

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

USER SATISFACTION OF THE HEALTH CARE NETWORKS AFTER IMPLANTATION OF THE MORE DOCTORS PROGRAM

Janaína Alves Guilherme¹
Sônia Cristina Dias Soares Vermelho²
Ely Mitie Massuda³
Mirian Ueda Yamaguchi⁴

Recebido em: 18 jul. 2017
Aceito em: 16 jun. 2018

RESUMO: Este artigo apresenta resultado de pesquisa empírica quanti-qualitativa que consistiu em avaliar a satisfação dos usuários das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único da Saúde (SUS) e do Programa Mais Médicos (PMM) numa microrregião do Noroeste do Paraná. Utilizou-se questionário fechado para os usuários e entrevista semiestruturada para gestores de 24 municípios, dos 30 que compõem a microrregião. Os dados quantitativos foram tratados com software Sphinx Léxica e Statgraph e os qualitativos com o software Atlas.ti. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial. Os usuários das RAS avaliaram positivamente a qualidade do atendimento dos médicos mas negativamente no que se refere ao tempo de espera e liberdade de escolha dos profissionais. Quanto a infraestrutura, a avaliação foi menos favorável. Para o PMM, a avaliação dos médicos foi positiva por parte dos gestores, contudo, a distribuição destes nos municípios não foi igualitário, permanecendo uma concentração naqueles de maior porte, reproduzindo o comportamento geral observado em relação à distribuição entre capital e interior do Estado. **Palavras-chave:** Comportamento do Consumidor. Satisfação do Paciente. Descentralização. Assistência Integral à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT: This article presents the results of empirical quantitative and qualitative research which evaluate the satisfaction of users of the Health Care Networks (HCN) of the Unified Health System and the Program More Doctors (PMD) in micro-region Parana Northwest of Parana. It used closed questionnaire for users and semistructured interviews for managers of 24 municipalities of the 30 cities that compose the micro-region. Quantitative data were analyzed with software Sphinx Lexica and StatGraph and qualitative with Atlas.ti software. We used descriptive and inferential statistics. Users of HCN positively assessed the quality of care of physicians but negatively in relation to the waiting time and choice of professionals. About

¹ Enfermeira, mestre no Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá – Paraná.

² Doutora em Educação, professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no NUTES/Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde, Rio de Janeiro.

³ Doutora em História Econômica, professora do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá – UniCesumar e pesquisadora no Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação - ICETI, Maringá – Paraná.

⁴ Doutora em Ciências Farmacêuticas, professora do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, e pesquisadora no Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação - ICETI, Maringá – Paraná.

infrastructure, the assessment was less favorable. For the PMD, the assessment of physicians was positive by managers, however, the distribution of the municipalities was not equal; there is a larger concentration in those, reproducing the general behavior observed in relation to the distribution between capital and the state.

Keywords: Consumer Behavior. Patient Satisfaction. Decentralization. Comprehensive Health Care. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma proposta de organização do sistema de saúde com arranjo poliárquico de conjuntos de serviços de saúde, com missão e objetivo unificados. Caracterizam-se pela ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar atenção contínua e integral à determinada população (MENDES, 2010).

Dentre os aspectos considerados importantes para a melhoria do atendimento de saúde à população destaca-se o fato das RAS relacionarem-se horizontalmente. Estas estabelecem atenção nos níveis primário, secundário e terciário numa estrutura piramidal, possibilitando atenção integral por meio de intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. Segundo esta proposta organizacional, esta estrutura funciona sob coordenação e centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS) prestada à população (MENDES, 2010).

Estudos indicam que a APS tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde, produz redução de gastos e melhora o acesso aos serviços de saúde. Além disso, possibilita melhoria na qualidade da atenção à saúde e nas ações preventivas, pois facilita a detecção precoce de problemas, reduzindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada (starfield; SHI; MACHINKO, 2005).

No Brasil, em 1994, para alcançar maior abrangência da APS foi necessário a reorientação do SUS com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF apresentou a proposta de mudança do modelo centrado no cuidado, para o modelo de promoção à saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012).

Outros estudos demonstram que após a implantação do PSF houve melhora no acesso do paciente ao serviço ocasionando efeitos positivos na situação de saúde e consequentemente evidenciou-se impacto positivo sobre a saúde da população (CONILL, 2002; MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003). Entre 1990 e 2003, houve aumento de 10% na cobertura do PSF no território brasileiro, associado à redução de 4,5% da taxa de mortalidade, principalmente devido à prevenção de mortes por diarreia (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006). Esses dados são significativos se postas em análise as dimensões geográficas do país, a configuração das cidades do interior e a diversidade de contextos em termos de gestão e de recursos disponíveis nas instâncias municipal e estadual.

Em função dessa complexidade, no Brasil tem-se desenvolvido uma série de ações

visando à reestruturação do SUS, de forma a priorizar a APS, já que a mesma é estabelecida como porta de entrada no SUS (OLIVEIRA et al.). Contudo, os níveis de cobertura da APS/ESF atingem atualmente 53% da população brasileira, sendo ainda insuficiente para assegurar o direito universal à saúde conforme prevê a Constituição Federal (BRASIL, 2015).

Para maior efetivação dos níveis de cobertura de APS no Brasil, o governo implantou no ano de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, o Programa Mais Médicos. Esse programa, sob a coordenação do Ministério da Saúde, tem o intuito de ampliar a inserção do médico nas unidades de atendimento do SUS, de forma a proporcionar às pessoas que vivem em comunidades remotas e vulneráveis o maior acesso aos serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Neste cenário, o PMM foi estruturado em três eixos de ação. O primeiro é o investimento da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado Programa Mais Médico no Brasil, é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2015). Em 2015, por meio do PMM foram recrutados e alocados 18.240 médicos em 4.058 municípios com cobertura de 73% dos municípios brasileiros. Conforme critérios de alocação, para a microrregião pesquisada no Noroeste do Paraná foram contratados 51 médicos, distribuídos em 19 dos 30 municípios que compõem a região da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense (AMUSEP) (BRASIL, 2015).

Independente do PMM, o Estado do Paraná apresenta uma distribuição de médicos em relação à população de 1/698, sendo 1/283 na capital e 1/990 no interior, na região Sul a relação é de 1/455 médicos. A proporção de médicos ativos é de 41,3% na capital e 58,7% no interior, sendo que a população no Estado está distribuída em 16,8% na capital e 83,2% no interior. Segundo dados do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/MS) existe, na região Sul, um problema de distribuição de médicos dentro do Estado, com alta concentração na capital; portanto não se evidencia falta desses profissionais no Estado, mas uma distribuição não proporcional em relação à distribuição da população (BRASIL, 2015).

Sob a lógica do aumento da qualidade dos serviços, da otimização dos recursos e, portanto, da melhoria do SUS, sistemas de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde foram implantados com a finalidade de avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários. Ainda que haja controvérsias, estudos de satisfação dos usuários podem contribuir para a institucionalização de avaliação e reorganização dos serviços, mas devem ser vistos também como ferramenta para a participação popular, pois a atuação do usuário final e a participação da comunidade sempre estiveram na essência do SUS (OLIVEIRA et al., 2015). Com isso, considera-se que a avaliação dos serviços de saúde tem como propósito a melhoria da estruturação, assumindo desta forma o compromisso de adequação das necessidades da população, resolutividade e garantia da assistência integral ao usuário.

Neste contexto, o objetivo do presente artigo foi avaliar a satisfação dos usuários sobre os serviços recebidos nas RAS e a percepção dos gestores em relação a atuação dos médicos após implantação do Programa Mais Médicos na região da AMUSEP-PR.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, descritivo e de abordagem quali-quantitativa, realizada com usuários e gestores da região Noroeste do Paraná. Utilizou-se um questionário estruturado com a finalidade de avaliar a satisfação dos usuários das RAS e um instrumento qualitativo constituído de uma entrevista aos gestores dos municípios da região da AMUSEP.

A amostra foi composta por usuários da 15ª Regional de Saúde de Maringá dos 30 municípios que compõem a AMUSEP. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2014.

Os dados foram coletados durante o atendimento aos usuários nos serviços de saúde e foi realizado pelos próprios funcionários das unidades, de acordo com as orientações da equipe de pesquisadores. Os instrumentos foram entregues aos usuários que o preencheram sem sua identificação. Para composição da amostra da população, os municípios foram divididos em quatro grupos a partir de sua base populacional: os municípios auto-representativos e os do Grupo 1, 2 e 3 (Tabela 1). A seleção dos municípios deu-se com base no perfil populacional e na distribuição geográfica na microrregião evitando concentração e a seleção dos usuários seguiu critérios de idade e sexo.

Para interpretação dos dados quantitativos foi utilizado o Pacote Estatístico *Sphinx Léxica*, 5.1.0.8 para a análise dos perfis, e o *software Statgraphics* para análise de significância e de *clusters*. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para análise de dependência entre as variáveis ($p \geq 0,01$).

Foram realizadas entrevistas com secretários municipais de saúde de 24 municípios da microrregião, as quais seguiram um roteiro semi-estruturado com questões relacionadas ao processo de implantação das RAS e PMM. As entrevistas foram transcritas e realizada Análise de Conteúdo Temáticas utilizando-se o *software Atlas.ti*, versão 5.0.

Neste trabalho foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 66.312. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados, os dados foram primeiramente organizados pelo perfil da população respondente, seguido do tipo de serviço utilizado e, na sequência, a avaliação sobre esses serviços. Ao final, apresenta-se o resultado qualitativo acerca da percepção dos gestores em relação ao PMM.

Dos 281 usuários entrevistados nos serviços de saúde da região da AMUSEP, destaca-se que 60,9% eram do sexo feminino e 23,4% idosos. A maioria, 56,9%, eram casados ou viviam em união estável e 52,2% informaram escolaridade equivalente ao ensino médio ou mais. Com base na análise da renda, detectou-se que 73,0% dos entrevistados recebiam de um a dois salários mínimos e 14,6% estavam aposentados, 13,9% donas de casa e 11,4% trabalhavam em serviços gerais (dados não mostrados).

Os usuários das RAS informaram que nos últimos 12 meses os principais serviços médicos utilizados foram consultas (27,7%), dispensação de medicamentos (20,8%), exames complementares (20,4%) e vacinas (19,3%). Os exames médicos periódicos (33,9%) foram relatados como principal motivo de busca por serviços de saúde e as UBS (47,7%) foram os locais mais procurados para atendimento médico. As UBS foram indicadas por 44,5% dos usuários como locais que prestaram bom atendimento, com destaque também para a ESF que foi citada em segundo lugar (19,3%) por também apresentarem bom atendimento aos usuários. 91,8% dos usuários relataram buscar o mesmo local para atendimentos de saúde (Tabela 1).

A importância das ações de prevenção e promoção da saúde implementadas na última década pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), chama a atenção para o dado encontrado na presente pesquisa, em que, dentre os tipos de atendimentos que os usuários buscaram nos últimos 12 meses, a vacinação representou 19,3% dos atendimentos. Considerando que as consultas, dispensação de medicamentos e exames complementares figuraram em percentagens entre 27,7% e 20,4% (Tabela 1), a vacinação representou, em comparação com os demais atendimentos, uma parcela representativa de ação relacionada à prevenção de doenças.

Tabela 1. Proporção de utilização dos serviços das Redes de Atenção à Saúde nos últimos 12 meses e avaliação dos usuários da 15ª Regional de Saúde, Paraná, 2014.

Variáveis	N	%
Tipo de atendimento utilizado nos últimos 12 meses		
Consultas	214	27,7
Dispensação medicamentos	161	20,8
Exames	158	20,4
Vacinação	149	19,3
Atendimento de urgência	57	7,4
Internação	34	4,4
Motivo da procura por atendimento		
Exames médicos periódicos	144	33,9
Vacinação	91	21,4
Febre, diarreia e outras complicações	66	15,5
Tratamento ou reabilitação física	55	12,9
Acidente ou lesão	22	5,2
Pré-natal	18	4,2
Atendimento Psicológico	12	2,8
Problemas cardíacos	8	1,9
Parto	5	1,2
Tratamento de câncer	4	1,0
Local onde procurou atendimento		
UBS	248	47,7
Hospital	86	16,5
Pronto Atendimento ou UPAS	58	11,2
Visita domiciliar da ESF	43	8,3
Farmácia	39	7,5
Consultório Particular	38	7,3
Consulta Domiciliar	7	1,3
CAPS	1	0,2
Considerou ter um bom atendimento		
UBS	228	44,5
Visita domiciliar da ESF	99	19,3
Hospital	55	10,8
Pronto Atendimento ou UPAS	54	10,6
Farmácia Popular	43	8,4
Consulta domiciliar	16	3,1
CAPS	13	2,5
Particular	04	0,8
Costuma procurar mesmo local de atendimento		
Sim	258	91,8
Não	23	8,2

Vale ressaltar que as imunizações destacam-se como ação preventiva de reconhecida eficácia e vantajosa relação custo benefício. Dentre os vários aspectos, a vacinação é instrumento valioso na promoção da saúde, especialmente para as populações pediátricas e geriátricas (ANS, 2011).

Considerando que as UBS foram criadas com a premissa de atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que houvesse necessidade de encaminhamento aos hospitais e serviços especializados, a presente pesquisa identificou que menos da

metade (47,7%) dos usuários da 15^a. Regional da Saúde procuram atendimento diretamente nas UBS (Tabela 1). Este resultado encontra-se abaixo do esperado e chama a atenção devido ao fato das UBS terem o objetivo de descentralizar o atendimento, dar proximidade aos serviços de saúde e reduzir a demanda de pacientes nos hospitais (ELIAS et al., 2006).

Os hospitais foram o segundo serviço de saúde onde os usuários mais procuram atendimento. Dos 30 municípios, somente dois municípios (Maringá e Sarandi) possuem atendimento prestado pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). Essas unidades são estruturas de complexidade intermediária, que atendem 24 horas e situam-se entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto essas unidades compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. A implantação de uma UPA demanda critérios de implantação para municípios: população igual ou superior a 50.000 habitantes; deve contar com a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); possuir cobertura de 50% da população para a atenção primária; e o município deve aderir ao Pacto pela Saúde sob gestão do Conselho Nacional da Saúde (CNS) (BRASIL, 2013). Como nos demais municípios da região Noroeste do Paraná, além de Maringá e Sarandi, o número de habitantes é inferior a 50.000, os usuários não contam com este serviço de triagem, o que justifica a procura de atendimento de urgência diretamente nos hospitais das respectivas cidades.

Em relação a avaliação do atendimento dos serviços de saúde, a pesquisa identificou maior percentual de satisfação no atendimento prestado na atenção primária da saúde, nos sistemas que integram os serviços das UBS e ESF. Para as UBS os usuários inferiram 44,5% de satisfação pelos serviços (Tabela 1). Esta percentagem encontra-se muito próxima da obtida em pesquisa elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2010, com 2.773 pessoas visitadas em seus domicílios, distribuídos em cotas para as regiões do Brasil, que avaliou a percepção da população sobre serviços prestados nas UBS com 46,2% de conceitos bom e muito bom na região Sul do Brasil (IPEA, 2014). Por outro lado, mostra também que nesse tempo não houve aumento de avaliação positiva em relação as RAS. Talvez isso tenha relação com as mudanças que o modelo de atenção vem sofrendo nos últimos anos, o que faz com que a população não consiga dimensionar se houve melhora ou não.

A relação de vinculação dos usuários entrevistados demonstrou grande procura pelo mesmo serviço, com 91,8% de procura pelo mesmo local de atendimento (Tabela 1). Este resultado sugere a resolutividade dos problemas de saúde do paciente. A vinculação do paciente ao serviço de saúde é reforçada quando se observa que a grande maioria dos usuários utilizou a unidade regularmente. Além disso, corrobora com o alto percentual de usuários que afirmou ter seu problema de saúde resolvido no atendimento (COTTA et al., 2005; SANTIAGO et al., 2013).

A avaliação da assistência prestada pelos profissionais da saúde das RAS foi contemplada com conceitos Muito Bom e Bom por mais de 50% dos usuários entrevistados. Os critérios melhor avaliados, com diferença significativa positiva, foram o Respeito à

intimidade dos pacientes (27,0% Muito bom e 59,9% Bom), seguido da Clareza nas explicações dadas pelos médicos (23,5% Muito bom e 47,9% Bom) e o Sigilo das informações dos pacientes (23,1% Muito bom e 56,7% Bom). Os critérios com avaliação significativa negativa foram o Tempo de Espera (22,1% Ruim/Péssimo) e a Liberdade de escolha dos profissionais para o atendimento (24,7% Ruim/Péssimo) (Tabela 2).

Dentre os quesitos avaliados, a possibilidade de escolha do profissional pelo usuário foi o item de maior insatisfação dentre os entrevistados. Neste contexto, outra pesquisa identificou que uma das principais razões para se contratar um plano de saúde privado é possuir maior liberdade para escolher o médico (IPEA, 2014). Um atendimento fidelizado, baseado na escuta do usuário, e uma boa performance do profissional propiciam o vínculo do usuário ao serviço de saúde. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, traduzindo em maior confiança por parte do paciente (MOIMAZ et al., 2010). Infelizmente ocorre perda de qualidade da assistência em função da rotatividade dos médicos contratados por tempo determinado ou simplesmente pelo desligamento do profissional.

Tabela 2. Avaliação da satisfação dos usuários relacionada à assistência prestada pelos profissionais e aos serviços de saúde prestados pelas Redes de Atenção à Saúde da região Noroeste do Paraná, 2014.

Variáveis	Muito Bom n (%)	Bom n (%)	Regular n (%)	Ruim n (%)	Péssimo n (%)	Não Informou n
Avaliação da assistência						
Habilidades do profissional de saúde	56(20,1)	134(48,2)	78(28,1)	8(2,9)	2(0,7)	3
Resolutibilidade do problema de saúde	27(10,0)	123(45,4)	99(36,5)	15(5,5)	7(2,6)	10
Modo do profissional recebê-lo	61(22,1)	139(50,4)	62(22,5)	7(2,5)	7(2,5)	5
Sua intimidade foi respeitada no exame físico	74(27,0)	164(59,9)	28(10,2)	6(2,2)	2(0,7)	7
Explicações sobre seu problema de saúde	66(23,5)	134(47,9)	62(22,1)	13(4,6)	5(1,8)	1
Tempo para fazer perguntas	46(16,6)	128(46,2)	79(28,5)	18(6,5)	6(2,2)	4
Informações sobre outros tipos de tratamento	35(12,7)	119(43,3)	93(33,8)	24(8,7)	4(1,5)	6
Sua participação sobre seu tratamento	34(12,3)	131(47,3)	82(29,6)	22(7,9)	8(2,9)	4
Privacidade para falar com profissional de saúde	60(21,6)	144(51,8)	52(18,7)	19(6,8)	3(1,1)	3
Suas informações foram mantidas em sigilo	64(23,1)	157(56,7)	45(16,2)	6(2,2)	5(1,8)	4
Possibilidade de escolha o profissional de saúde	30(11,1)	88(32,5)	86(31,7)	41(15,1)	26(9,6)	10
Avaliação do serviço saúde						
Disponibilidade de equipamentos	16(6,1)	116(43,9)	108(40,9)	17(6,4)	7(2,7)	17
Disponibilidade de medicamentos	22(8,1)	114(42,1)	105(38,8)	21(7,7)	9(3,3)	10
Tempo gasto com deslocamento até a unidade	49(18,8)	104(39,8)	83(31,8)	20(7,7)	5(1,9)	20
Tempo de espera para o atendido	17(6,3)	94(34,7)	100(36,9)	42(15,5)	18(6,6)	10
Limpeza das instalações	32(11,7)	152(55,5)	69(25,2)	11(4,0)	10(3,6)	7
Espaço disponível das salas de espera e atendimento	32(11,5)	111(39,9)	90(32,4)	30(10,8)	15(5,4)	3

Para a avaliação dos serviços de saúde, de modo geral, os usuários apresentaram maior insatisfação pela infraestrutura. Embora os quesitos relacionados ao tempo de deslocamento até a unidade de saúde, a limpeza das instalações e os espaços disponíveis nas unidades tenham sido reconhecidos como Muito Bom e Bom por mais da metade dos entrevistados, o quesito relacionado ao tempo de espera figurou com a maioria das avaliações em nível regular, seguido da disponibilidade de equipamentos e medicamentos

que também se destacaram pelo nível de insatisfação.

Para a avaliação dos serviços de saúde, de modo geral, os usuários apresentaram maior insatisfação pela infraestrutura. Embora os quesitos relacionados ao tempo de deslocamento até a unidade de saúde, a limpeza das instalações e os espaços disponíveis nas unidades tenham sido reconhecidos como Muito Bom e Bom por mais da metade dos entrevistados, o quesito relacionado ao tempo de espera figurou com a maioria das avaliações em nível regular, seguido da disponibilidade de equipamentos e medicamentos que também se destacaram pelo nível de insatisfação.

Segundo Andrade e Ferreira (2006), a insatisfação na demora em receber atendimento é item frequentemente citado nos serviços de saúde. Trata-se de uma questão persistente, visto que se observa a concordância entre os achados da presente pesquisa com estudos anteriores, realizados há mais de 15 anos, que também revelam insatisfação pela demora no atendimento e falta de medicamentos, entre os aspectos mais negativos do atendimento nas unidades de saúde (KLOETZEL et al., 1998).

Outro dado relevante refere-se à realização dos exames complementares e atendimentos especializados: onde 51,9% e 55,6% dos respondentes, respectivamente, relataram tê-los realizados apenas parcialmente (Figura 1)

O contexto da atenção ambulatorial especializada que compreende os exames complementares e as consultas com médicos especialistas é tema de grande complexidade. Se por um lado a pesquisa realizada pelo IPEA constatou que 61% dos usuários entrevistados consideraram que o atendimento dos médicos especialistas é Muito bom e Bom (IPEA, 2010), o presente estudo indicou dados preocupantes, em que 55,6% das consultas com especialistas são realizadas de forma parcial e 9,7% não são realizadas. Apenas 34,6% afirmaram ter as consultas com especialistas realizadas integralmente (Figura 1). Estes dados regionalizados diferem das informações do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS que divulgou que 55,7% dos encaminhamentos aos especialistas ocorrem de forma integral contra 9,5% realizados parcialmente e 35% não realizados (IPEA, 2010).

Percentagens semelhantes foram verificadas em relação aos exames complementares. Dados obtidos na presente pesquisa evidenciou que 51,9% dos entrevistados tiveram seus exames realizados parcialmente e 1,9% não realizados (Figura 1). Estes dados não corroboram com informações do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS que divulgou que 59,5% dos exames são realizados integralmente, 10,1% parcialmente e 30% não realizados (BRASIL, 2011).

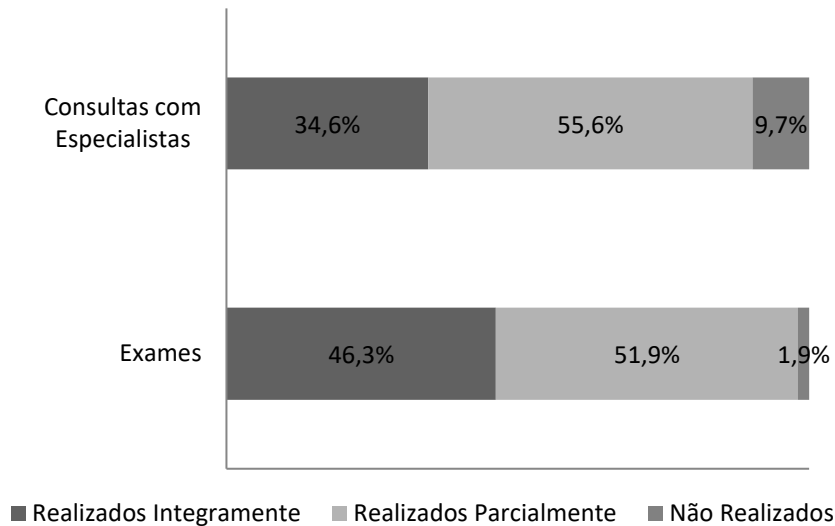


Figura 1. Proporção de exames complementares e consultas com especialistas realizadas pelo SUS, na região Noroeste do Paraná, 2014.

A explicação para estas questões pode basear-se no fato dos centros de especialidades médicas pertencerem a um sistema fragmentado da atenção à saúde, em que, geralmente não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção. Há necessidade de ação coordenada nas RAS e associada a um sistema logístico eficiente. A estratégia prevista para corrigir tais problemas encontra-se atualmente embasada na implantação de pontos de atenção secundárias das RAS, com previsão de operar com prontuários eletrônicos, que devem circular concomitantemente, em todos os níveis do sistema. Possibilita-se, desta forma, agilizar e agregar adequada comunicação entre generalistas e especialistas, reduzindo redundâncias e retrabalho no que concerne, por exemplo, a repetição de exames completos e/ou dos atendimentos especializados (MENDES, 2011).

Estes dados quando analisados estatisticamente em conjunto, apresentam um contexto de satisfação positivo em relação aos serviços de saúde, em que pese a existência de usuários com realização parcial dos exames ou sem acesso a consultas especializadas adequadas. Embora os números sejam considerados favoráveis, é importante ressaltar que quando a questão envolve a saúde das pessoas, mesmo os percentuais estatisticamente não significativos devem ser considerados, pois tratam-se de vidas humanas sujeitas à insuficiência de atendimento no sistema de saúde.

A avaliação geral dos usuários do SUS da microrregião do Noroeste do Paraná foi bastante positiva, em que, 46,4% dos entrevistados classificaram o sistema com o conceito Bom, 27,9% consideraram Muito Bom e 10,9% Excelente (Figura 2). Estudos realizados em outras regiões do Brasil divulgaram resultados semelhantes, situando entre 62% a 89% para os mesmos níveis de satisfação (IPEA, 2010; MOIMAZ et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011).

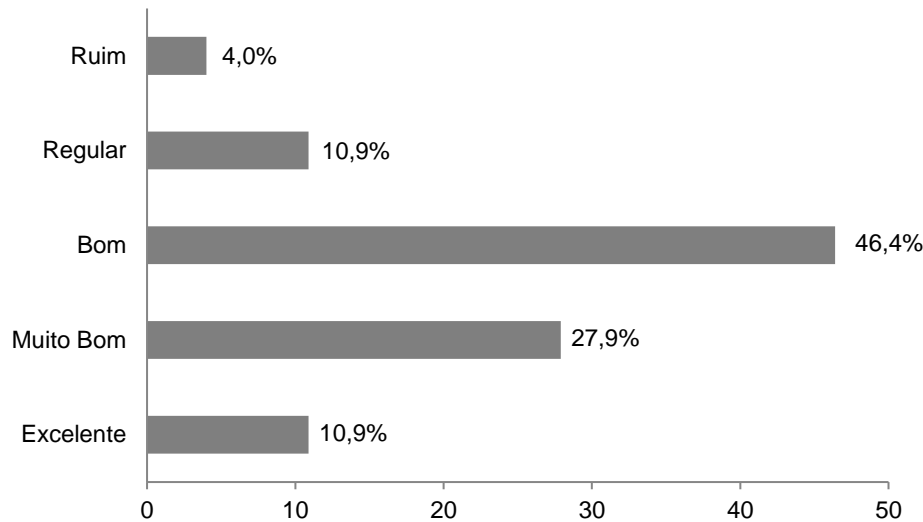


Figura 2. Avaliação do Sistema Único de Saúde segundo opinião dos usuários das RAS do Noroeste do Paraná.

Este e outros estudos mostram que apesar das queixas existentes sobre o SUS e da imagem negativa vinculada por alguns meios de comunicação, os usuários têm de modo geral se mostrado satisfeitos com os serviços (IPEA, 2010; MOIMAZ et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011).

Diante das mudanças no cenário da saúde pública com a implantação do PMM, a segunda parte desta pesquisa buscou avaliar a percepção dos gestores de saúde sobre o PMM na região da AMUSEP.

Os 51 médicos atuantes na região da AMUSEP contratados pelo PMM representam um número pequeno frente à população atendida pelo sistema. A análise da distribuição apresentada na Tabela 1, não permitiu identificar pelos critérios de IDH e número de habitantes nos municípios uma justificativa para a distribuição dos profissionais. Teoricamente, o PMM deve abranger cidades de maior porte da microrregião tanto quanto as de pequeno porte. Entretanto, 11 municípios, dos 30 pertencentes à AMUSEP não tiveram contratações desses profissionais (IBGE, 2010).

A avaliação qualitativa sobre o PMM foi realizada sob a forma de entrevistas com os gestores de saúde dos municípios. A pesquisa restringiu-se aos gestores pela dificuldade em identificar na população os usuários atendidos por médicos contratados pelo PMM e/ou que identificassem a sua vinculação com esse programa. Dos municípios em que os gestores referiram-se ao PMM, a questão esteve vinculada à problemática da equipe de profissionais da rede pública. Em um dos maiores municípios, o secretário fez o seguinte depoimento na discussão sobre a rotatividade dos profissionais de saúde:

O outro quadro de rotatividade é o profissional médico, agora, eu acho que esse é um problema nacional e que [aqui] isso deu uma diminuída e é por isso que eu ainda coloco que o Programa Mais Médicos era absolutamente necessário e ele tem que perdurar até por esse ponto. [Aqui], um município que remunera 10 mil reais para o nosso médico da equipe de saúde da família para o cumprimento das 40 horas profissionais trabalhadas,

mas com direitos trabalhistas, com férias, com décimo terceiro, com gratificação, com GPD e sem nenhum outro tipo de custo, você pensa que é... e assim, em uma cidade planejada, de alto IDH, de ótimas condições de vida, você ainda tinha essa falta de profissional, que dirá nas áreas remotas do país ou dos municípios interioranos. Então eu acho que é um pouco disso também que entra uma parte reflexiva nossa, eu fiz 14 concursos públicos [aqui] para contratação de médicos desde que eu estou secretário, há 9 anos, e fiz o décimo quinto domingo retrasado. Então nós estamos com 15 concursos públicos, e se não fosse o Programa Mais Médico e o Provac, eu nunca teria preenchido, eu nunca tive preenchidas as minhas 66 equipes de saúde da família que eu tenho no município. (M1)

O salário de 10 mil reais é o mesmo que um residente de Saúde de Família e Comunidade recebe no Rio de Janeiro, por exemplo, em que os custos de manutenção de uma família são maiores do que na região estudada. Comparando somente o preço de locação, segundo dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, o valor médio do metro quadrado locado é acima de R\$ 35,00, enquanto na região estudada fica abaixo de R\$ 11,00 (FIPE, 2016). Só este quesito, poderia ser um atrativo para a interiorização, com isso deve-se reconhecer que são outros fatores que fazem com que os médicos se concentrem nas capitais. No Estado do Paraná a concentração de médicos na capital é significativa, conforme discutido anteriormente. Esses dados reafirmam a fala do secretário de saúde de que o PMM vem conseguindo fazer pequenas correções nesta distribuição associada à boa avaliação dos serviços pela população. Também outro relato foi indicado com grande felicidade pelo gestor que

Agora, com esse Mais Médicos vai ajudar muito também. Dia 17 nós vai buscar um Cubano. (M5)

Situação semelhante foi relatada em outros municípios da microrregião, indicando, porém, que se o programa atende perfeitamente a APS, deixa a desejar no caso das urgências.

Agora, com o advento do Mais Médicos, do Programa Mais Médicos, então nós não estamos tendo mais dificuldade de preencher as vagas do PSF. Porém, esses médicos não podem trabalhar no pronto atendimento, na recepção da urgência e emergência. Nós temos uma demanda muito grande de profissional nessa área, falta médico ainda. (M4)

Quanto a atuação desses profissionais, pela avaliação dos gestores, o atendimento foi considerado de qualidade. Em outro município da microrregião, a declaração do gestor em relação à médica cubana que se encontrava na cidade pelo PMM, apresentava uma excelente avaliação pela população. Inicialmente, uma das preocupações dos gestores ao recepcionar médicos cubanos, relacionava-se ao idioma. Por se tratar de cidade do interior, nem sempre o acesso e o contato com a língua espanhola é corriqueiro. Quando abordada a questão, o gestor relatou que:

(...) [agora] ela fala português, no início eu me preocupava com os pacientes né, eu perguntava, “e aí doutora? Os pacientes estão entendendo?”, e ela mesma falava assim, “não, quando não entendem eu explico uma, duas, três vezes” mas nunca teve nenhuma reclamação de que não entende a língua não. (M2)

Em outro município, o gestor relatou que dos cinco médicos que realizavam atendimento na atenção básica, somente o médico cadastrado no PMM residia no

município. Os demais, deslocavam-se todos os dias de município maior. Mesmo assim, para conseguir manter esses quatro médicos que residiam fora, foi necessário um arranjo interno com relação ao cumprimento da carga horária.

(...) é, então, como a gente, a maioria mora em [...] então a gente fez esse acordo de fazerem a hora direta né, para não ter que ficar quatro [horas] almoço e quatro [horas] né? 40 horas, então eles fazem 5, mas fazem a hora corrida. E todos eles cumprem o combinado né? A parte da manhã fica das 7 à 13, e a parte da tarde fica da 13 às 19. (M3)

O problema enfrentado pelos municípios do interior para a permanência do médico nas cidades menores, acabou levando esse gestor a flexibilizar de alguma maneira o contrato de trabalho com o profissional. Arranjos desse tipo são realizados, possivelmente pela proximidade entre as cidades da microrregião, todas elas interligadas com estradas asfaltadas o que possibilita o profissional trabalhar em mais de um município numa jornada diária. A média de distância entre as cidade é de 40km, com pouco tráfego, facilitando a mobilidade na região.

Na região estudada, as RAS foram estruturadas considerando o porte do município para estabelecer a compactuação. Os municípios maiores possuem os três níveis de atenção; primária, média e alta complexidade. Os de porte médio recebem somente os dois primeiros níveis e os de pequeno porte, normalmente, apenas a atenção básica. Nesses últimos, a possibilidade de atuação do médico é basicamente a UBS e a UPA. São aspectos da geografia da região que deverão ser considerados na análise em relação ao PMM, pois, certamente, essa configuração espacial de distribuição das RAS interfere na formação das equipes de ESF e demais serviços do SUS.

Finalmente, num outro município, a gestão municipal encontrava-se criando mecanismos para consolidar o PMM. Nas palavras do gestor:

Por exemplo, tem algumas ações, médicos, o mais médicos que nós implantamos no município, a gente utilizou de leis, não só federais, mas também em nível local, na criação de leis pra que isso permanecesse, pra que desse retaguarda, entendeu? Então é dessa forma, a legitimação e participação do controle social pra que ele esteja sempre presente nessas ações, porque de repente, há um determinado gestor que não, eu não quero isso e simplesmente vai mudando, não. Você sabe que nem a população geralmente, ela não tem olhos pra isso, mas se está registrado, se está legitimado, se está fundamentado, então a gente acredita que se consolide, e seja sustentável, né? Por que? Porque se o programa está dando certo ou se a ação está correta, está tendo resolutividade, todos querem que ela permaneça, né? (M6)

Esse município optou por criar uma lei própria para garantir que o PMM se consolide e permaneça no município independente do grupo político atuante. Para discutir esse aspecto, há necessidade de aprofundamento da relação entre o PMM e sua relação com a política local. Pelas entrevistas com os gestores, foi possível identificar que os programas em nível federal e estadual sofrem influência dos grupos políticos nessas instâncias.

Dos 30 municípios da região, 19 possuem o PMM e daqueles em que se realizou entrevista com o gestor, somente um afirmou ter tido problema com um profissional do programa. O problema estava relacionado à conduta médica no atendimento, pois a mesma apresentou insegurança na tomada de decisões sobre os encaminhamentos clínicos a

serem adotados. Neste município, a conduta escolhida foi romper o contrato com a profissional.

Em relação ao PMM, a região da AMUSEP apresenta desequilíbrio na distribuição dos médicos contratados. Apenas 63% das cidades possuem médicos contratados pelo PMM e estes se concentram nas cidades com mais de 10.000 habitantes. Mais da metade (52,6%) das cidades pequenas, com menos de 6.000 habitantes não possuem médicos contratados pelo programa, enquanto quase a totalidade (91%) das cidades maiores, com mais de 10.000 habitantes, possuem.

Partindo do objetivo proposto pelo PMM, que se refere primordialmente a diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais nas áreas mais vulneráveis, há necessidade de investigação mais detalhada a fim de compreender o motivo das cidades menores continuarem desassistidas de médicos do PMM. Em contrapartida, os gestores de saúde que tiveram a experiência de contratar médicos ligados ao programa demonstraram-se satisfeitos com o desempenho profissional dos mesmos.

O presente estudo identificou que a satisfação dos usuários do SUS frente à nova face das RAS é equivalente aos resultados de pesquisa anteriores à implementação do programa. As pesquisas de satisfação dos usuários do SUS já mostravam bons índices na avaliação por parte dos usuários (IPEA, 2010; MOIMAZ et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011), que se manteve após a implantação do PMM, isto é, após a chegada dos novos médicos. Vale ressaltar que no período da coleta de dados do presente estudo, haviam sido contratados 14,4 mil dos atuais 18,2 mil médicos nos serviços de saúde no Brasil (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), o equivalente a 80% das contratações totalizadas até o período da pesquisa. Portanto, a continuidade de estudos desta natureza contribuirá para maior compreensão do impacto do PMM na satisfação dos usuários, além de fornecerem informações para o planejamento e reformulações em prol do maior acesso dos usuários aos serviços de saúde.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi desenvolvida com recursos do edital “Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS - Edição 2012” da Fundação Araucária-PR/ SESA-PR/ MS-DECIT/CNPq.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4ª. Edição – Rio de Janeiro : ANS, 2011. 244 p.

Andrade, Karina Lane Campos, Ferreira Efigênia Ferreira. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu, Minas Gerais: a satisfação do

usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.123-130, 2006.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial. Portaria nº 342, 4 de março de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos Governo Federal. Resultado para o País. Mais consultas, mais cuidado e melhoras instalações. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde, mediante inquérito amostral. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/25/relatorio-gerencial-2011.pdf>. Acesso em: 26.08.2016.

Conil, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**. V.18, p.191-202, 2002.

Cotta, Rosângela Minarde Mitre et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, v.15, n.4, p. 227-234, 2005.

Elias, Paulo Eduardo et al. Primary Health Care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p.633-641, 2006.

Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – Informações FIPE, n. 425, 2016. [acessado 2016 mar 10]. Disponível em: <http://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif425a.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008). Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Sistema de Indicadores de Percepção Social – SIPS, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2010.

Kloetzel, Kloetzel et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.3, p.623-628, 1998.

Lavras, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p. 867-874, 2011.

Macinko, James; Guanais, Frederico C, Souza Maria de Fátima Marinho. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2003. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.60, p.13-20, 2006.

Medeiros, Flávia A et al. Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction. **Revista de Salud Pública**, v.12, n.13, p. 402-413, 2010.

Mendes, Eugénio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.:il.

Moimaz, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v.20, n. 4, p.1419-1440, 2010.

Moura, Escolástica Rejane Ferreira Moura; HOLANDA, Francisco Júnior; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 1791-9, 2003.

Oliveira, Felipe Provenço et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.19, n.54, p. 623-43, 2015.

Santiago, Renata Florência et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p. 35-44, 2013.

Santos, Leonor Maria Pacheco; Costa, Ana Maria; Girardi, Sábado Nicolau. Mais Medicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p. 3547-3552, 2015.

Starfield, Barbara; Shi, Leiyu; Macinko, James. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, v. 83, p. 457-502, 2005.