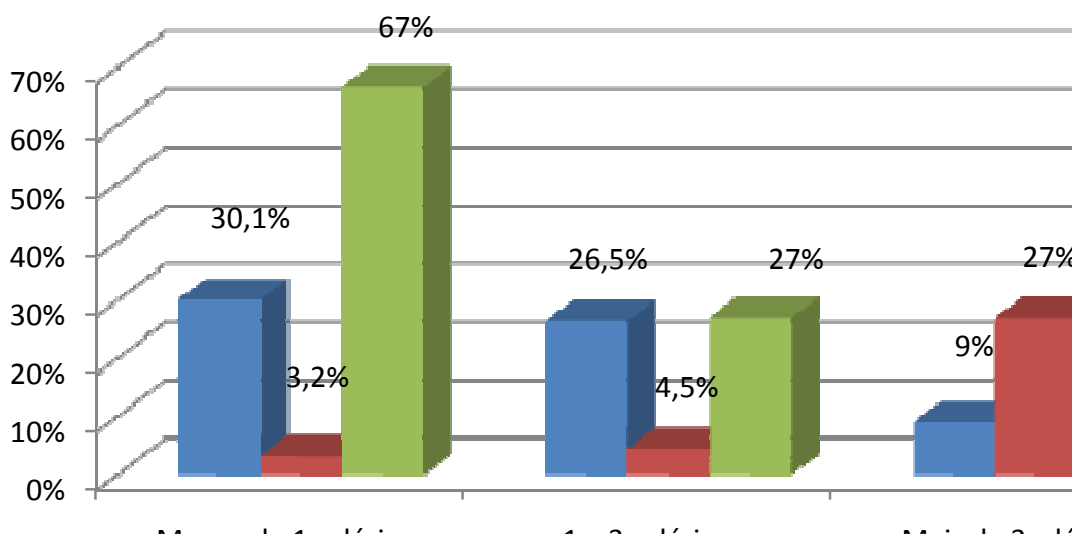


Figura 17 – Gráfico da percepção dos usuários, ao se relacionar renda com a afirmativa de que o comportamento dos servidores da Estratégia Saúde da Família em inspirar confiança. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Conforme os dados da Figura 17, dentre a população estudada, observa-se que a maioria dos entrevistados – 68% (218) – concordam que o comportamento dos profissionais da ESF inspira confiança. Apesar dessa predominante concordância, percebe-se que parcela significativa - 27% (85) discordam. Analisando essa porção que discordam, na Figura 17, considerando as três categorias de renda, a discordância é maior entre os usuários com renda abaixo de um salário mínimo.

Segundo o teste do Qui-quadrado (χ^2), há relação estatisticamente significativa entre essas variáveis, pois $p=0,011$.

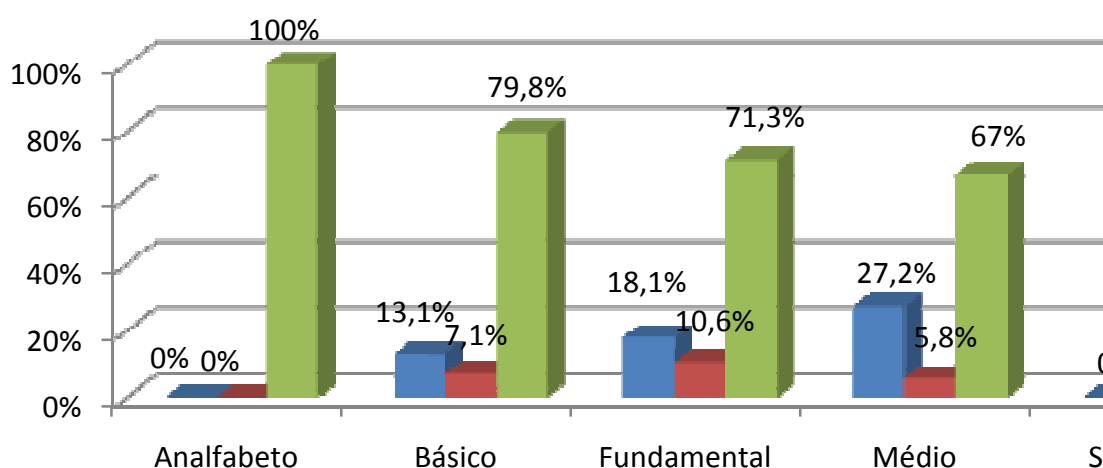


Figura 18 – Gráfico da percepção dos usuários, ao se relacionar escolaridade com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família possuem os conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários. Montes Claros, outubro de 2008.

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

De acordo com os dados da Figura 18, quanto maior o grau de escolaridade, menos favorável é a percepção dos usuários quanto à afirmativa: os servidores da ESF possuem os conhecimentos necessários para responder às suas questões. Exceção se faz quanto ao nível superior, em que 100% dos representantes concordam com tal afirmação.

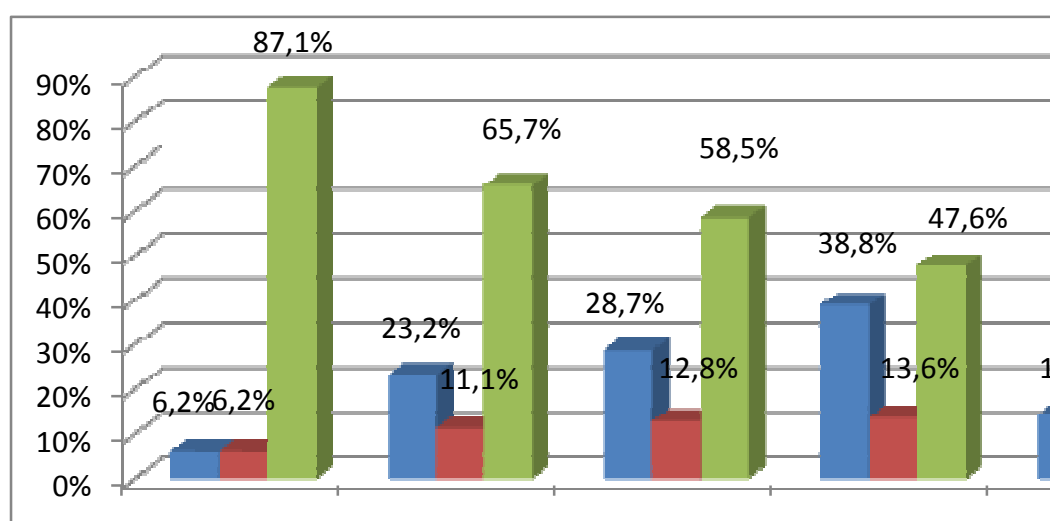


Figura 19 – Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar escolaridade com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família oferecem atendimento com presteza a seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Pelos dados da Figura 19, percebe-se quanto maior o grau de escolaridade da população, mais ela discorda que os profissionais da ESF oferecem atendimento com presteza. Quanto ao menor grau de escolaridade, mais ela concorda. Contrariando tal tendência, observa-se que, no que diz respeito ao grupo de maior escolaridade – superior –, a maioria – 85,7% (6) – manifestam ser favoráveis a esta variável, com maior nível de concordância do que discordância.

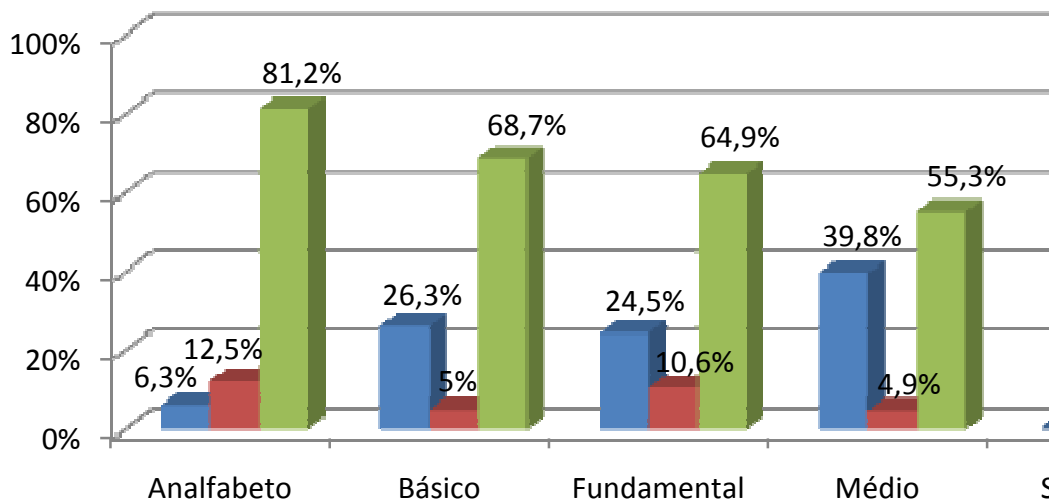


Figura 20 – Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar escolaridade com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família entendem as necessidades específicas de seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Nos dados da Figura 20 evidenciam que, quanto maior o grau de escolaridade menos favorável sua a percepção dos usuários quanto à afirmativa: os profissionais da ESF entendem suas necessidades específicas. Exceção se faz quanto ao nível superior, em que 100% dos representantes concordam com tal afirmação. Segundo o teste do Qui quadrado (χ^2), há relação estatisticamente significativa entre essas variáveis, pois $p=0,021$. Vale destacar que, considerando as afirmativas relacionadas à escolaridade nas figura 18, 19 e 20, quanto maior o nível de escolaridade mais negativa será a visão dos usuários. Os participantes com nível superior demonstraram um desvio desse padrão nos três gráficos mencionados, sugerindo uma visão diferenciada do grupo quanto aos serviços prestados pela ESF.

O grau de escolaridade da população que procura os serviços públicos de saúde, possibilita analisar a demanda e organizar a oferta, de acordo com as necessidades dos usuários⁽⁶⁵⁾.

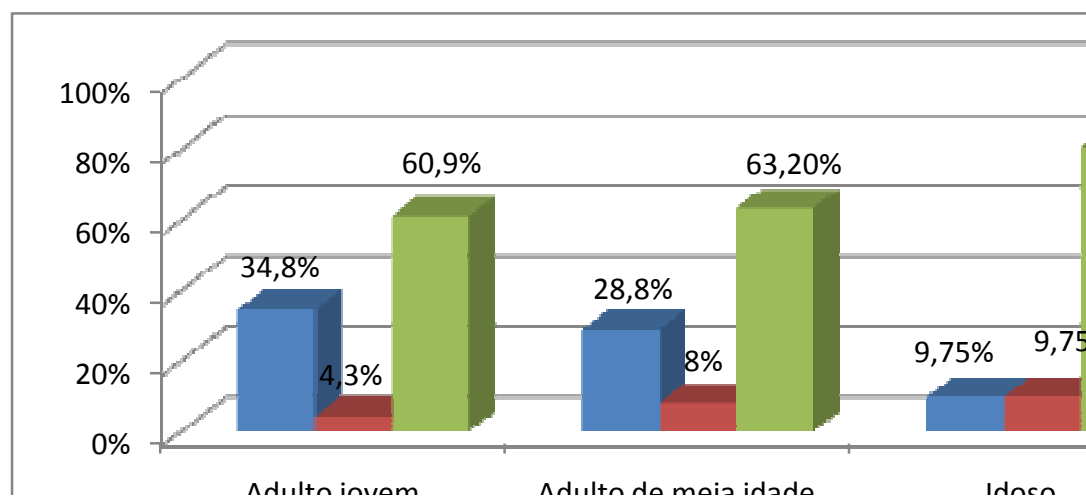


Figura 21 – Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família entendem as necessidades específicas de seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

De acordo os dados da Figura 21, é proporcional o crescimento da idade e da percepção positiva dos usuários quanto à compreensão por parte dos profissionais da ESF de suas necessidades específicas. Os serviços de saúde organizados exclusivamente, para dar conta das doenças de uma população tornaram-se inaceitáveis, estes deveriam estar aptos a aprender de forma ampliada as necessidades da população atendida.^(81:19-152)

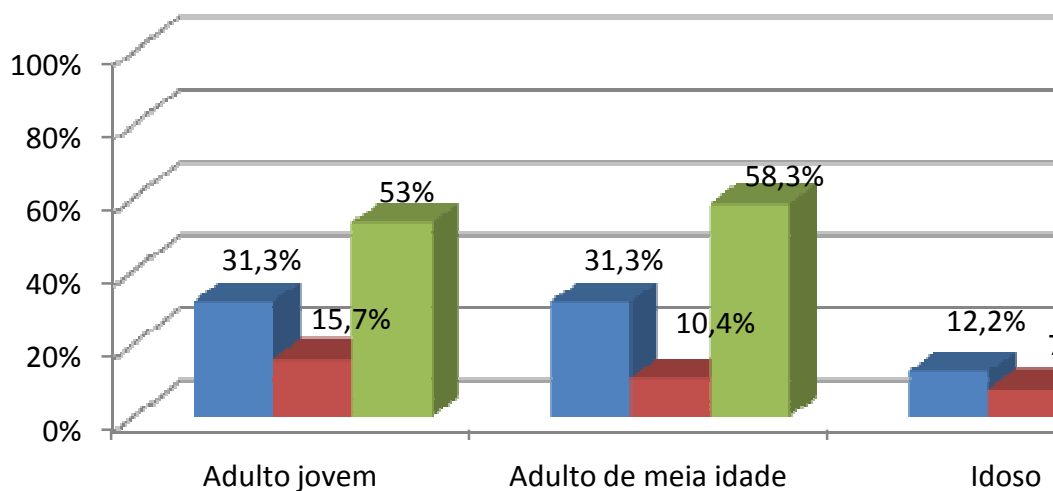


Figura 22 – Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família oferecem atendimento com presteza. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Nos dados da Figura 22, observa-se que a população mais idosa tende a concordar mais que o atendimento realizado pelos profissionais da ESF é realizado com presteza, ao passo que entre os mais jovens a discordância aumenta. Segundo o teste do Qui-quadrado (χ^2), há relação estatisticamente significativa entre essas variáveis, pois $p=0,034$.

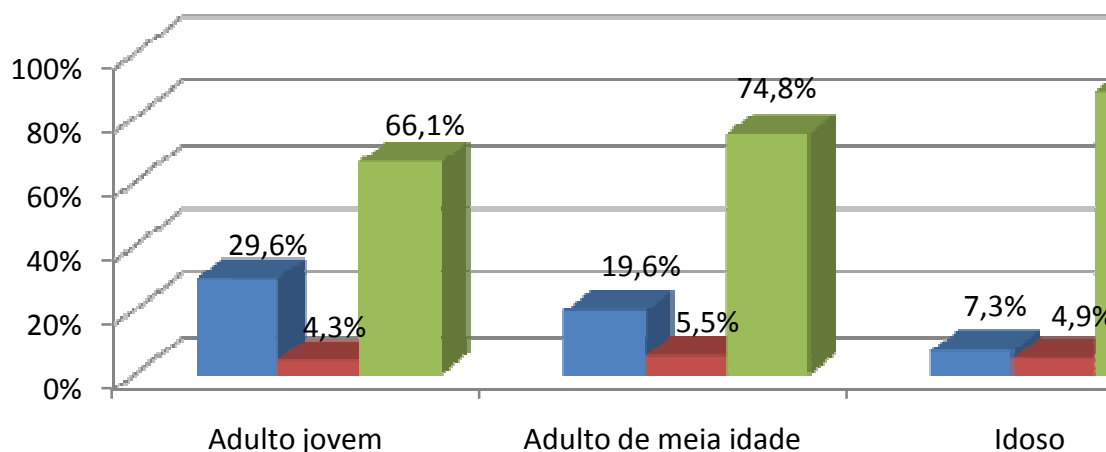


Figura 23 – Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família oferecem atenção individual a seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Os dados da Figura 23 evidenciam maior tendência da população de mais idade ao identificar que os profissionais da ESF oferecem atenção individual. Nota-se ainda que, entre os mais jovens, aumenta a discordância em relação a tal afirmativa. Segundo o teste do qui quadrado (χ^2), há relação estatisticamente significativa entre essas variáveis, pois $p=0,045$.

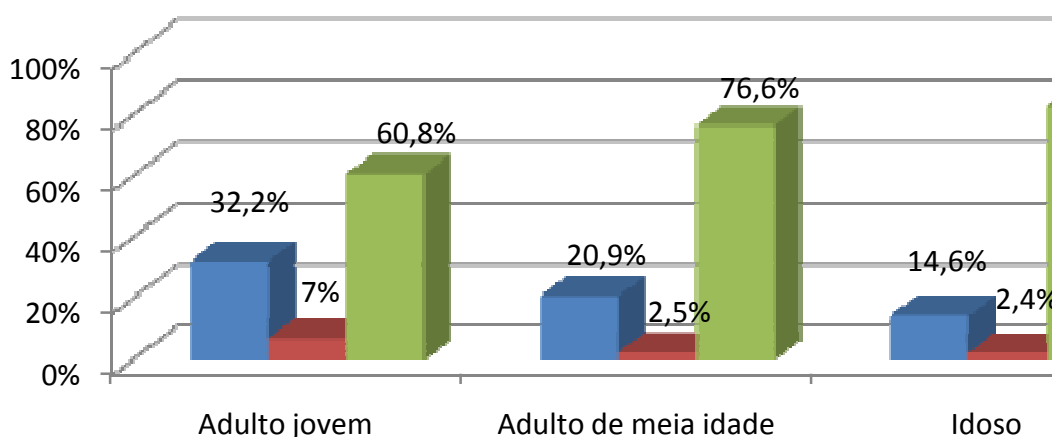


Figura 24 – Gráfico da percepção dos usuários ao se relacionar faixa etária com a afirmativa de que os profissionais da Estratégia Saúde da Família demonstram sincero interesse ao resolver os problemas de seus usuários. Montes Claros, outubro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

Conforme os dados da Figura 24, verifica-se quanto maior a idade é maior a concordância, com a afirmação de que os profissionais da ESF demonstram sincero interesse ao resolver os problemas dos usuários, sendo a discordância maior entre os adultos jovens.

Assim como nas Figuras 21, 22 e 23, pode-se perceber na Figura 24 que a população idosa possui uma percepção mais positiva da ESF, visto que a concordância com a afirmativa “os profissionais da ESF demonstram sincero interesse ao resolver os problemas dos usuários” cresce à medida que a idade aumenta. Esperidião e Trad⁽⁶⁴⁾ relatam que a idade é a variável que apresenta maior concordância entre os estudos. Os mesmos autores afirmam ser possível que a explicação para o fato não esteja relacionada com a idade em si, mas, com

características próprias de grupos mais idosos, como o maior carisma ou menores expectativas.

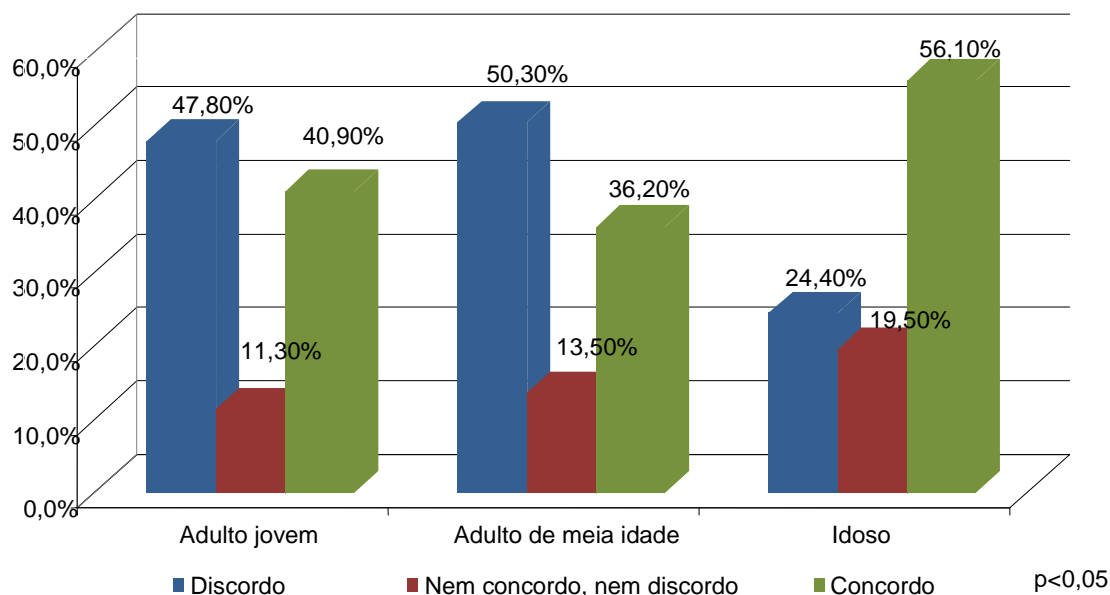


Figura 25 – Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a idade com a afirmação “A USF possui equipamentos modernos”. Montes Claros, outubro/novembro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

A percepção dos usuários sobre o serviço de saúde é influenciada por múltiplos fatores, que tanto podem estar associados aos serviços e seus provedores, como aos próprios clientes, tais como experiências pessoais, sócioeconômicas e culturais⁽⁷⁸⁾.

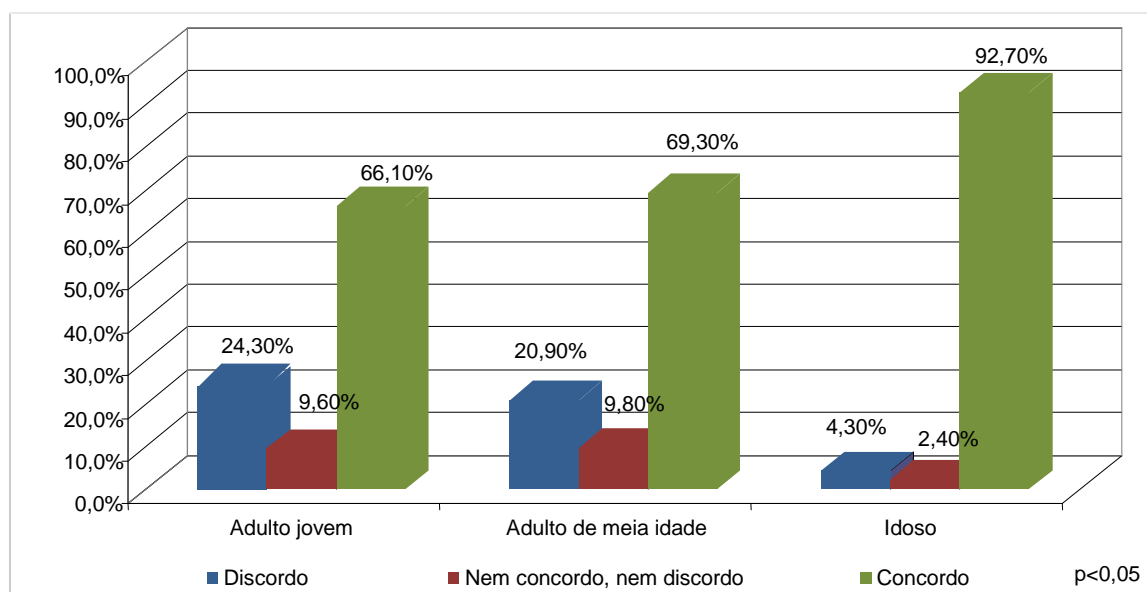


Figura 26 – Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a idade com a afirmação “O ambiente físico da USF é agradável”. Montes Claros, outubro/novembro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

De acordo com a Figura 25, observa-se, quanto maior a idade maior o grau de concordância, com a afirmativa de que a USF possui equipamentos modernos (56,1% entre os idosos). Quanto à afirmativa de que o ambiente físico da USF é agradável, como se nota nos dados da Figura 26, a aprovação chega a 92,7% entre esse público. Já entre os adultos jovens, a concordância é de 40,9% na Figura 25 e de 66,1% na Figura 26.

A satisfação dos usuários resulta de juízos de diversos atributos, dentre os quais figuram, como aspecto importante, as condições do ambiente⁽⁸²⁾.

Ao reforçar o observado neste estudo, Esperidião e Trad⁽⁶⁴⁾ relatam que a idade é a variável que apresenta maior concordância nas pesquisas. Salientam, ainda, que a explicação para o fato possivelmente, não esteja relacionada propriamente com a idade, mas com características particulares dessa faixa etária mais elevada, como menores expectativas e maior carisma.

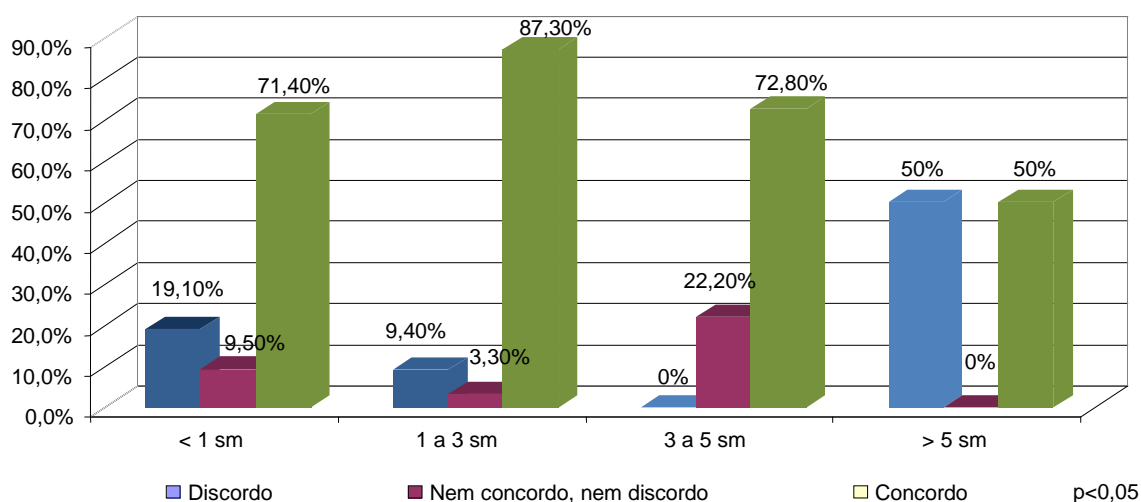


Figura 27 – Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a renda com a afirmação “Os servidores da USF possuem boa aparência”. Montes Claros, outubro/novembro de 2008

Fonte: Cenário do estudo, 2008.

De acordo com os dados da Figura 27, a parcela da população mais concordante com a afirmativa “Os servidores da USF possuem boa aparência”, situa-se na faixa de renda de 1 a 3 salários mínimos (87,3%). Entre os que ganham menos de um salário mínimo, a concordância, também, foi alta (71,4%). Observa-se que, entre a população com renda mensal > 5 salários mínimos, houve igualdade entre os concordantes e os discordantes, 50%.

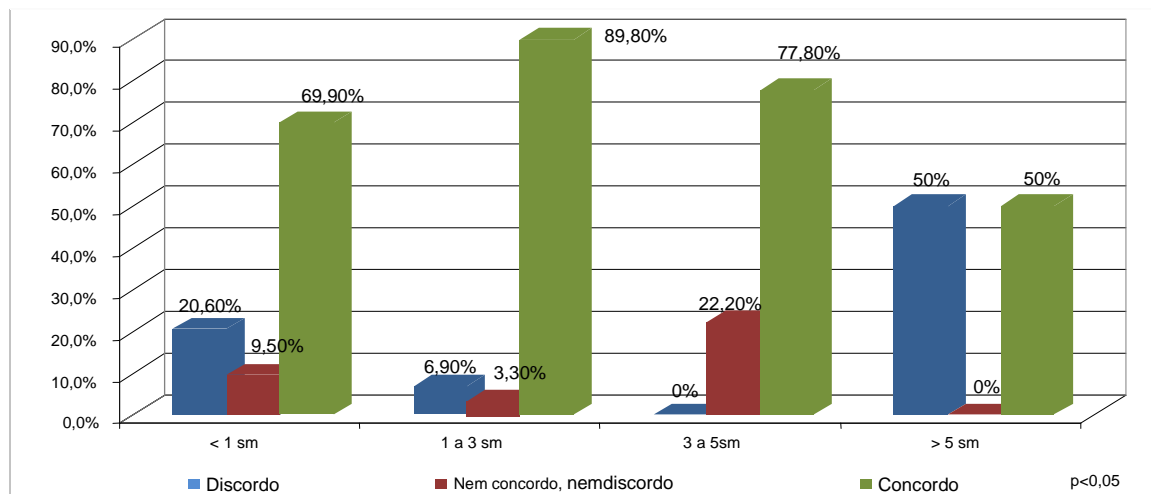


Figura 28 – Gráfico da percepção dos usuários entrevistados ao se relacionar a renda com a afirmação “O material associado com o serviço prestado pelos profissionais da USF possui boa aparência”. Montes Claros, outubro/novembro de 2008

Conforme os dados da Figura 28, a avaliação mais positiva quando se afirma que o material associado como serviço prestado na USF possui boa aparência, é da população que ganha entre 1 e 3 salários mínimos, 89,8%. A opinião, também, é bastante favorável entre as pessoas que estão na faixa de renda de < 1 salário e de 3 a 5 (69,9% e 77,8% respectivamente). Entre os que ganham mais de 5 salários mínimos observa-se igualdade entre os que concordam e os que discordam.

Analisando apenas as três primeiras faixas de renda (<1sm, 1 a 3 sm e 3 a 5 sm) nas Figuras 27 e 28, nota-se que a menor concordância é observada entre as pessoas que ganham menos de 1 salário mínimo. Corroborando esse resultado, Elias *et al.*⁽⁸³⁾, em estudo sobre a atenção básica e estratos de exclusão social no Município de São Paulo, observaram índices de aprovação da ESF inversamente proporcionais à situação de exclusão. Dessa forma, quanto maior a exclusão, menor é o

índice de aprovação encontrado. Segundo os mesmos autores, este achado vai de encontro às afirmações dos documentos oficiais e dos gestores sobre a pretensa aceitação uniforme da ESF pela população, especialmente, por aquela situada nos estratos de baixa renda.

Em contrapartida, segundo Cotta *et al.*⁽⁸⁴⁾, como é observado com mais frequência na literatura, há uma tendência à avaliação positiva por parte dos usuários de classes sociais menos favorecidas, ao serem inquiridos sobre os serviços que lhes são dispensados. Em estudo semelhante, os autores encontraram que, do total de usuários satisfeitos com a ESF, a maioria apresenta renda familiar mensal de até 2 salários mínimos.

Segundo o teste do Qui-quadrado (χ^2), há relação estatisticamente significativa entre essas variáveis, pois, $p < 0,05$.

Com relação à variável gênero, neste estudo, não foi observado neste estudo qualquer relação estatisticamente significativa, ou seja, com $p < 0,05$, com outras variáveis ou afirmativas apresentadas aos entrevistados. Mas, segundo Esperidião e Trad⁽⁶⁴⁾, embora alguns autores não evidenciem variação quanto ao gênero, outros apontam que “as mulheres estão mais aptas a criticar os serviços, constituindo-se em boas informantes para as pesquisas”.

CONCLUSÕES

Os objetivos deste estudo foram alcançados, visto que foi possível avaliar os serviços prestados pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família nas equipes da zona urbana, do município de Montes Claros na percepção dos usuários. Além de ser possível também ainda descrever o perfil dos entrevistados, bem como verificar as influências entre as variáveis pessoais e a opinião dos usuários em relação às dimensões da satisfação dos usuários pesquisados.

Entre a população entrevistada, encontrou-se que a maioria é formada por pessoas jovens, situando-se nas faixas de 18 a 30 e de 31 a 45 anos e do sexo feminino. Com relação à renda familiar, o maior estrato encontra-se na faixa de 1 a 3 salários mínimos, aparecendo também, grande parcela com renda inferior a 1 salário mínimo. Possui baixa escolaridade e reside no território há mais de 10 anos.

No tocante às dimensões da satisfação dos usuários avaliados, ficou evidente que, de forma geral, a percepção dos usuários é positiva. Notou-se que 53% dos entrevistados afirmaram ter acesso ao atendimento individual, mas apenas 39% dos usuários afirmaram que os profissionais da ESF entendem suas necessidades específicas. Assim, observa-se que embora o usuário afirme ter acesso ao atendimento, parte dos usuários, não se sente acolhida nas equipes de Saúde da Família.

Nas associações realizadas entre as variáveis pessoais: escolaridade, renda, faixa etária e tempo de moradia, com algumas variáveis das percepções dos usuários sobre os serviços, pôde se estabelecer uma relação estatisticamente significativa, comprovada por meio do teste χ^2 . A análise mostrou que as pessoas idosas possuem uma opinião mais favorável dos serviços da ESF e os entrevistados da faixa etária mais jovem têm uma visão mais negativa do serviço. A população

entrevistada de nível escolar superior tem uma visão positiva do serviço prestado pela ESF. A população de menor renda está mais insatisfeita, já a população de maior renda concorda mais com as afirmativas positivas do estudo. Os usuários entrevistados que residem há mais tempo nas áreas estudadas, têm uma percepção mais negativa do serviço.

Do ponto de vista da gestão de saúde, os resultados apontaram informações de inestimável valor aos gestores e às equipes de saúde, uma vez que permitiram conhecer as percepções dos usuários sobre os serviços oferecidos pelas equipes da ESF. Recomenda-se rever os processos de trabalho das equipes na busca do entendimento das reais necessidades dos usuários, em especial dos jovens e adultos-jovens.

Compreende-se que este estudo possibilitou descrever “pistas” importantes para os enfermeiros-gestores das equipes da ESF buscarem mudanças nos processos de trabalho, a fim de garantir cada vez mais a satisfação dos cidadãos/usuários dos serviços de saúde. Há de se entender, também, que a busca da qualidade é um processo de descobertas e transformações. Por ser processo e, portanto, contínuo, requer tempo e intencionalidade, em um contexto social mais amplo que, por sua vez, tem urgência em ser transformado.

Espera-se que os resultados deste estudo possam servir, como instrumento não apenas à gestão do SUS no município a fim de corrigir problemas, como também para outros atores que interagem com o sistema nacional de saúde, na busca da construção de serviços mais adequados às necessidades de seus usuários.

REFERÊNCIAS

1. Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paul Enf.* 1995;8(4):47-55.
2. Vaughan R. Evaluation and public health. *Am J Publ Health* [serial on the Internet]. 2004 March [cited 2008 Jun 12];94(3):360. Available from: <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/3/360>.
3. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet].2004 [citado 2008 Nov 11];20(2 sup):331-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en.
4. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care.* 1996;8(4):401-7.
5. Shaw M, Tunstall H, Smith GD. Seeing social position: visualizing class in life and death. *Int J Epidemiol*, 2003;32(3):332-5.
6. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Masinko J, Martins M *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Rev Ciênc Saúde Col*, 2004;9(3):711-24.
7. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Públ* 2003 Fev;19(1):27-34.
8. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Rev Ciênc Saúde Col.* 2005 Set;10(3):599-613.
9. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1999.
10. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LC, organizador. *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.

11. Traverso-Yepez M, Morais N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2004 Fev [citado 2007 Jun 12];20(1):80-88. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/22.pdf.
12. Pinheiro R. Integralidade e práticas de saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. *Boletim ABEM* 2003;31:8-11.
13. Minas Gerais (estado). Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Implantação do plano diretor da Atenção Primária à Saúde: redes de atenção à saúde. Belo Horizonte (MG): ESPMG; 2008.
14. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2005 Dez [citada 2007 Jun 12];13(6):1027-34. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf. [Pré-publicação].
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica. [Produto do trabalho da comissão instituída pela portaria nº 676 gm/ms de 03 de junho de 2003]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2003 jun 4.
16. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro*, 2004 jan./abr;20(2):438-46.
17. Deming EW. *Qualidade: a revolução na produtividade*. Rio de Janeiro (RJ): Marques Saraiva; 1990.
18. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing*. 1985;49:41-50.
19. Alves CT. *Satisfação do consumidor*. Lisboa (Portugal): Escolar; 2003. 259p.
20. Angelim GP. Sistema nacional de avaliação da satisfação do usuário do serviço público [texto na Internet]. In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 2002 Oct 8-11. [citado em 15 Nov 2007]. Disponível em:

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043719.pdf>. Acesso em: 15 Nov. 2007.

21. Araújo IC. Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2003.
22. Rêgo MMS, Porto IS. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para a enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2005 Dec; 18(4): 434-438.
23. Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34:547-59.
24. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Harbor: Health Administration Press; 1980.
25. Badner V, Bazdekis T, Richards C. Patient satisfaction with dental care in a municipal hospital. *Spec Care Dentist.* 1992 Feb;12(1):9-14.
26. Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saúde Pública.* 1993 Set;9(3):283-299.
27. Russo FLP. Gestão em odontologia. São Paulo (SP): Lovise; 2003. 155 p.
28. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann.* 1983;6(3):185-210.
29. Sala AA avaliação de programas de saúde. *Saúde em Debate.* São Paulo (SP): Hucitec; 1993;2. Cap.3:117-138.
30. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 1994;38(4):509-51.
31. Souza MF. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Saúde em Debate* 2000 Dez;21:7-14.
32. Carvalho G, Burralli KO, Rosenburg CP. Avaliação de Ações e Serviços de Saúde. *O Mundo da Saúde* 2000;24(24):72-88.
33. Pinheiro HHC, Silva LGA. Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde bucal do município de Belém, Pará. 2002. 38f. Monografia [Graduação em Odontologia] - Universidade Federal do Pará, Belém (PA); 2002.

34. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo (SP): Santos; 2000;4. 541 p.
35. Leão ATT, Dias K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva, 2001 Jun;2(1):40-46.
36. Tronchin DMRT, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. cap.7. p.75.
37. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing. 1988;64(1):12-40.
38. Cook C, Heath F, Thompson RL. A meta-analisis of response rates in Web-or Internet-based surveys. Educational and Psychological Measurement. 2000 Dec;60(6):821-36.
39. Sampaio MIC, Rebello MAFR, Bezerra MA, Villela COM, Sant'Ana CM. PAQ - Programa de avaliação da qualidade de produtos e serviços de informação: uma experiência no SIBi/USP. Ci. Inf. [periódico na Internet]. 2004 Abr [citado 2008 Jun 14];33(1):142-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652004000100017&lng=en&nrm=iso.
40. Souza MF. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo (SP): Ícone; 2001. p. 29-39.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Pólos de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: concepção, compromissos e estratégias de operacionalização. In: Reunião técnica dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família. Brasília (DF); 2000. 84p.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
43. Viana ALD, DAL POZ MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva 1998;8(2):11-48.

44. Ramos C. Gestão Pela Qualidade Total Em Serviços – Casos Reais. Gerenciamento pelas diretrizes. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG; 1996.
45. Souza AM, Griebeler D, Godoy LP. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos: estudo de caso sobre expectativas e percepções de clientes. Prod [periódico na Internet]. 2007 Dez [citado 2008 Mar 14];17(3):435-453. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n3/a04v17n3.pdf>.
46. Veiga RT, Moura AI. Validação das medidas usadas no exame empírico de um modelo de qualidade de serviços. Faces R. Adm. Belo Horizonte. 2003;2(1):69-85.
47. Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia Científica: ciência e conhecimento científico, método, teoria, hipótese e variáveis. São Paulo: Atlas; 2000. 231p.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (on line). Censo populacional do Brasil: dados demográficos. [acessado em 2009 maio 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
49. Montes Claros (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Expansão do Saúde da Família. Montes Claros (MG): Secretaria Municipal de Saúde; 2003.
50. Montes Claros (MG). Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2006. Montes Claros: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.
51. Maletta CH. Epidemiologia e saúde pública. Belo Horizonte (MG): Independente; 1997; 2(1). 213p.
52. Gil AC. Administração de Recursos Humanos. São Paulo (SP): Atlas; 1994. 159p.
53. Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais - tomada de decisões - autonomia e direitos do paciente. Estudos de casos. São Paulo (SP): EPU; 1998. 119p.
54. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002;4. 175p.
55. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2006 Dez [citado 2008 Aug 12]; 11(4): 1011-1022. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32337.pdf>.

56. Queiroz MS. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cad Saúde Públ* 1993 Set;9(3):279-82.
57. Dias OV. O grau de satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família Bela Paisagem. 2006, 46f. Monografia [Especialização em Auditoria em Sistemas de Saúde] – Faculdade São Camilo, Montes Claros (MG); 2006.
58. Campos GWS. Há pedras no meio do caminho do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2007 Abr [citado 2009 Fev 4];12(2):298. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a01v12n2.pdf>.
59. Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. Brasília: OPAS; 2004.
60. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na Internet]. 2002 Abril [citado em 2008 Nov 30];10(2):137-144. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf.
61. Garcia PPNS, Contreras EFR. Estratégias adotadas por cirurgiões-dentistas para a manutenção do paciente no consultório odontológico. *Rev. Paul Odontol.* 2002 Fev;24(1):27-30.
62. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc saúde coletiva* 2002; 7(3):581-589.
63. Loureiro CA, Araújo VE, Lopes MIP, Ayres JR. Pesquisa de avaliação de um método sistemático de mudança em um serviço de saúde bucal, BEPREM, MG. *UFES Rev Odontol.* 2000 Jun;3(1):68-78.
64. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública.* 2006 Jun;22(6):1267-1276.
65. Massote AW, Lima AMD, Van Stralen CJ, Alvares J, Fleury-Teixeira P, Belisário SA, Van Stralen TBS. A contribuição de estudos de percepção da população usuária na avaliação da atenção básica. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2008:237-252.
66. Vicente FRV, Campregher G, Erdmann AL, Gonçalves LHT. Organização e Atendimento de uma Unidade Básica de Saúde: significado para usuários/famíliares e funcionários. *Cogitare Enfem*

- [periódico na Internet]. 2008 Set [citado em 2009 Maio 23];13(3):361-366. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/12967/8762>.
67. Santos SR, Lacerda MCN. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. Rev. Bras. Enferm. 1999 Mar;52(1):43-53.
68. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta paul. enferm [periódico na Internet]. 2007 Mar [citado 2008 Nov 16];20(1):12-17. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf.
69. Bettinelli LA. A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2002.
70. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
71. Pupulim JSL, Sawada NO. Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. In: Anais do 8. Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Anais online]; 2002 Maio 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002 [citado 2008 Nov 16]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a049.pdf>.
72. Souza EM. A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo etnográfico de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal. Brasília, 1997. Dissertação [Mestrado] – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 1997.
73. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília (DF): Opas; 2002.
74. Moller C. O lado humano da qualidade: maximizando qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento das pessoas. São Paulo: Pioneira; 2002.
75. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
76. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

77. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO. (organizador). Inventando a mudança na saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 1997;2:29-87.
78. Bittar OJNV. *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde*. Rev. Adm saúde 2001 Sep; 3(12): 21-8.
79. Padilha WWN. Da integração clínica a clínica integrada. Niterói, 65f. Tese [Doutorado] - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ); 1994.
80. Zemke R. A nova estratégia do Marketing: atendimento *ao cliente*. São Paulo (SP): Hasbra; 1991. 492p.
81. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p.89-111.
82. Stenzel ACB, Misoczky MCA, Oliveira AI. Satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde. In: Misoczky MC, Bordin R (organizadores). Gestão local em Saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa; 2004. p.87-102.
83. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior Á et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2009 Jun 3];11(3):633-641. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf>.
84. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. Sci med. 2005 Dez;15(4):227-234.

ANEXO A



Prefeitura de Montes Claros – MG
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de direito, que **Orlene Veloso Dias**, mestranda do curso de Mestrado Interinstitucional em Ciências da Saúde Convênio Unimontes/Unifesp, está autorizada a realizar coleta de dados nas Equipes de Saúde da Família de Montes Claros, para o seu projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário”.

Por ser verdade, firmo o presente.

Montes Claros – MG, 24 de Setembro de 2008.

ANEXO B

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/HOSPITAL SÃO PAULO	Nº de Parecer (CEP): Parecer nº: 44/2019
São Paulo, 10 de Junho de 2019 CEP 00250-010		
Título: Etic. Pesquisadora: Oriene Veloso Dias Co-investigadores: Disciplina/Departamento: Administração Aplicada à Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo Patrocinador: Ausente		
CARTA DE APROVAÇÃO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL		
Ref: Projeto de pesquisa intitulado: 'AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: SATISFAÇÃO DO USUÁRIO'		
ÁREA TEMÁTICA ESPECIAL: Não há envio de documentação para análise		
CARACTERÍSTICA DO ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO OBSERVACIONAL		
RISCO PACIENTE: Risco mínimo, desconforto mínimo		
OBJETIVOS: Descrever o grau de satisfação dos usuários das Equipes de Saúde da Família da zona urbana do Município de Montes Claros-MG frente aos serviços oferecidos quanto a tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, segurança e empatia.		
RESUMO: O estudo será realizado em Equipes de Saúde da Família do Município de Montes Claros - MG. A população alvo são os usuários das Equipes de Saúde da Família da zona urbana, com mais de cinco anos de funcionamento. A pesquisadora utilizará como instrumento um formulário com questões fechadas para a construção do perfil e obtenção dos dados relativos a satisfação dos usuários das equipes de saúde. A pesquisadora realizará as entrevistas na própria residência dos entrevistados para garantir a privacidade e o anonimato dos entrevistados. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros.		
FUNDAMENTAÇÃO RACIONAL: A pesquisa mostra-se relevante na medida em que busca descrever a satisfação dos usuários das Equipes de Saúde da Família, esperando-se que este trabalho possa proporcionar aos gestores e profissionais da Saúde da Família e comunidade sobre as práticas executadas na ESF.		
MATERIAL E METODO: material e métodos adequadamente descritos		
TCLE: Adequado, de acordo com a res. 196/96		
DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo		
CRONOGRAMA: 24 meses		
OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado		
PRIMEIRO RELATÓRIO PREVISTO PARA: 24/05/2020, os demais relatórios deverão ser entregues ao CEP anualmente até o término do estudo		
O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e tempo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê. 2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo. 3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 		
Atenciosamente,		
Rua Botucatu, 572 - 1º andar - conj. 14 - CEP 04025-062 - São Paulo/Brasil Fone: (011) 3071-1002 - 10226 - 7162		

APÊNDICES

APENDICE A FORMULÁRIO

1 – PERFIL DO USUÁRIO

Idade: Tempo de moradia no território da ESF:		
Sexo: () Masculino () Feminino		
Escolaridade:	() Analfabeto () Médio (2º grau)	() Básico [1ª a 4ª série] () Superior () Fundamental [5ª a 8ª série] () Pós-graduação
Renda	() Menos de 1 salário mínimo () 3 a 5 salários mínimos	() 1 a 3 salário mínimo () Acima de 5 salários mínimos

2 - PERCEPÇÃO

1. A ESF tem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
2. O ambiente físico da ESF é agradável.	1	2	3	4	5
3. Os servidores da ESF têm boa aparência.	1	2	3	4	5
4. O material associado com o serviço prestado na ESF, tais como impressos ou panfletos, têm boa aparência visual.	1	2	3	4	5
5. Quando a ESF promete fazer algo em certo tempo, ela cumpre.	1	2	3	4	5
6. Quando um usuário tem um problema, a ESF demonstra um sincero interesse em resolvê-lo.	1	2	3	4	5
7. A ESF presta o serviço certo da primeira vez.	1	2	3	4	5
8. A ESF executa seus serviços no tempo que se comprometeu.	1	2	3	4	5
9. A ESF persiste em execuções de tarefas sem erros.	1	2	3	4	5
10. Os servidores da ESF prometem a seus usuários os serviços nos prazos em que eles serão executados.	1	2	3	4	5
11. Os servidores da ESF oferecem atendimento com presteza.	1	2	3	4	5
12. Os servidores da ESF têm sempre boa vontade em ajudá-lo.	1	2	3	4	5
13. Os servidores da ESF nunca estão ocupados para esclarecer suas dúvidas.	1	2	3	4	5
14. O comportamento dos servidores da ESF inspira confiança.	1	2	3	4	5
15. Você sente-se seguro com os serviços oferecidos pela ESF.	1	2	3	4	5
16. Os servidores da ESF são corteses com você.	1	2	3	4	5
17. Os servidores da ESF possuem os conhecimentos necessários para responder às suas questões.	1	2	3	4	5
18. A ESF oferece a você atenção individual.	1	2	3	4	5
19. A ESF tem horários de funcionamento convenientes para todos seus usuários.	1	2	3	4	5
20. A ESF tem servidores que oferecem um atendimento individualizado.	1	2	3	4	5
21. A ESF está centrada no melhor serviço a seus usuários.	1	2	3	4	5
22. A ESF entende suas necessidades específicas.	1	2	3	4	5

APENDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O projeto de Pesquisa “Avaliação da Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário” tem como objetivo “descrever o grau de satisfação dos usuários das Equipes de Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros-MG, frente aos serviços oferecidos quanto a tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, segurança e empatia”. Utiliza-se o Método SERVQUAL. Estudo quantitativo, descritivo, transversal. A população alvo serão os usuários das ESF da zona urbana do Município Montes Claros-MG. A pesquisa tem como instrumento a entrevista estruturada com questões fechadas para construção do perfil e obtenção dos dados relativos a satisfação dos usuários das equipes de Saúde da Família. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

Este estudo não oferece riscos. Espera-se que este estudo possa proporcionar reflexões aos gestores, profissionais da Atenção Primária em Saúde e comunidade sobre as práticas executadas nas ESF de Montes Claros-MG e que possa subsidiar ações de adequação dos serviços prestados à população beneficiada. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O principal investigador é a Prof^a Orlene Veloso Dias que pode ser encontrado no endereço: *Av. Dr Ruy Braga, s/n – Campus Universitário Prof Darcy Ribeiro - UNIMONTES, Montes Claros-MG*, Telefone (38) 3229-8000. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante da pesquisa. Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pela pesquisadora.

Esta pesquisadora se compromete em utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação da Estratégia Saúde da Família: satisfação do usuário”. Eu discuti com a Prof^a Orlene Veloso Dias sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, e a ausência de desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do participante

Data //

Assinatura da testemunha

Data //

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data //

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Achrol R, Scheer K, Stern LW. Designing successful transorganizational marketing alliances. Marketing Science Institute Working Paper 1990;90118.
2. Andrade MM. Introdução ao estudo da metodologia. 4^a ed. São Paulo: Atlas; 1999.
3. Andrade OG. Suporte ao sistema familiar do idoso com acidente vascular cerebral a partir de uma perspectiva holística em saúde. 2001, 155f. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem da USP – Ribeirão Preto; 2001.
4. Angerami ELS, Camelo SHH. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Rev. Latino Americana Enfermagem 2004 Fev;12(1):14-21.
5. Araújo MFS, Barreto MF, Nogueira CGM, Bulama N, Cajueiro C, Romina A. *et al.* O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa – PB. CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais [on line]. 2005 Set [citado 2008 Out 7];9:1-15. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/fatimaaraujo.pdf>.
6. Assis SPO. Metodologia da pesquisa científica [on line]. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso [Pós-graduação em Logística Estratégica] – Faculdade de Desenvolvimento de Pernambuco. Recife, 2007 [citado 2008 Dez 3]. Disponível em: [http://www.fadepe.com.br/restrito/conteudo_pos/4_logis METODOLOGIA_aula3.ppt#258,3,Projetos empresariais](http://www.fadepe.com.br/restrito/conteudo_pos/4_logis_METODOLOGIA_aula3.ppt#258,3,Projetos empresariais).
7. Aulakh PS, Kotabe M, Sahay A. Trust and Performance in Cross-border Marketing Partnerships: a behavioral approach. Journal of International Business Studies 1996;27(5):1005-1032.
8. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu; 1988.
9. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad Saúde Pública 1998;14: 355-65.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Dentro de Casa: Programa de Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 [on line]. Brasília: Ministério da Saúde; 1990 [citado 2008 Nov 11]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 34-42.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids. Brasília: 1997. [Série B – Textos Básicos de Saúde].
15. Cecílio LC (organizador). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.
16. Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Ministério da Saúde (BR), Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família. Brasília (DF): MS; 2001. p.34-42. .
17. Cunha RC, Melo MCOL. A Confiança nos Relacionamentos Interorganizacionais: o Campo da Biotecnologia em Análise. RAE-eletrônica [online]. 2006 Dez [citado 2008 Nov 16];5(2). Disponível em: www.scielo.br/pdf/raeel/v5n2/v5n2a09.pdf.
18. Dobbro ERL, Sousa JM, Fonseca SM. A percepção da realidade associada a uma situação hospitalar e sua influência na comunicação interpessoal. Rev. Esc. Enfermagem USP 1998 Out;32(3):255-261.
19. Dodgson M. Learning, trust and technological collaboration. Human relations 1993;46(1):77-95.
20. Doz YL, Hamel G. A vantagem das alianças: a arte de criar valor através de parcerias. São Paulo: Qualitymark; 2000.
21. Ferla AA. Paciente, impacientes e mestiços: cartografia das imagens do outro na produção do cuidado. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 171-186.
22. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. Cad. Saúde Pública [online] 1998 [citado 2008 Set 1];14(1):61-70. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0126.pdf.

23. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1999 Jun;15(2):345-353.
24. Goulart F. A. Modelo assistencial em saúde: uma questão política. In: *O Município e o Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal IBAM/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 1990. p. 20-22
25. Grandori A, Soda G. Inter-firm networks: antecedents, mechanisms and forms. *Organizational Studies* 1995;16(2):183-214.
26. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. *Rev. baiana saúde pública* 2007 Dez;31(2):256-266.
27. Lane C. Introduction: theories and issues in the study of trust. In: Lane C, Bachmann R (editores.) *Trust within and between organizations: conceptual issues and empirical applications*. Oxford: OxfordUniversity Press; 1998. p.1-30
28. Lewis D, Weigert A. Trust as a social reality. *Social Forces* 1985;63(4):967-85.
29. Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Revista Bras Enferm* 1999 Mar;52(1):67-78.
30. Marcon SS, Simionato MAWO, Antunes R. Acolhimento, escuta e responsabilidade como princípios norteadores da prática do PSF. In: *VII Semana de Artes...* 2004, Maringá PR [citado 2008 Nov 11]. Disponível em:
http://www.pec.uem.br/dcu/VII_SAU/Trabalhos/6laudadas/OLIVEIRA,%20Raquel%20Gusm%E3o.pdf.
31. Marconi MA, Lakatos EM. *Técnicas de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
32. Martins GA. *Manual para elaboração de monografias e dissertações*. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
33. Massé R. *Culture et Santé Publique*. Montréal: Gaëtan Morin; 1995.
34. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: *An. 8*.

- Simp. Bras. Comun. Enferm. [anais online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brazil. 2002 [citado 2008 Aug 12]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100050&lng=en&nrm=van.
35. Mendes IAC, Trevizan MA, Nogueira MS. Definições teórica e operacional do conceito de comunicação. Rev. Gaúcha Enfermagem 1987 Jul;8(2):204-219.
36. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
37. Newell S, Swan J. Trust and inter-organizational networking. Human Relations 2000;53(10):1287-1328.
38. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. Rev. Adm. Pública [online] 2008 [citado 2008 Nov 11];42(2): Disponível em: www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/08.pdf.
39. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos-SP. Interface – Comunic. Saúde Educação [on line]. 2008 [citado 2008 Nov 11];12(27):749-762 Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo88pdf>.
40. Organização Pan-Americana da Saúde. Desempenho em equipes de saúde: manual. Rio de Janeiro: OPAS; 2001.
41. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2001 Jun;35(3):303-311.
42. Pereira MG. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
43. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva [on ine]. 2008 Fev;13(1):71-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/11.pdf>.
44. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva [online] 2008 Fev [citado 2008 Nov 14];13(1):23-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>.

45. Santos KMAB, Silva MJP, Mocelin VL. Como os pais com filhos internados em uma UTI pediátrica percebem a comunicação da equipe de saúde. In: 9º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2004, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2004; p.84. [CD ROM].
46. Sato CT. Gestão Baseada em Relações de Confiança. RAE – Eletrônica [online]. 2003 Jan [citado 2008 Nov 10];2(1). Disponível em: <http://www.rae.com.br/artigos/1875.pdf>.
47. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface Comunic, Saúde, Educ, 2005;9(6):25-38.
48. Silva, MJP. Comunicação tem remédio. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
49. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2005 [citado 2008 Nov 11]; 5(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>.
50. Starfield B. *Construindo a relação de ajuda*. 11ª ed. Belo Horizonte: Crescer; 1999.
51. Stefanelli MC, Waidman MA, Pagliarini KM. Utilização da comunicação na prática da equipe multiprofissional de uma instituição psiquiátrica. Cogitare Enfermagem 1997 Jun;2(1):82-85.
52. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad S Pública 1998;14(2):429-35.
53. Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, 2007; 12(3):777-88.
54. Viegas AM, Araújo MT, Alves M. Demanda de Usuários em Unidade Básica de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família – Contagem – MG. Interseção [on line] 2007 Out [citado 2008 Nov 11];1(1):33-50. Disponível em: <http://www.saocamilo-mg.br/publicacoes/artigos/artigo04.pdf>.
55. Zoboli ELCP. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. Acta. Paul. Enferm. [online] 2007 Set [citado 2008 Nov 28];20(3). Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a12v20n3.pdf.

