

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ: A
SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS**

Maria Salete Bessa Jorge^a
José Maria Ximenes Guimarães^b
Liza Barreto Vieira^c
Francisco Diego Silva de Paiva^d
Daniel Rocha e Silva^e
Antônio Germane Alves Pinto^f

Resumo

Com o objetivo de avaliar a qualidade do Programa Saúde da Família (PSF), com foco na satisfação dos usuários, foi realizado este estudo em cinco municípios do Estado do Ceará-Brasil: Fortaleza, Quixadá, Aracati, Cascavel e Canindé. Trata-se, portanto, de um estudo de caráter avaliativo, com abordagem quantitativa, no qual se adotou o enfoque recomendado por Donabedian, com uma amostra de 1.648 usuários do PSF. Os dados foram analisados descritivamente com base nas frequências encontradas. Procedeu-se o teste do qui-quadrado para verificar associações entre as variáveis e foram analisados os determinantes da qualidade do PSF, na opinião dos usuários. Os resultados apontam que elevada parcela da população está satisfeita com os serviços prestados pelo PSF. Como principais determinantes da satisfação constam os aspectos referentes ao campo relacional, ou seja, pertencentes às relações profissionais de saúde-usuários, entre eles: atenção, confiança, respeito e acolhimento.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde. Satisfação dos usuários. Programa Saúde da Família.

^a Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora titular e coordenadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE).

^b Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pela UECE. Membro do GRUPSFE. Bolsista FUNCAP.

^c Odontóloga. Mestra em Odontologia. Docente da UECE. Membro do GRUPSFE.

^d Aluno do Curso de Medicina da UECE. Bolsista FUNCAP. Membro do GRUPSFE.

^e Enfermeiro. Mestrando em Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem. Membro do GRUPSFE.

Endereço para correspondência: José Maria Ximenes Guimarães.

E-mail: josemariax@sobral.org/jm_ximenes@hotmail.com

Rua Silveira da Mota, 289, Casa 02. CEP: 60830-150 Messejana – Fortaleza - CE

Abstract

This study was done in five towns of the State of Ceará-Brazil, Fortaleza, Quixadá, Aracati, Cascavel and Canindé, with the objective of evaluating the quality of the Family Health Program (FHP), focusing on the satisfaction of the users. Therefore, it is a study that has an evaluative character and a quantitative approach, which adopted the focus recommended by Donabedian, with a sample of 1,648 PSF users. The data were descriptively analyzed based on the frequencies found. The chi-square test was done to check for associations among the variables. FHP quality determinants were analyzed, on the users' opinion. The results pointed out that a big part of the population, in study, is satisfied with services provided by FHP, appearing as main determinants of the aspects that refer to the relational field, in other words, that belong to professional relationship of health-users, among them: attention, trust, respect and reception.

Keywords: Evaluation of health services. Users satisfaction. Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Os movimentos de reforma do setor de Saúde, em particular a Reforma Sanitária, que ocorreram amplamente na década de 80 do século passado, impulsionaram a reconfiguração dos modelos de atenção à saúde até então vigentes e impuseram a reordenação da lógica de produção de serviços de saúde. Essas transformações ocorreram em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira, de luta por direitos, sobretudo civis e políticos, e da universalização de vários direitos sociais, entre os quais o direito à saúde.

Nesse cenário sociopolítico, a saúde adquire *status* de direito social, incorporado ao texto constitucional de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual materializou, em seus princípios e diretrizes, os ideários da Reforma Sanitária, tanto por assumir a saúde como direito de todos quanto por estabelecer a responsabilidade do Estado em provê-la e garanti-la, por meio de políticas econômicas e sociais integrativas^{1,2}.

Na busca da superação do modelo de saúde médico-centrado e hospitalocêntrico, que não respondia às demandas de saúde da população, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a finalidade de reorganizar os serviços de saúde na atenção básica. Deste modo, o foco da atenção é direcionado à família de determinado território social. Propõe, portanto, uma nova maneira de organização do trabalho em saúde, a ser produzido em equipe, tendo em vista a execução de práticas de saúde mais integrais e resolutivas. Nestas, o eixo orientador é vigilância à saúde, concebida como modelo para a reordenação da lógica

assistencial, a qual deve superar as intervenções centradas no indivíduo, voltando-se para as ações de caráter coletivo, ou seja, o foco desloca-se para a família e o lócus de ação para o território social, adotando as ações preventivas e de promoção da saúde como prioritárias^{2,3,4}.

Entretanto, poderia afirmar-se que a origem do PSF remonta a 1991, quando o MS formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) - a partir da experiência acumulada no Ceará, com a criação do referido programa, em 1987⁵, aspirando à redução das mortalidades infantil e materna, principalmente no Norte e Nordeste brasileiros, mediante a expansão de cobertura dos serviços de saúde para áreas de maior vulnerabilidade.

Desde sua criação e implantação, o PSF tem-se expandido substancialmente e vem apresentando resultados significativos, essencialmente nas áreas materno-infantil, endemias e de controle social⁶.

O controle social, como princípio do SUS, instituído legalmente, implica a possibilidade de os usuários intervirem nos serviços de Saúde, tanto na proposição de políticas e ações quanto na fiscalização de sua efetivação. Neste sentido, seu fortalecimento no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária, em particular na atenção básica à saúde, pressupõem a concepção do usuário como co-responsável pela gestão do sistema de saúde e com competência para avaliá-lo, bem como para nele intervir e modificá-lo^{1,7,8}.

A avaliação dos serviços de saúde, a partir da opinião dos usuários, tem focado a satisfação destes como indicador de qualidade. Conforme se reconhece, a satisfação dos usuários, embora não seja o único, constitui-se em importante indicador de qualidade dos serviços de saúde. Como afirma Mezomo⁹, “[...] a informação a respeito da satisfação do paciente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde”. Considera-se, ainda, que a qualidade da assistência é determinada pelo resultado, traduzido na obtenção da saúde e na satisfação dos usuários.

Mensurar a satisfação do usuário com um serviço não é tarefa simples, pois o conceito de satisfação está sob a égide de diversos fatores, tais como: características do usuário (sociodemográficas, estado de saúde, expectativas quanto ao serviço), características dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes), relacionamento usuário/profissional e fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço).

Diversos autores, ao trabalharem na revisão da literatura, referente à área de avaliação de qualidade, relacionam a satisfação dos usuários como uma das variáveis constitutivas da qualidade de cuidados. Donabedian¹⁰ também coloca este critério, entre os principais, na avaliação de resultados.

O nível de satisfação do usuário reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento. Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no

relacionamento cliente/serviço de saúde, é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência. Portanto, a boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao paciente, com efeitos positivos no tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

A Coordenadoria de Saúde da Família do Estado do Ceará adotou, a partir de 1994, o modelo de atenção à saúde da família como estratégia central de atuação e está direcionando-a, fundamentalmente, para a promoção da saúde¹¹. O grande avanço no processo de municipalização da saúde em todo o Estado e a ativa promoção pelo governo estadual da estratégia de saúde da família, como orientadora da reorganização de todo o sistema sanitário, têm conduzido a um rápido crescimento do número de equipes.

Na perspectiva de avaliação desses serviços, torna-se premente a produção de informações que subsidiem a (re)organização de serviços e a adoção de estratégias que primem pela melhoria da qualidade da atenção à saúde da população neles atendidos.

Diante do exposto, desenvolveu-se o presente estudo, de caráter avaliativo, com abordagem quantitativa, no qual se adotou o enfoque recomendado por Donabedian^{10,12}, considerando alguns aspectos da estrutura, do processo e dos resultados.

Foi realizado em cinco municípios do Estado do Ceará: Fortaleza (capital), Quixadá, Aracati, Cascavel e Canindé, selecionados aleatoriamente. Ressalta-se que o Município de Fortaleza está dividido geopoliticamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V e SER VI), todas com equipes de PSF implantadas. Assim, neste estudo, foram selecionadas equipes de todas as secretarias para integrar a pesquisa.

A amostra foi composta por usuários das equipes de Saúde da Família dos referidos municípios, determinada por processo de amostragem estratificada, após o levantamento de usuários atendidos pelas equipes mencionadas. Foram pesquisados 1.648 usuários, conforme disposto na **Tabela 1**. Destaca-se que, na época da pesquisa, os municípios, em estudo, contavam com 149 equipes de PSF implantadas, sendo este número ampliado posteriormente, devido à qualificação e implantação de novas equipes.

Para a coleta de dados, aplicou-se um formulário à população adstrita do PSF, presente na unidade básica de saúde na ocasião. Destaca-se que o formulário, consoante o proposto pela metodologia donabediana, contemplava itens relacionados ao perfil dos usuários e à qualidade dos serviços: estrutura (condições do espaço físico), processo (ações desenvolvidas e campo relacional) e resultados (resolubilidade e satisfação).

Na perspectiva de atender aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e obteve posicionamento favorável. Os participantes foram previamente esclarecidos acerca da pesquisa e seus objetivos e, ao optar pela participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tabela 1. Estratificação dos usuários do PSF de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé, segundo municípios (n=1648)

Município	Nº equipes	População assistida	Amostra calculada	Amostra pesquisada
Fortaleza	91	305.706	673	1197
Cascavel	15	51.859	114	102
Canindé	14	47.962	106	124
Aracati	14	48.036	105	118
Quixadá	15	51.460	113	107
Total	149	505.023	1.111	1648

Os dados foram analisados descritivamente com base nas freqüências encontradas e, a seguir, efetuou-se o teste qui-quadrado para análise da associação entre satisfação e características sociodemográficas dos usuários. Na análise estatística, calculou-se também o índice V de Cràmer. Para tanto, foi estruturado no *Software* SPSS versão 11.5, sendo as análises realizadas com auxílio deste programa.

RESULTADOS

Segundo a estratificação da amostra, a maioria dos participantes da pesquisa é composta por usuários do PSF de Fortaleza (72,7%) e, entre eles, há predominância de pesquisados da SER IV. Em relação aos demais municípios, 7,5% são do Município de Canindé, 7,2% de Aracati, 6,5% de Quixadá e 6,2% de Cascavel.

Neste estudo, coletaram-se informações acerca das características demográficas da amostra, da qualidade do Programa Saúde da Família, considerando-se alguns aspectos da estrutura, do processo e dos resultados.

Os resultados inerentes às características demográficas da amostra estudada estão dispostos na **Tabela 2**. Segundo se verificou, a idade mínima dos usuários do PSF que participaram dessa análise foi de 12 anos e a máxima de 88 anos, com uma média de 35,7 anos e desvio padrão de 15,13. Há predominância de participantes na faixa etária de 30 a 39 anos (24,3%). No referente

ao sexo, a maioria é constituída por informantes do sexo feminino (88,2%). O predomínio de mulheres usuárias do PSF ocorreu em todos os locais do estudo. Concernente à escolaridade, a maioria dos usuários (50,1%) tem o ensino fundamental incompleto, demonstrando, assim, o baixo nível de escolaridade dos participantes da pesquisa. Quanto à renda, conforme se constata, a maior parte dos usuários tem renda inferior a um salário mínimo (64,5%), embora também sobressaiam aqueles que percebem de um a dois salários mínimos (22,5%). Sobre a ocupação, destaca-se a “do lar” com 51,9% dos informantes, que, de certa forma, se correlaciona com o fato de a maioria da amostra ser composta por mulheres. Chama à atenção a concentração de desempregados, com 8,4%. Conforme evidenciado, a baixa renda dessa população reflete a condição de pobreza e exclusão social à qual essas famílias estão submetidas. Revela, portanto, a desigualdade social, própria da sociedade de classes, capitalista. Implica, inclusive, a iniquidade de acesso a bens e serviços, em particular os de saúde. Enfim, são desprovidas de amparo social.

Tabela 2. Características demográficas dos usuários do PSF de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé (n = 1648)

Características	n	%
Sexo		
Masculino	192	11,6
Feminino	1454	88,2
Não informou	2	0,2
Faixa etária		
< 22 anos	311	18,9
22 a 29 anos	373	22,6
30 a 39 anos	400	24,3
40 a 49 anos	247	15,0
50 a 59 anos	167	10,1
> 59 anos	147	8,9
Escolaridade		
S/ escolaridade	159	9,6
Alfabetizado	12	0,7
Ens. Fund. Incomp.	825	50,1
Ens. Fund. Completo	169	10,3
Ens. Médio Incomp.	240	14,6
Ens. Médio Completo	209	12,7
Superior Incompleto	17	1,0
Superior Completo	12	0,7
Não respondeu	5	0,3
Renda (salários mínimos)		
Até 1	1063	64,5
1--- 2	370	22,5
2--- 3	117	7,1
3--- 4	47	2,9
> 4	34	2,1
Não respondeu	17	1,0
Ocupação		
Do lar	856	51,9
Estudante	93	5,6
Serviços Gerais	114	6,9
Profissionais liberais/autônomos	138	8,4
Serviços de informática	3	0,2
Serviços administrativos	31	1,9
Professor	24	1,5
Funcionário público	6	0,4
Aposentado	79	4,8
S/ ocupação/desempregado	139	8,4
outros	62	3,8
Não respondeu	103	6,3
Total	1648	100,0

Na **Tabela 3**, estão dispostos os indicadores de qualidade do PSF, na ótica dos usuários, avaliados neste estudo. O cálculo dos índices de qualidade dos serviços foi feito a partir da atribuição de 1 (um) ponto para as respostas que remontam aspectos positivos para a qualidade dos serviços e 0 (zero) ponto para as que representam os aspectos negativos. Deste modo, quanto mais próximo de 1 maior o índice, conseqüentemente, considerou-se a qualidade satisfatória no quesito em discussão. Em decorrência da lacuna existente no relacionado a estudos de avaliação da qualidade do PSF com esse método, tomou-se como exemplo o estudo do Ministério da Saúde¹³, no qual foram considerados satisfatórios os índices superiores a 0,6 e insatisfatórios aqueles com valores inferiores.

Tabela 3. Indicadores de qualidade dos serviços no PSF nos municípios de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé, segundo os usuários (n=1648)

Indicador	Sim (%)	Não (%)	Índice	Qualidade
Informação sobre funcionamento do serviço	33,8	66,0	0,32	Insatisfeito
Acolhimento pela equipe	75,4	23,9	0,76	Satisfeito
Sentiu-se respeitado pela equipe	88,7	11,2	0,89	Satisfeito
Equipe gentil e acolhedora	82,4	17,1	0,83	Satisfeito
Confia no trabalho da equipe	90,3	9,3	0,91	Satisfeito
Confia na equipe para resolver seu problema de doença e apoiar a manutenção da saúde	84,5	13,7	0,86	Satisfeito
Solicitado a participar de sessões educativas	20,9	78,9	0,21	Insatisfeito
Conforto da unidade	77,1	22,8	0,78	Satisfeito
Saiu da consulta com dúvida	14,4	85,1	0,86	Satisfeito
Satisfação com a consulta	82,6	15,6	0,84	Satisfeito

No tocante à estrutura, em que se avaliam os recursos existentes e a organização dos serviços, foram investigados, neste estudo, a percepção dos usuários acerca do conforto na unidade, por este refletir as condições físicas/instalações, e a informação disponível sobre o funcionamento – dimensão organizacional. Segundo revelaram os resultados, os usuários consideram as condições físicas das unidades adequadas (77,1%), portanto, de qualidade satisfatória na nossa avaliação (índice = 0,78). Na dimensão organizacional, o acesso à informação sobre os serviços revelou-se como insatisfatório, pois 66% dos participantes consideram que não o obtiveram (índice = 0,32).

Na avaliação do processo, que corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas ou bens produzidos, em face da possível dificuldade de avaliação da dimensão técnica por parte dos usuários, elegeram-se, prioritariamente, elementos da dimensão relacional. Entre estes, acolhimento,

respeito da equipe, gentileza, confiança e informação sobre o tratamento, todos considerados satisfatórios. Entretanto, o único aspecto da dimensão técnica avaliado, qual seja, o convite a participar de sessões educativas, componente do “cardápio” de serviços a serem oferecidos pelo PSF, foi considerado insatisfatório (índice = 0,21), visto que 78,9% não receberam tal convite.

A satisfação/insatisfação dos usuários com os serviços, aspecto inerente à avaliação dos resultados, está demonstrada na **Tabela 4**. Segundo se verificou, a maioria (82,6%) está satisfeita com os serviços. No entanto, o resultado do teste *V de Cràmer* ($v = 0,14$; $ns = 0,00$) indicou haver diferença significativa na frequência de respostas dos usuários do PSF sobre sua satisfação, conforme seu local de procedência. Implica dizer que, de acordo com o local de procedência, o usuário demonstra estar mais ou menos satisfeito nos postos dos PSF. Assim, a proporção 144/48 (equivalente a 3 satisfeitos para 1 insatisfeito) na Regional I (Fortaleza), apresentou-se como o índice mais baixo de satisfação, enquanto a proporção 110/08 (equivalente a 14/1) em Aracati como o mais elevado. Nas regionais II, III, IV e V (Fortaleza), houve, aproximadamente, 5 usuários satisfeitos para 1 não satisfeito, enquanto na Regional VI (também em Fortaleza), Quixadá, Cascavel e Canindé as proporções foram 12/1, 4/1, 4/1 e 6/1, respectivamente.

Tabela 4. Satisfação dos usuários do PSF de Fortaleza, Cascavel, Aracati, Quixadá e Canindé, com os serviços (n=1648)

Satisfação com as consultas	n	%
Satisfeito	1361	82,6
Insatisfeito	257	15,6
Não respondeu	30	1,8
Total	1648	100,0

Ao tentar-se estabelecer correlações entre a satisfação dos usuários e características sociodemográficas, foi verificada a inexistência de associação da satisfação com escolaridade ($p = 0,828$), idade ($p = 0,455$), sexo ($p = 0,384$) e renda ($p = 0,993$).

Entre os que revelam satisfação com serviços do PSF (82,6%), os motivos referidos para justificar tal sentimento são bom atendimento, bons profissionais, atenção recebida, resolução do problema e outros.

DISCUSSÃO

Conforme os achados mostraram, a maior demanda nos serviços de saúde, em particular no PSF, é de pessoas do sexo feminino, com predomínio de mulheres em todos os municípios do estudo.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos e podem indicar que as mulheres utilizam os serviços de saúde com mais frequência, além de assumirem a responsabilidade em procurar atendimento para seus familiares e/ou amigos na sua comunidade. Também contribuem para essa situação a fisiologia que hierarquiza o ciclo de vida da mulher (menarca, menstruação, gravidez, parto e puerpério) e os serviços de atenção primária ofertados, como: saúde da mulher, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e saúde da criança. Outra observação a ser enfatizada relaciona-se à perspectiva das mulheres como avaliadoras de serviços de saúde, caracterizada pelo conhecimento singular do cotidiano e pelo fato de serem as principais agentes de saúde no ambiente doméstico, capazes, de fato, de identificar, com clareza, indicadores de qualidade de vida^{14,7}.

O PSF, como estratégia de reorganização da atenção, tem contribuído para a mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil. Sua ampliação, sobretudo em municípios do interior, constitui importante mecanismo para aumentar a oferta de serviços de saúde, concorrendo para a redução das desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Observa-se, contudo, que, nos diversos municípios, as equipes de saúde da família têm se estruturado de forma heterogênea, respeitando os aspectos epidemiológicos locais. Assim, o cardápio de serviços oferecidos tem buscado atender às necessidades de saúde apresentadas pela população da área adstrita de cada equipe.

Neste contexto, segundo se verifica, a satisfação do usuário, como indicador de qualidade, aceita como produção subjetiva, elaborada a partir das expectativas e experiências com os serviços de saúde em que se busca o atendimento as suas necessidades reais e simbólicas, apresentou níveis diferenciados entre os municípios avaliados e, até mesmo, dentro do município, a exemplo de Fortaleza, nas suas diferentes Secretarias Executivas Regionais.

Em relação aos determinantes da qualidade do PSF, nos municípios em estudo, pôde-se observar que é atribuída maior ênfase a aspectos do processo, tais como, os humanitários da relação médico-paciente, como poder de esclarecimento do profissional, acolhimento, confiança e respeito. Deste modo, os elementos constituintes do campo relacional apresentam-se como principais determinantes da satisfação, sendo relegados ao segundo plano os aspectos técnicos dos profissionais e dos serviços e, até mesmo, os referentes à organização e estrutura.

Ao considerar-se que o Programa Saúde da Família se configura como estratégia na qual o foco da atenção se desloca do indivíduo para a família e comunidade, tendo como eixo orientador do processo de trabalho o modelo de vigilância à saúde, pautado por ações de caráter coletivo, voltadas para a prevenção e promoção da saúde,^{2, 4,15} os resultados apontam para o seguinte: as equipes do PSF, nos municípios avaliados, de certa forma, estão reproduzindo o modelo biomédico, com ações muito mais voltadas para a cura, pois todos os usuários

participantes dessa pesquisa aguardavam consulta e a maioria (78,9%) não foi convidada a participar de qualquer sessão/prática educativa. Deste modo, as ações curativas são realizadas em detrimento das ações de prevenção/promoção da saúde, em evidente contradição entre o proposto e o operacionalizado. De qualquer maneira, este aspecto, do ponto de vista da qualidade, foi avaliado como insatisfatório.

No tocante aos resultados, os serviços avaliados parecem ter resolubilidade, visto que a maioria dos usuários (82,6%) está satisfeita com os serviços. No entanto, não se pode afirmar que eles apresentam alta qualidade técnica, porquanto, não foi investigado se o problema de saúde mostrado foi solucionado. Além disto, os principais motivos de satisfação relacionados são o bom atendimento, entendido com boa escuta, acolhimento e bons profissionais, em virtude da atenção recebida.

Enfim, constatou-se elevada parcela da população satisfeita com o Programa Saúde da Família nos municípios estudados, embora essa se manifeste de forma heterogênea. Reconhece-se, porém, a necessidade de realização de outros estudos com vistas a aprofundar os aspectos não-contemplados aqui, sobretudo porque se acredita que o saber e o fazer no PSF, não obstante às normas e diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, ainda são um processo em construção atravessado pelo contexto sociopolítico e cultural de cada realidade local concreta.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(1): 75-85.
3. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 2005; 13(6): 1027-34.
4. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, 2002; 18 (suplemento): 191-202.
5. Silva MJ. Agente de saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará. Fortaleza: Gráfica LCR; 1997.
6. Souza HM, et al. A implantação de uma nova mentalidade. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2002; Ano II, nº 6.

7. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002; 7(3):581-9.
8. Brasil. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as estratégias de transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 2498, de 31 de dezembro de 1990.
9. Mezomo JC. Qualidade na relação hospital-paciente. *Hospital – administração e saúde*, 1993; 17(1): 17-21.
10. Donabedian A. the seven pillars of quality [online]. Extraído de [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>], acesso em [16 de abril de 2005].
11. Ceará. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde da Família: um novo modelo de atenção. SESA; 1995.
12. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington: OPAS (Publicación Científica, 534); 1992.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Humanização da assistência hospitalar no Brasil. Brasília; 2002.
14. Sampaio JJC, Messias ELM. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: Jacques MG, Codo W., organizadores. *Saúde Mental & Trabalho: leituras*. 2ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2003. p. 143-72.
15. Araújo MAM, Silveira, LC. A saúde mental no município de Maranguape: aspectos epidemiológicos da população atendida no PSF. *Rev. RENE*, 2006; 7(3): 26-34.

Recebido em 03.07.2007 Aprovado em 31.10.2007