

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
LABORO-CONSULTORIA E EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ADRIANA LUIZA ARAÚJO DA SILVA
DENISE MURAD TEXEIRA
MARIA DA BATALHA CARVALHO COELHO
MARIA DA NATIVIDADE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**OPINIÃO DOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO DO PIRAPORA
SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SÃO LUÍS
2008**

**ADRIANA LUIZA ARAÚJO DA SILVA
DENISE MURAD TEXEIRA
MARIA DA BATALHA CARVALHO COELHO
MARIA DA NATIVIDADE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**OPINIÃO DOS USUÁRIOS DA UNIDADE SAÚDE DO BAIRRO DO PIRAPORA
SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho apresentado como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde
da Família da Universidade Estácio de Sá.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Zeni Carvalho Lamy.

**SÃO LUÍS
2008**

**ADRIANA LUIZA ARAÚJO DA SILVA
DENISE MURAD TEIXEIRA
MARIA DA BATALHA CARVALHO COELHO
MARIA DA NATIVIDADE OLIVEIRA DOS SANTOS**

**OPINIÃO DOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DO BAIRRO DO PIRAPORA
SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho apresentado como requisito para
obtenção do título de Especialista em Saúde
da Família da Universidade Estácio de Sá.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Zeni Carvalho Lamy
Orientadora

Prof^a. Ms. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem
Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em todos os momentos de nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivo dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A nossa orientadora, Dr^a Zeni Carvalho Lamy, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

A diretora Cassandra da Unidade de Saúde Pirapora e aos Agentes Comunitários de Saúde, pela acolhida e por possibilitarem acesso aos dados necessários à pesquisa.

Aos usuários da unidade de saúde de Pirapora, pela abertura e disponibilidade de participarem da pesquisa.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente na elaboração deste trabalho.

A recuperação dos valores e reconstituição da dimensão ética exige para o ser humano que, o outro volte a ser um ser humano. Um indivíduo, uma pessoa, com seus sorrisos e suas lágrimas. Este processo de reconhecimento do outro não se dá no anonimato. E o anonimato se ultrapassa no circuito de conhecidos, na comunidade.

Ladislau Dowbor

RESUMO

Estudo quantitativo, descritivo realizado na Unidade de Saúde do Bairro Pirapora, em São Luís-MA, com o objetivo de analisar a opinião dos usuários sobre o Programa Saúde da Família (PSF). Foram entrevistados 325 usuários, cadastrados na referida unidade, no período de dezembro de 2006 a janeiro de 2007. A maioria dos usuários foi de mulheres, a faixa etária predominante entre 20 a 29 anos, baixa escolaridade e tendo como principal ocupação “do lar”. Quase metade (47,3%), não conhece ou não sabe falar o que é o PSF, mas dos que tem clareza, apontam o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como principal referência profissional e destacam a facilidade de marcação de consultas e as visitas domiciliares como principais mudanças positivas, após a implantação do programa. Entre as atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde destacam-se as palestras educativas, sendo que mais da metade (51,7%) não participa, apresentando como principal justificativa, a falta de tempo. Na opinião da maioria dos usuários entrevistados, houve redução de filas, consideram o atendimento acolhedor e resolutivo e, declaram-se satisfeitos com o programa.

Palavras - chave: opinião; usuários; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Stud quantitative, descriptive held in the Health Unit of the District Pirapora, San Luis-MA, with the purpose of analyzing the views of users on the Family Health Program (PSF). We interviewed 325 users registered in that unit for the period December 2006 to January 2007. Most users were women, the predominant age group between 20 to 29 years old, poorly educated and with the main occupation "of the home". Almost half(47,3%), do not know or do not speak what the PSF, but those who have clarity, pontam the Community Health Agent (ACS), s the main reference work and highlight the ease of marking of consultations and the home visits as principals positive changes after the deployment of program. Between the activities developed by teams of health it is the educational lectures, and more than half (51, 7%) did not participate, presenting as the main reasons, the lack of time. In the opinion of most people interviewed, there was reduction in queues; feel the warmth and care solution, and declare themselves happy.

Key words: opinion. users. Family Health Program

LISTA DE SIGLAS

- ACS-** Agente Comunitário de Saúde
- CBO-** Classificação Brasileira de Ocupações
- DSTs-** Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ESB-** Equipe de Saúde Bucal
- ESF-** Estratégia Saúde da Família
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NOB-** Normas Operacionais Básicas
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- PACS-** Programa de Agentes Comunitários de saúde
- PSF-** Programa Saúde da Família
- SUS-** Sistema Único de Saúde
- SIAB-** Sistema de Informação da Atenção Básica
- USF-** Unidade Básica da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos usuários, segundo o sexo, faixa etária, escolaridade e situação conjugal.....	22
Tabela 2- Distribuição dos usuários, segundo a moradia, número de pessoas no mesmo domicílio e renda familiar.....	25

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários, segundo a ocupação.....	24
Gráfico 2- Distribuição dos usuários, segundo a atividade de lazer.....	27
Gráfico 3- Distribuição dos usuários, segundo a religião.....	28
Gráfico 4- Conhecimentos dos usuários sobre o PSF.....	29
Gráfico 5- Profissionais da equipe de saúde mais conhecidos, segundo os Usuários da Unidade de Saúde de Pirapora.....	30
Gráfico 6-Visitas realizadas pelos profissionais da equipe de saúde, segundo os usuários da Unidade de Saúde de Pirapora.....	31
Gráfico 7- Distribuição dos usuários, quanto ao conhecimento das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde.....	32
Gráfico 8- Distribuição dos usuários, quanto as dificuldades apresentadas para a participação nas atividades.....	34
Gráfico 9- Distribuição dos usuários, quanto às mudanças positivas ocorridas, após a atuação da equipe de saúde.....	35

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	7
LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE GRÁFICOS.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETO.....	13
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Geral.....	13
3.2 Específicos.....	13
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
4.1 Programa Saúde da Família no contexto da política de saúde brasileira...14	
4.2 Opinião do usuário sobre o sistema de saúde: possibilidade de redefinição de práticas na assistência à saúde.....18	
5 METODOLOGIA.....	20
5.1 Tipo de estudo.....	20
5.2 Local do estudo.....	20
5.3 Amostra do estudo.....	20
5.4 Coleta de dados.....	20
5.5 Variáveis do estudo.....	21
5.6 Análise dos dados.....	21
5.7 Considerações éticas.....	21
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	44
ANEXO.....	48

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), ao se inserir no contexto das políticas públicas de saúde, segundo Sousa (2000), assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime e acima de tudo resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as reais necessidades de cada indivíduo, identificando os fatores de riscos, aos quais ela está exposta e neles intervindo de maneira apropriada.

Conforme Fracoli & Bertolozzi (2003), o processo saúde-doença compõe momentos referentes à vida das pessoas que, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm de acesso às necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação a saúde, o lazer, etc.

Dessa forma, o Programa Saúde da Família procura aproximar os serviços de saúde à população, no sentido de garantir a atenção integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo da ação curativa.

O Ministério da Saúde, ao criar o Programa Saúde da Família, suscita uma nova proposta que visa à transformação do sistema de saúde, alterando o modelo assistencial e, tem como foco central o atendimento do indivíduo e de sua família no seu contexto. Entretanto, ainda há muita confusão entre o modelo tradicional e o atual.

Segundo Marques & Mendes (2002), apesar de ser perceptível o potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças, há quem afirme que sua capacidade de alteração do modelo assistencial não tem obtido o mesmo sucesso e não tem garantido de forma sistemática o acesso de sua clientela aos níveis de maior complexidade, nem a universalização da cobertura.

Partindo dessa compreensão, justifica-se a importância da temática, considerando que, embora o Programa Saúde da Família já se configure na sociedade como estratégia de mudanças na saúde, não temos clareza sobre a

opinião dos usuários em relação ao papel, funcionamento e diversos aspectos que permeiam a Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, compreendemos que a conquista da saúde enquanto direito legítimo de cidadania, constitui-se fundamento básico do Programa Saúde da Família. Logo, as opiniões dos usuários podem fornecer informações para visualizar o PSF, identificando com precisão sua lógica de funcionamento; se os princípios preconizados estão sendo atendidos e que reflexo isso pode trazer para o desenvolvimento das atividades pelas equipes de saúde da família, bem como propor estratégias de melhoria no funcionamento desses serviços. Ou seja, é uma oportunidade de se verificar se a oferta de serviços e adequação dos mesmos atende as expectativas da população adstrita, para que se possa repensar as práticas e intervir de maneira positiva no sistema.

Conforme Cotta *et al* (2005), a opinião dos usuários sobre a prática do PSF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo a democracia na saúde, além de favorecer a humanização no serviço.

Sendo assim, para investigarmos os aspectos referentes à questão centralizamos o nosso objeto de estudo na opinião dos usuários da Unidade de Saúde do Bairro Pirapora, por entendermos a sua relevância nesse processo.

Diante do tema a ser abordado, inicialmente procede-se resgatando o momento conjuntural em que se dá a emergência do Sistema de Saúde (SUS) no Brasil, situando à inserção do PSF nesse contexto.

Em seguida, descrevem-se os objetivos que nortearam o referido estudo, posteriormente a metodologia utilizada e, prosseguindo apresentam-se os resultados da pesquisa com a análise dos dados.

Concluindo, apontam-se algumas considerações que foram evidenciadas no decorrer da elaboração do trabalho.

2 OBJETO

Opinião dos usuários da Unidade de Saúde do Bairro do Pirapora sobre o Programa Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Analisar a opinião dos usuários da Unidade Saúde do Bairro do Pirapora sobre o Programa Saúde da Família.

3.2 Específicos

- Identificar o perfil sócio-econômico e cultural dos usuários da Unidade de Saúde Pirapora;
- Identificar o conhecimento dos usuários sobre as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família;
- Identificar mudanças ocorridas na assistência à saúde a partir da implantação do PSF;
- Verificar a existência de ações de humanização nas atividades desenvolvidas pela Equipe Saúde da Família, a partir da opinião do usuário.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Programa Saúde da Família no contexto da política de saúde brasileira.

Situando o Programa Saúde da Família no contexto da política de saúde brasileira faz-se necessário resgatarmos o momento conjuntural em que se dá a emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O referido programa não pode ser abordado de forma isolada, e sim, no conjunto da política de saúde e no contexto sócio-econômico e político no qual se desenvolveu.

Historicamente, as políticas de saúde no Brasil privilegiaram a medicina curativa em detrimento das ações de prevenção e da promoção da saúde. Mas, no final da década de 70 e início da década seguinte, repercutiam sobre o setor saúde os primeiros movimentos da transição democrática e a profunda crise econômica do país com especial repercussão no financiamento do Estado. Com a abertura política, emergem novos atores e movimentos sociais e, as reivindicações por serviços e ações de saúde passam a integrar com mais destaque a pauta de demanda. A sociedade brasileira começa a se mobilizar para exigir liberdades democráticas. No setor saúde, profissionais da área, acadêmicos, partidos políticos, lideranças sindicais e populares iniciaram um processo de questionamento sobre o Sistema Nacional de Saúde vigente.

Sendo assim, “SUS é produto de um processo social de participação da sociedade civil para garantir acesso universal e integral à saúde e, portanto, faz parte do esforço da sociedade por qualidade de vida “(MERCADANTE, 2003).

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma – Ata, URSS, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi firmado uma declaração que estabelece em seu artigo 1º

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estada completo de bem estar físico mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social cuja realização requer ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde.

Essa concepção unificou os movimentos sociais no Brasil em torno da democratização da saúde, consolidando no país o movimento pela Reforma Sanitária, onde foi discutido um novo modelo de saúde, cujas principais bandeiras eram:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE, 2003).

Como resultado dessa mobilização, foi realizado de 17 a 21 de Março de 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi precedida de amplo debate e pré-conferências, onde foi definido o conceito de saúde num sentido mais abrangente, estabelecendo que, “a saúde é a resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso da terra e o acesso a serviços de saúde.” (TEIXEIRA, 1992).

De acordo com o autor acima citado, diz ainda a 8ª Conferência que

Direito à saúde significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, a todos os habitantes do território nacional, levando o desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Essa concepção foi assumida pela Constituição Federal, promulgada em 1988 que, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado, instituiu o SUS, com direção única em cada esfera do governo, sendo regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (Leis Orgânicas da Saúde). As ações e serviços ofertados pelo SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 196 da Constituição Federal vigente, obedecendo a princípios doutrinários e organizacionais, que preconizam a

“Universalidade e acesso aos serviços de saúde em todos os níveis, integralidade de assistência, equidade, descentralização das ações e dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e a participação da sociedade.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Portanto, o SUS aparece no cenário nacional como uma proposta de modificação de estrutura de poder nos diversos níveis de governo, apresentando

uma nova concepção de saúde para “combater a irracionalidade do sistema anterior, o qual era constituído por muitas instituições que atuavam de maneira própria e isolada, ocasionando dispersão de recursos, paralelismo de ações e atendimento clientelista.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

É nesse contexto que surge o Programa Saúde da Família (PSF), caracterizando-se como uma das estratégias adotadas na maioria dos Estados, para garantir a oferta das ações e serviços na atenção básica à saúde, hoje sob a responsabilidade dos municípios, assumindo importância fundamental na reorganização do SUS. A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Andrade (2005), o PACS, teve como objetivo contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de mortalidade infantil e materna na região nordeste do Brasil e foi o primeiro programa a focar a família como uma unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de área de cobertura por família.

A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Sua expansão ganhou novo impulso a partir de 1996, com operacionalização da NOB-SUS-96, “que foi criada para reordenar a política de atenção à saúde da população, ampliando os campos da saúde e direcionando recursos e atividades”. (ANDRADE, 2005).

O objetivo do PSF, segundo o Ministério da Saúde (2000) é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitar às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Conforme Chiesa & Fraccolli (2004), o Ministério da Saúde propõe o Programa Saúde da Família, como estratégia de reestruturação do modelo assistencial dominante, constituindo uma unidade prestadora de serviços e atuando numa lógica de transformação das práticas de saúde na atenção básica.

As diretrizes que norteiam as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família, que atualmente é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), são orientados pelos seguintes princípios: “territorialização, resolutividade, vínculo e coresponsabilização, humanização, atenção à família e aos indivíduos no seu contexto, participação social e trabalho em equipe” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Esta estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família com equipes multiprofissionais, composta por médicos generalistas, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, devendo estes profissionais se responsabilizarem pelo acompanhamento “de 600 a 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Quando ampliadas, as equipes contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental, formando a Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Cada equipe multiprofissional assume a responsabilização por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos. E, para intervirem no contexto em que estão inseridas, compartilham conhecimentos e informações. Assim, para lidarem com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, o profissional deve conhecer, além de suas atribuições específicas, o trabalho de toda a equipe.

Conforme as orientações do Guia Prático do Programa Saúde da Família, elaborado pelo Ministério da Saúde, as atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família são: planejamento de ações, promoção e vigilância à saúde, trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família.

Sendo assim, a equipe multiprofissional deve estar preparada para:

Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar com a participação da comunidade um plano para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e

no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial; desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Com a implantação do PSF, os antigos Postos de Saúde ou Centros de Saúde foram reestruturados, constituindo-se em Unidades de Saúde da Família (USF). No modelo tradicional estes Postos ou Centros de Saúde trabalhavam sem compromisso com a comunidade, limitando-se na maioria das vezes, em vacinar crianças, atender consultas ambulatoriais e encaminhar pacientes para hospitais, sem resolutividade necessária. Hoje, as USFs se propõem a trabalharem com uma nova lógica, para dar respostas às necessidades básicas de saúde da comunidade adstrita, responsabilizando-se pela referência e contra-referência para a continuidade dos cuidados básicos. Portanto,

“a função das USF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando integralmente à saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nesse sentido, a implantação de um novo modelo para substituir o da rede básica tradicional assume o desafio de garantir o acesso igualitário de todos os serviços de saúde.

4.2 Opinião do usuário sobre o sistema de saúde: possibilidade de redefinição de práticas na assistência à saúde.

Nas últimas décadas no Brasil, o setor saúde tem adotado políticas para o resgate da qualidade, possibilitando a renovação dos modelos e práticas da atenção ao cuidado à saúde. Com o surgimento da discussão sobre a reorganização do sistema de saúde, o conhecimento da opinião dos usuários em relação aos serviços oferecidos, aparece como importante componente na qualidade do cuidado, uma vez que fornece informações adequadas para a transformação de práticas desenvolvidas nas instituições de saúde.

Sendo assim, a escuta dos usuários do SUS, as opiniões e demandas da população (...) devem ser valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Portanto, as

opiniões são pertinentes e oportunas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Programa Saúde da Família.

Neste aspecto, se situa a humanização na atenção à saúde, ao adotar uma postura ética de respeito e acolhimento ao usuário, entendido como cidadão e não apenas como um consumidor do serviço de saúde (COTTA, 2005).

Leal *et al* (1990), consideram, que conhecer e valorizar as opiniões trazidas pela comunidade implica em ampliar a compreensão por parte dos profissionais de saúde de valores, conflitos e/ou contradições acerca das condições de saúde. Para Rocha *et al* (1986), entre vários aspectos apontados, a partir do ponto de vista da população usuária, são relevantes as opiniões em termos de avaliação da assistência médica, pois fornece elementos ao planejamento, à administração e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Nesse sentido, a participação comunitária é extremamente importante para o controle da qualidade dos serviços de saúde, devendo o usuário fazer parte de todo processo de avaliação e tomada de decisão. Diante disso, Aguiar & Moura (2004), apontam que a ESF deve estar atenta para abrir canais de participação aos usuários dentro dos serviços de saúde e que seja de maneira sistemática e contínua. Assim procedendo, as equipes poderão favorecer a troca entre comunidade e serviços de saúde e realizar avaliação contínua por parte de seus beneficiários, o que seguramente irá trazer esses profissionais e suas ações para mais próximo das reais necessidades das populações as quais se encontram vinculado.

Portanto, as opiniões dos usuários são fundamentais no processo de avaliação da atuação das equipes de saúde do PSF, uma vez que são capazes de apontar melhorias e desafios, bem como sugerir caminhos coerentes à superação das necessidades.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Foi realizada uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva.

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Bairro Pirapora, na área 37. A referida área é acompanhada por uma equipe de saúde, constituída por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que atuam na Unidade Básica de Saúde de Pirapora, em São Luís.

5.3 Amostra do estudo

A amostra foi calculada a partir da população de usuários das seis micro-áreas, onde estão adstritas 1100 famílias. Foram considerados como critério de inclusão adultos maiores de 20 anos e como critério de exclusão pessoas portadoras de deficiências, que impossibilitassem a resposta ao questionário. Desta forma, contamos com 4.500 pessoas elegíveis para a pesquisa. O número de entrevistados foi definido segundo critérios de cálculo amostral para estudos populacionais descritivos, totalizando 325 usuários.

Para a definição dos entrevistados utilizamos a randomização através da seguinte técnica: o primeiro entrevistado foi sorteado entre o número 01 a 05 e os próximos seguiram o espaço amostral 5.

Não houve perdas no estudo, todas as pessoas foram encontradas e aceitaram participar da pesquisa.

5.4 Coleta de dados

O processo de coleta de dados foi realizado pelas quatro pesquisadoras, no mês de dezembro de 2006 e janeiro de 2007. A primeira etapa da coleta de dados

foi a identificação da população de estudo junto às fichas do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

O segundo passo compreendeu a aplicação de questionários na Unidade de Saúde do Pirapora e nos domicílios de acordo com a conveniência dos entrevistados, sendo realizado nos turnos matutino e vespertino, nos dias úteis da semana.

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas, previamente elaboradas (Apêndice 1).

5.5 Variáveis de estudo

Serão consideradas as variáveis relativas ao perfil sócio-econômico e cultural dos usuários (idade, sexo, escolaridade, ocupação e lazer); sobre o conhecimento das ações desenvolvidas pelo PSF; e a opinião sobre as mudanças ocorridas após a implantação do PSF.

5.6 Análise dos dados

A análise foi realizada no programa EPIINFO do CDC de Atlanta. As respostas obtidas foram tabuladas e apresentadas em forma de médias e percentuais.

5.7 Considerações éticas

O estudo foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e todos os selecionados para a entrevista foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo somente entrevistados após leitura e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice 2).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O total de usuários entrevistados foi de 325, selecionados nas seis micro-áreas de atuação da equipe do Programa de Saúde da Família da unidade do Bairro de Pirapora. Os resultados obtidos serão apresentados em forma de gráficos, segundo as variáveis do estudo.

Considerando as informações obtidas através da pesquisa de campo evidenciou-se a realidade descrita a seguir.

Tabela1 – Distribuição dos usuários, segundo sexo, faixa etária, escolaridade e situação conjugal. São Luís-MA, 2007.

VARIÁVEL	N	%
SEXO:		
Masculino	62	19,1
Feminino	263	80,9
FAIXA ETÁRIA		
20 a 29 anos	109	33,5
30 a 39 anos	71	21,9
40 a 49 anos	63	19,4
50 a 59 anos	39	12,0
60 a 69 anos	28	8,6
> de 69 anos	15	4,6
ANOS DE ESTUDO		
Até 04 anos	82	25,2
04 a 08 anos	94	28,1
Mais de 08 anos	137	42,0
Não alfabetizados	12	4,7
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Solteiro	120	36,9
Casado	106	32,6
União estável	71	21,9
Viúvo	17	5,2
Separado	11	3,4

Fonte: Pesquisa Direta

Constata-se, conforme Tabela 1, que 80,9% dos entrevistados são do sexo feminino, enquanto que apenas 19,1% são do sexo masculino, o que vem confirmar com os dados do SIAB, onde a maioria da população cadastrada é de mulheres.

A predominância do sexo feminino tem uma relação com a dinâmica da maioria das famílias, em que o homem tem uma maior participação do trabalho extradomiciliar, ficando a mulher com os afazeres domésticos e o cuidado dos filhos. Cabendo a esta a responsabilidade pela saúde da família. Sendo assim, a mulher

termina por ser o membro da família que mais procura o serviço de saúde, estando mais presente na unidade de saúde.

Nesse sentido, Queiroz (1993) aponta que, na família de um modo geral a dona de casa é o personagem principal no trato de questões de saúde e de doença. De um modo quase unânime, é ela quem avalia as condições de saúde de sua família e toma a decisão de procurar os agentes de cura considerados necessários para cada caso de doença.

Por outro lado, a baixa presença dos homens nas unidades de saúde de acordo com Aguiar & Moura (2004), pode ser justificada também pelo fato de que os serviços do PSF estão mais estruturados para oferecer ações voltadas para a saúde da mulher, pois historicamente, a saúde materno-infantil constitui-se em pauta no campo da Saúde Pública. Enquanto que há ausência de serviços voltados para homens, como a prevenção do câncer de próstata e de detecção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), além de que os horários de funcionamento dos serviços de saúde são incompatíveis com os horários da jornada de trabalho.

Os referidos autores apontam ainda que, se as ESFs estão comprometidas com a abordagem na perspectiva da família, há que se criar condições de aproximar os homens aos serviços de saúde e vice-versa.

Com relação à faixa etária, Tabela 1 observou-se que a maioria dos usuários entrevistados tem entre 20 a 29 anos com o percentual de 33,5%, seguida da faixa compreendida entre 30 a 39 anos, com 21,9%.

De acordo com Aguiar & Moura (2004), variação da faixa etária é um dado favorável à obtenção de uma maior diversidade de opiniões, tendo em vista que as demandas e percepções sobre os serviços de saúde variam de acordo com a faixa etária dos indivíduos.

Desses usuários, evidenciam-se, ainda na Tabela 1, que 42% freqüentaram a escola por mais de oito anos; 28,1% entre quatro a oito anos; 25,2% até quatro anos e 4,7% nunca freqüentou a escola.

Ressalta-se que esse aspecto, deve ser considerado, na abordagem das ações educativas, adequando as informações, de acordo com público alvo, para que possam ser compreendidas, estabelecendo uma relação entre profissionais e usuários, que permita a troca de experiência e esclarecimentos de dúvidas, contribuindo para a reflexão individual. Nesse sentido, o profissional de saúde comprometido com a prática educativa estabelece vínculos e valoriza as relações humanas respeitando as diferenças individuais.

De acordo com Eluf (2005), o educador ou agente de saúde deve utilizar uma linguagem simples e clara, possibilitando o desenvolvimento dos conceitos num clima de tranquilidade, respeito e harmonia.

No que se refere à situação conjugal, 36,9% são solteiros, 32,6 % casados e 21,9% vivem em união estável.

No tocante à ocupação, averiguou-se, conforme Gráfico 1, que 30,1% dos usuários são do lar, seguidos de autônomos e desempregados, representando os percentuais de 13,8% e 10,1% respectivamente.

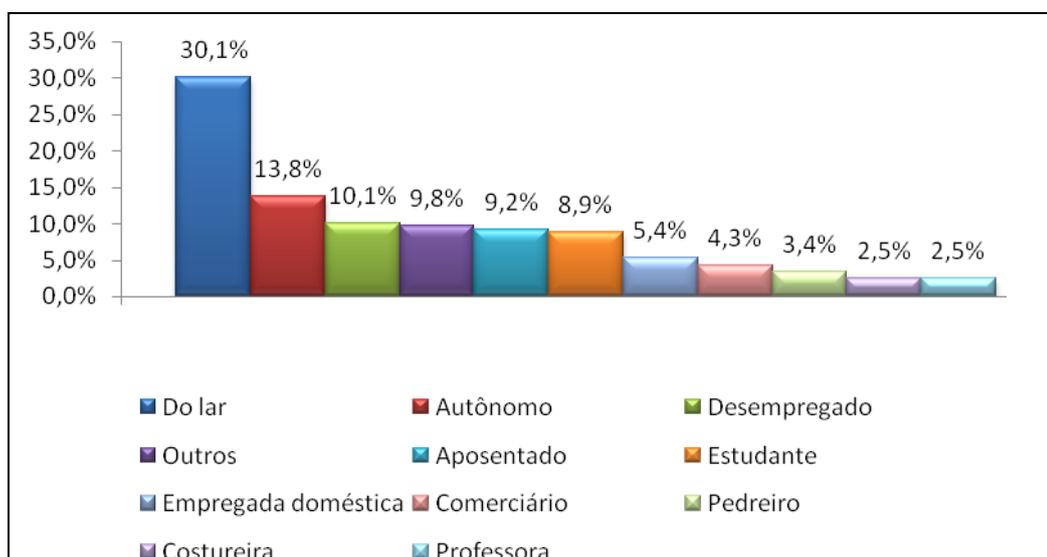


Gráfico1-Distribuição dos usuários, segundo a ocupação dos usuários. São Luís-MA, 2007.

De acordo com o Censo do IBGE 2000, a participação da mulher no mercado de trabalho aumentou, embora esteja muito abaixo dos índices masculinos. Segundo Fernandes (2004), essa participação relevante pode ser justificada, pela emancipação voluntária das mulheres, no sentido de maior conscientização de seus direitos e papéis na sociedade e talvez mais fortemente pelas crescentes necessidades de sobrevivência que não são mais respondidas pelos homens, ou porque estejam desempregados ou porque abandonaram o lar.

Apesar da crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, historicamente, o papel das mulheres relaciona-se geralmente às atividades domésticas e ao cuidado das crianças, notadamente nos domicílios mais pobres. Fato revelado na pesquisa, que apontou um elevado percentual de entrevistados que têm a ocupação “do lar”. Mas, embora esse dado apareça como ocupação, não encontramos codificação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

De acordo com Bruschini & Lombardi (2000), em nossa sociedade, os afazeres domésticos são tidos como responsabilidade da mulher, qualquer que seja sua situação social, sua posição na família e trabalhe ela ou não fora do lar. Quando esses afazeres são realizados pela dona-de-casa, no âmbito da família, eles não são considerados como trabalho e são computados pelas estatísticas como inatividade.

Tabela 2-Distribuição dos usuários segundo moradia, número de pessoas no mesmo domicílio e renda familiar. São Luís-MA, 2007.

VARIÁVEL	N	%
MORADIA		
Própria	239	88,9
Alugada	19	5,8
Cedida	17	5,3
Nº. DE PESSOAS NO DOMICÍLIO		
1 a 3 pessoas	78	24,0
4 a 6 pessoas	185	56,9
Mais de 7 pessoas	62	19,1
RENDA FAMILIAR		
Até 1 salário mínimo	183	56,3
1 a 3 salários	127	39,1
Mais de 4 salários	15	4,6

Fonte: Pesquisa direta

Quanto à moradia, Tabela 2 verifica-se que a maioria dos usuários, representando o percentual de 88,9%, possui casa própria. A relevância desse percentual pode ser atribuída à forma como ocorreu a ocupação em São Luís, entendendo que a questão da moradia é um dos graves problemas sociais, atingindo grande parte da população brasileira, que termina por ocupar desordenadamente o solo urbano que, embora não conte com um serviço de infra-estrutura básica, garante minimamente um espaço para morar.

Em relação ao número de pessoas que moram no mesmo domicílio, a Tabela 2 mostra que, a maioria dos usuários reside com quatro a seis pessoas, totalizando o percentual de 56,9%.

Segundo o Censo do IBGE 2000, as famílias viviam junto com outra até duas gerações. A forma de arranjo familiar mais comum é de filhos que depois de casados, continuam vivendo com os pais, em decorrência do crescimento de separações e dos filhos de mães solteiras que utilizam como estratégia morar na mesma casa.

Conforme a Tabela 2, 56,3% dos usuários informou que a renda familiar mensal é de um salário mínimo, enquanto que, para 39,1% varia de um a três salários e, somente 4,6% tem renda superior a quatro salários.

Diante disso, percebe-se que a maioria dos entrevistados é de baixa renda, o que vem refletir nas condições de vida desta população, inclusive na saúde, entendendo que a renda constitui um dos determinantes sociais, que condicionam a saúde do cidadão, colocando em risco a sua saúde e a qualidade de vida de sua família.

Segundo as disposições gerais da Lei orgânica nº.8.080 de 19/09/90, art. 3º:

"A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país".

De acordo com o Gráfico 2, a maioria dos usuários, com o percentual de 49,5%, não pratica nenhuma atividade de lazer. Dos que a praticam, apenas 15% vão à praia.

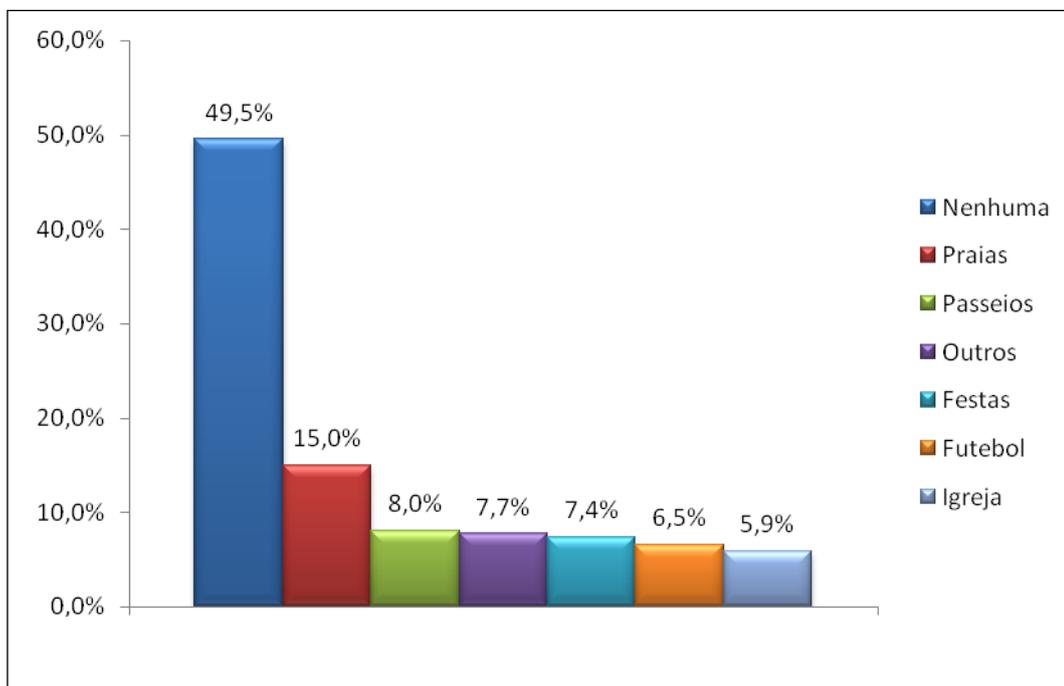


Gráfico 2 – Distribuição dos usuários, segundo a atividade de lazer. São Luís – MA, 2007.

Esse dado é preocupante, considerando que o lazer é um recurso que melhora a qualidade de vida das pessoas, pois promove saúde e bem estar geral. De acordo com a Carta internacional de educação para o lazer (1993), lazer se refere a uma área específica da experiência humana com seus próprios benefícios, incluindo liberdade de escolha, criatividade, satisfação, diversão e aumento de prazer e felicidade. É um direito humano básico, como educação, trabalho e saúde, e ninguém deverá ser privado deste direito por discriminação de qualquer tipo. Mas os pré-requisitos e as condições para o lazer não podem ser garantidos somente pelo indivíduo. O desenvolvimento do lazer exige ação coordenada por parte de governos, organizações não-governamentais, voluntários, indústrias, instituições de ensino, etc.

Segundo Dominguez (1998), o estímulo à ação intersetorial dentro da reorganização das práticas de trabalho, é um elemento importante no desenvolvimento das atividades pelas equipes de saúde da família. Sendo assim, as

equipes de saúde devem desenvolver projetos de lazer através de parcerias com os setores públicos, possibilitando à comunidade participar de atividades de lazer.

Quanto à religião, o Gráfico 3 demonstra que 74,2% dos usuários entrevistados são católicos, enquanto que 19,1% evangélicos.

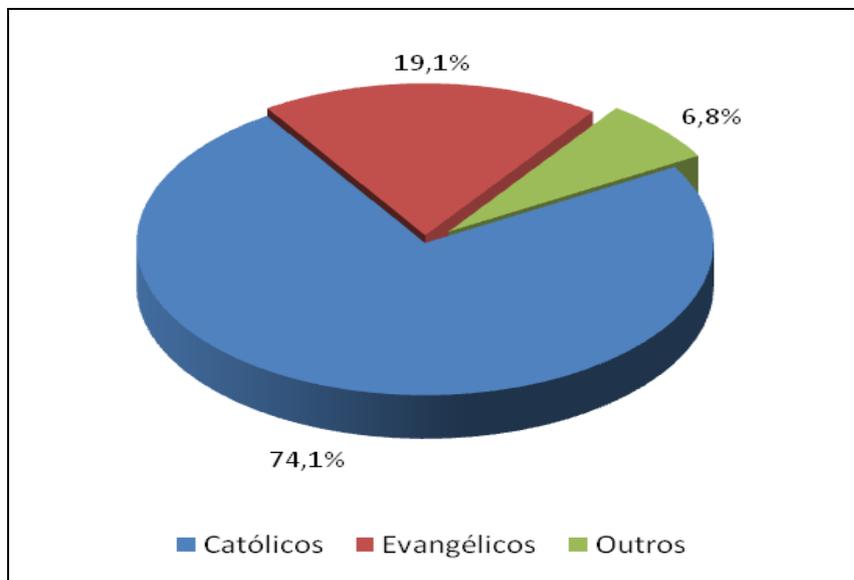


Gráfico 3 – Distribuição dos usuários, segundo a religião. São Luís-MA, 2007.

Na orientação das ações de saúde é fundamental conhecermos os indivíduos para os quais se destinam essas ações. É necessário conhecer seus hábitos, papéis, condições objetivas em que vivem e, também as suas crenças, de forma que o envolvimento dos indivíduos nas ações não ocorra por imposição.

Com base nos dados apresentados no Gráfico 4, referente ao conhecimento dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família, 43,4% dos entrevistados desconhecem ou não sabem falar o que é o PSF e 14,5% compreendem como um programa que realiza atendimento em casa ou faz visita domiciliar.

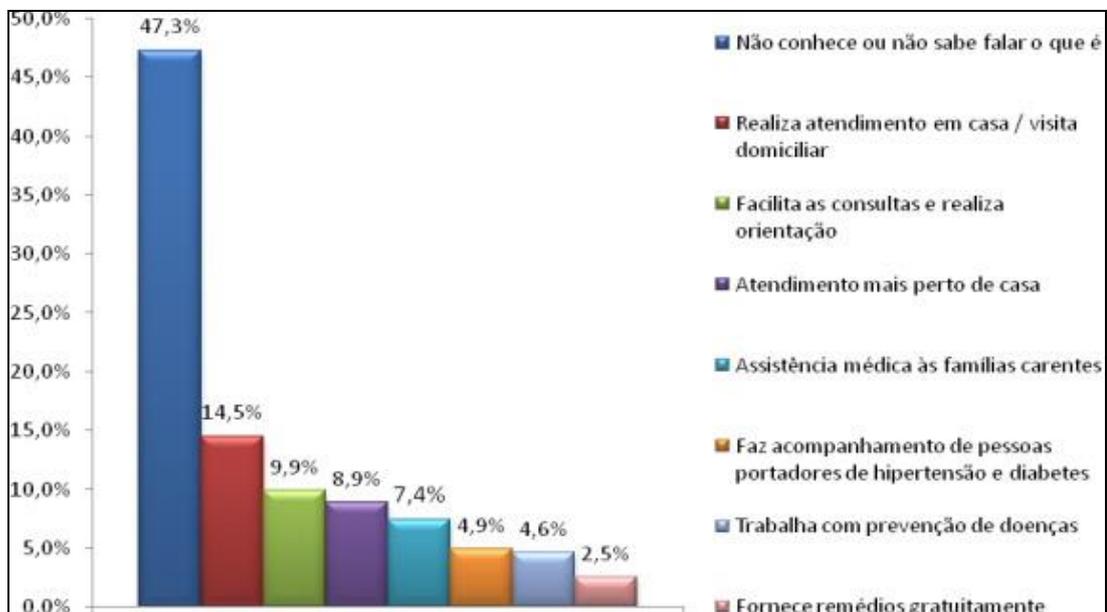


Gráfico 4 - Conhecimento dos usuários da Unidade de Saúde de Pirapora, sobre o PSF. São Luís – MA, 2007.

Observa-se que, embora as mudanças sejam perceptíveis e que a maioria da população busca atendimentos nas Unidades de Saúde da Família, muitos usuários têm dificuldades de visualizar o PSF ou identificar com precisão a sua lógica de funcionamento, tendo uma visão fragmentada, baseada em suas experiências individuais.

Segundo Trad & Bastos (1998), geralmente a unidade de saúde é referida como “posto”. Contudo a população identifica que existe algo que os diferencia dos demais, reconhecendo o seu impacto sobre o cuidado à saúde da população. Ainda que de forma fragmentada, os usuários do PSF identificam que as equipes realizam um tipo de cuidado que inverte o padrão de assistência, prestado pelo sistema de saúde tradicional.

Verificou-se conforme, mostra o Gráfico 5, referente aos profissionais mais conhecidos do programa Saúde da Família, que o Agente Comunitário de Saúde foi o mais citado, com 71%.

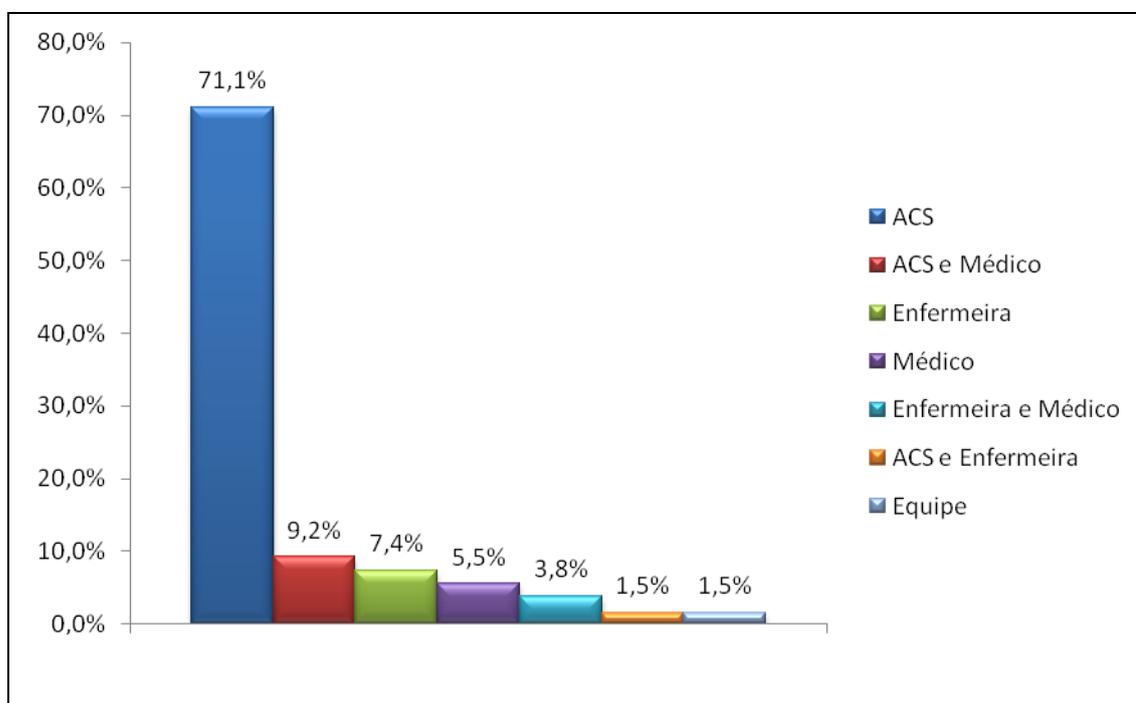


Gráfico 5 - Profissionais da equipe de saúde, mais conhecidos, segundo os usuários da Unidade de Saúde de Pirapora. São Luís – MA, 2007.

A relevância do percentual atribuído aos ACS, pode ser justificada pelo fato destes estarem em permanente contato com a comunidade, vivendo e fazendo parte dela. Os Agentes Comunitários servem como mediadores entre a comunidade e os demais profissionais de saúde, criando vínculo entre os dois universos culturais distintos: o científico e o popular, facilitando o acesso aos demais profissionais de saúde ou serviços competentes.

Segundo Sousa (2001), o Agente Comunitário de Saúde tem uma missão clara, pois deve ser alguém inteiramente identificado com sua própria comunidade, com os mesmos valores, costumes e linguagem, cuja capacidade de liderança se reverte em ação comunitária em prol da melhoria das condições de vida e de saúde, apoiada pela ação governamental.

Sobre as visitas domiciliares, o Gráfico 6, demonstra que o total de 94,5% dos usuários já recebeu visitas de algum profissional da equipe de saúde, sendo que o ACS, também foi o mais citado com 84,3%, como sendo o que mais realiza visitas domiciliares.

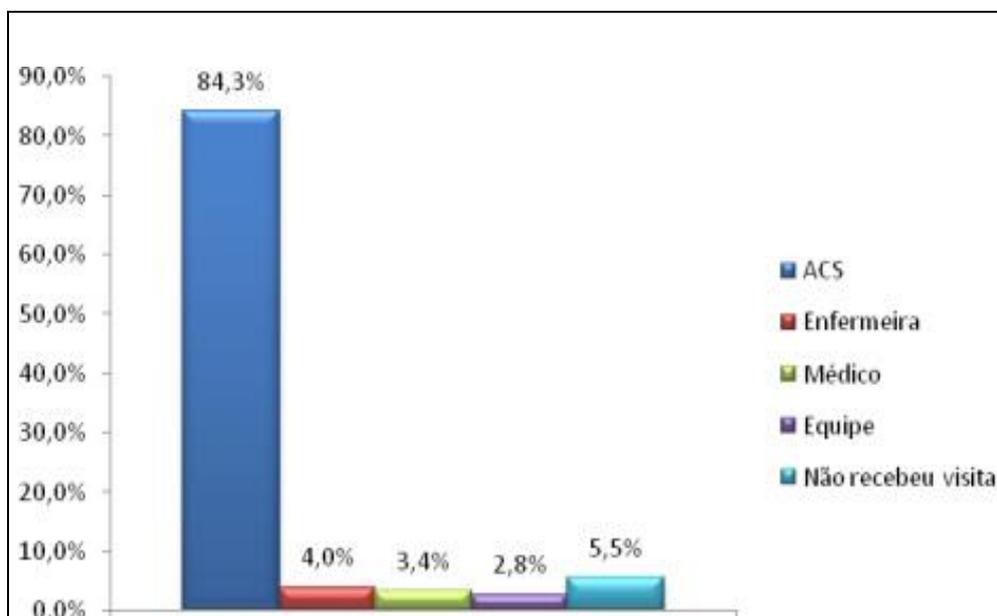


Gráfico 6 - Visitas realizadas por profissionais da equipe de saúde, segundo os usuários da Unidade de Saúde de Pirapora. São Luís – MA, 2007.

A visita domiciliar é fundamental na intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou planejamento de ações que visam à promoção da saúde da coletividade, levando o profissional de saúde mais próximo das famílias dos usuários, humanizando o atendimento e com isso impõem aos profissionais um maior compromisso, criando assim um vínculo com a família.

Para Takahashi & Oliveira (2004), a visita domiciliar possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a *constatação "in loco"* da real condição de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe.

Segundo o Ministério da Saúde (2000) o Agente Comunitário de Saúde:

[...] realiza a maior parte de visitas mensalmente e enfatiza orientações sobre prevenção de doenças, sobre o funcionamento das unidades de saúde, sobre o uso da medicação, bem como a realização de encaminhamentos para as unidades em caso de doenças registros das famílias e das situações de doenças e verifica os cartões das crianças.

Vale ressaltar que o percentual do ACS é representativo, tendo em vista que todas as famílias cadastradas devem receber visitas mensalmente do mesmo, enquanto que o baixo percentual de visitas domiciliares realizada por outros profissionais deve-se ao fato, das mesmas serem indicadas ou agendadas pelo ACS, de acordo com a necessidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Quanto ao conhecimento sobre as atividades desenvolvidas pelo PSF, o Gráfico 7 mostra que 31% dos usuários afirmaram não conhecê-las e dos que as conhecem, as palestras educativas foi a mais citada por 25% dos entrevistados.

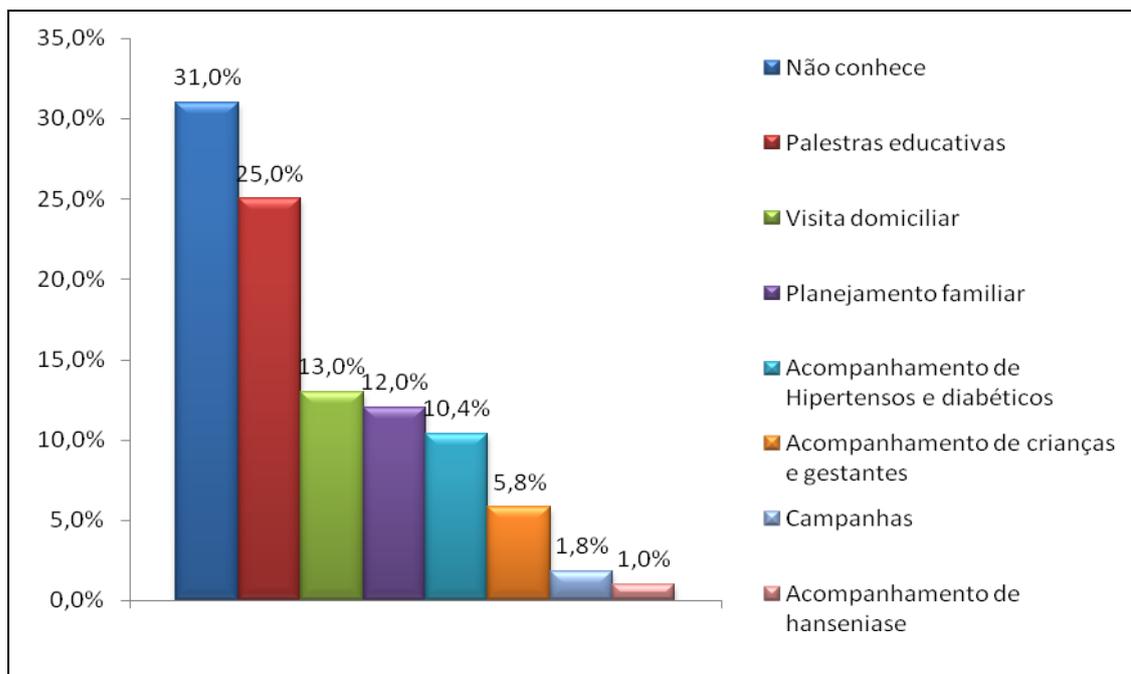


Gráfico 7 – Distribuição dos usuários, quanto ao conhecimento das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde. São Luís-MA, 2007.

No âmbito do PSF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento produzido no campo da saúde é intermediado pelos profissionais, desenvolvendo a compreensão dos condicionantes

do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para adoção de novos hábitos e condutas de saúde voltada à melhoria do autocuidado dos indivíduos. Nessa perspectiva, a prática educativa visa o desenvolvimento da autonomia e a responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde. Ou seja, “a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção e promoção da saúde” (ALVES, 2005).

No que se refere à participação dos usuários nas atividades, somente 48,3% dos entrevistados freqüenta as atividades, sendo que, dos 51,7% que não freqüentam, estão incluídos os que não conhecem as atividades.

Isto nos remete à falta de informação da população quanto ao Programa e ao questionamento das razões de tal desconhecimento. Sendo assim, ressalta-se que a inclusão da população nas atividades desenvolvidas pela ESF, depende essencialmente da atuação da equipe de saúde da família, que deve trabalhar na construção de espaços coletivos, possibilitando a participação efetiva da comunidade, na perspectiva do cuidado à saúde dos indivíduos, bem como nos processos de promoção e educação em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, (2000) a comunicação é um elemento indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de difusão do processo educativo. Enquanto atividade de apoio aos programas de saúde, constitui-se um recurso para o estabelecimento de confiança e vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde. Nesta concepção, é importante que o profissional de saúde tenha um maior envolvimento no que se refere à divulgação das atividades e o compromisso de utilizar a comunicação como meio facilitador e de propagação das atividades desenvolvidas na comunidade.

Conforme o Gráfico 8, o principal motivo que dificulta a participação dos usuários nas atividades desenvolvidas pela equipe é a falta de tempo com 36%, seguido do desconhecimento da existência das atividades com, 31%

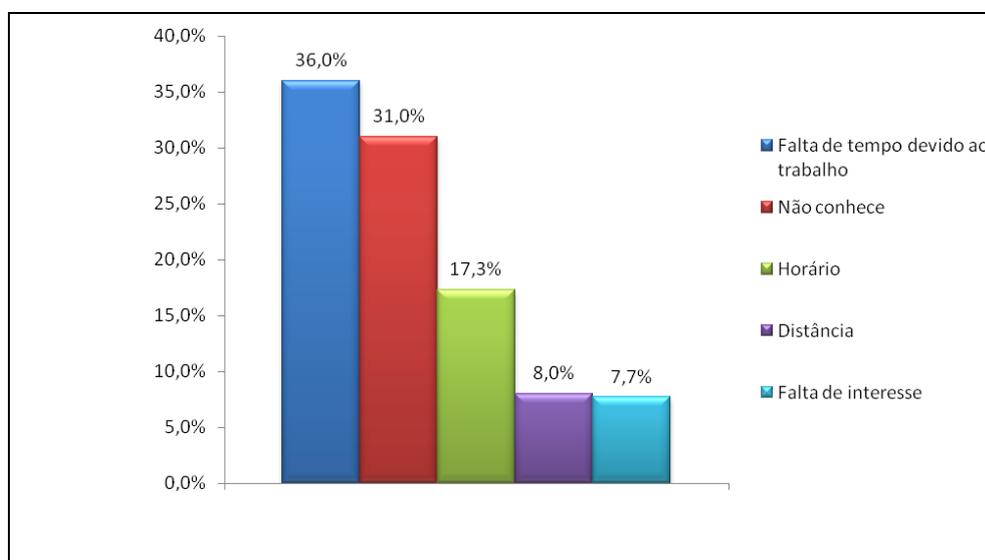


Gráfico 8 - Distribuição dos usuários, quanto às dificuldades apresentadas para a participação nas atividades. São Luís, 2007.

Dessa forma, percebe-se que a participação citada pelos entrevistados, está associada à presença dos usuários nas atividades oferecidas pela equipe de saúde o que demonstra uma forma de representação do princípio da participação muito limitado e que não conduz com a ampla proposta abordada em várias literaturas.

Para Vasconcelos (2001), a participação no sentido amplo é uma conquista na qual os sujeitos participam e entendem de todas as fases do processo, o qual não pode ser considerado acabado e completo. Sendo assim a participação é uma conquista processada.

Cabem aos profissionais da equipe de saúde, discutir as causas da não adesão da população nas atividades desenvolvidas e de possíveis estratégias para resgatar a participação dos usuários.

Em relação às mudanças ocorridas após a atuação da equipe de saúde na comunidade, o Gráfico 9, demonstra que o total de 89,5% dos entrevistados reconhece que houve mudanças positivas, sendo a facilidade de marcação de consultas a mais considerada por 48,6%. Os demais percentuais demonstram a percepção dos entrevistados quanto ao trabalho de educação em saúde realizada

pela equipe do PSF, como fator básico de prevenção e promoção da saúde, através dos programas destinados a hipertensos e diabéticos entre outros.

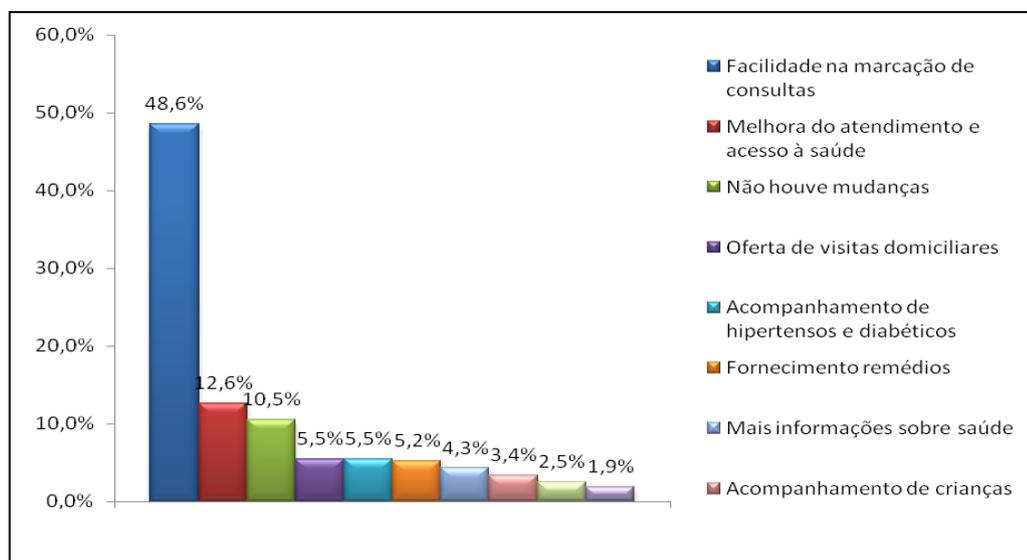


Gráfico 9 - Distribuição dos usuários, quanto às mudanças positivas ocorridas após a atuação da equipe de saúde. São Luís – MA, 2007.

Segundo Chiesa & Fracolli (2004), tais mudanças ocorrem porque o modelo proposto pelo PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde, além da assistência individual, como elementos diferenciadores para construção de um novo modelo, cujo foco se amplia para o indivíduo, família e comunidade.

De acordo com Murai *et al* (2002), a efetivação dessa mudança na saúde tem início na percepção das equipes responsáveis pela definição e implantação das políticas públicas, democratizando soluções, viabilizando a estratégia e dando qualidade de atendimento ao usuário, entendendo que os profissionais de saúde também requerem mudanças de comportamento e comprometimento com a comunidade, fazendo-os co-responsáveis da promoção de saúde. Melo & Araújo (1992), reafirmam essa posição, destacando que a implantação do PSF traz um novo desafio para os trabalhadores de saúde que é o de rever sua prática diante do novo paradigma, para que possam enfrentar os agravos e problemas de saúde.

Ainda no âmbito deste estudo pudemos verificar que, para 86,8% dos usuários, houve redução de filas e tempo de espera nos atendimentos, após a implantação do Programa saúde da Família.

Historicamente, a população usuária dos serviços públicos de saúde vem sofrendo com as filas e longos períodos de espera para o atendimento. Entretanto, quando comparado com a situação anterior ao PSF, existe um reconhecimento de avanços nessa questão. Tais índices podem estar relacionados ao fato de que as USFs trabalham com uma população adstrita e realizam agendamento prévio de consultas, possibilitando maior agilidade no atendimento, que segundo Trad & Bastos (1998), humaniza o atendimento, reduzindo filas, diminuindo prazos, respeitando urgências e emergências, bem como aumentando a capacidade de revolução de problemas de saúde.

Entretanto, para Franco e Merhy (1999), é uma ilusão as unidades de saúde se estruturarem para atender somente aos usuários que devam ser referenciados, já que é grande a dificuldade de conter a demanda espontânea, uma vez que a população em situação de sofrimento e dor, busca as UFS que, por não estarem estruturadas para esse tipo de atendimento, não atende satisfatoriamente a população, que acaba procurando outros serviços.

Com relação ao acolhimento, 93% dos usuários informaram que o atendimento é acolhedor e resolutivo.

O acolhimento representa uma estratégia para o alcance da humanização na atenção à saúde, onde a equipe multiprofissional deve responsabilizar-se pela resolução dos problemas de saúde da comunidade, estabelecendo vínculos com os usuários. Uma boa acolhida possibilita estabelecimentos de vínculos de confiança, onde o usuário sente-se valorizado e percebe que o profissional está atento às suas palavras e ao motivo que levou até a unidade de saúde. Nesse contexto, as vontades e liberdade de cada indivíduo e da comunidade devem ser respeitadas, possibilitando-os exercer o princípio ético da autonomia, através de ações descentralizadas, facilitando assim a participação da comunidade nas decisões a serem tomadas pelos serviços de saúde.

O acolhimento segundo Teixeira (2003), significa a atenção dispensada, através da escuta, a valorização das queixas e à identificação das necessidades transformadas em objetos de ação de saúde. Para Schimith e Lima (2004), o acolhimento na saúde deve se constituir uma nova ética da diversidade e tolerância

ao diferente, da inclusão social com escuta solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania.

Cabem as equipes de saúde a adoção de práticas que valorize o acolhimento enquanto instrumento de trabalho precioso no atendimento, que não deve ser utilizado somente na recepção do usuário, mas sim, apropriado por todos os profissionais de saúde em todos os atendimentos.

Quanto à informação observou-se que 89,9% dos usuários recebem informações necessárias quando solicita.

Destaca-se que a informação é um direito básico do usuário assegurado pela Constituição Federal. A carência de informações ou informações fragmentadas ou inadequadas sobre questões de interesse do usuário, influencia negativamente em todo processo de trabalho. Dessa forma, todo usuário tem o direito de obter informações precisas sobre o horário de funcionamento das unidades de saúde, tipo de serviços oferecidos, forma de acesso e outros dados necessários à prestação do serviço.

De acordo com Zoboli *et al* (2001), a transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem que seja garantido o direito à informação ao usuário, pois constitui um direito vital para que o usuário possa tomar decisões. Todos os integrantes da Equipe Saúde da Família, quer seja enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médicos, ou agentes comunitários de saúde devem estar conscientes da responsabilidade individual de esclarecer aos usuários sobre questões que lhes são mais afeitas.

Trad *et a* (2002), acrescenta que os profissionais devem esclarecer os usuários de forma clara, entendendo que o nível de informação está condicionado, entre outros aspectos, pelo grau de escolaridade do usuário e a eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizada no âmbito do PSF.

No que se refere à satisfação do usuário em relação aos serviços realizados pelos profissionais de saúde na sua comunidade, verificou-se que 87,4% dos entrevistados declararam-se satisfeitos.

A Satisfação do usuário é crucial para o enfrentamento e restabelecimento do processo saúde-doença. Pode ser entendida como um importante componente de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, onde são considerados o acesso e disponibilidade, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde e resolutividade entre outros aspectos. Neste sentido, Trad *et al* (2002), apontam que o grau de satisfação dos usuários traduz um julgamento sobre as características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

De acordo com Esperidião (2004), a satisfação do usuário é fundamental para a efetividade do cuidado e garantia da continuidade do tratamento, com ganhos para todo o sistema de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo efetivado, torna-se possível apontar, ainda que de forma preliminar, algumas considerações que foram sendo evidenciadas no decorrer desta elaboração. Ressalta-se, no entanto que o trabalho apresenta limitações e incompletudes, tendo em vista a amplitude e complexidade da temática.

Inicialmente reafirmamos a compreensão de que a inserção do Programa Saúde da Família, enquanto proposta do Ministério da Saúde, que visa à transformação do sistema de saúde, alterando o modelo tradicional, tem como importante componente para a efetivação dessa mudança, as opiniões dos usuários, entendendo que estas, favorecem o conhecimento de aspectos do trabalho desenvolvido pelo PSF e, conseqüentemente, apontam possibilidades e caminhos para o seu redirecionamento.

Após a análise dos dados, verificamos que a maioria dos usuários é do sexo feminino (80,9%), faixa etária predominante entre 20 a 29 anos (33,5%) e 42% estudou mais de 8 anos. Dados favoráveis à obtenção de maior diversidade de opiniões. Observa-se também um percentual significativo de usuários que não participam de atividades de lazer, o que deve suscitar à equipe de saúde a necessidade de desenvolvimento de projetos que inclua a participação dos usuários em atividades de lazer, tão necessária para melhoria da qualidade de vida.

Percebeu-se que o Agente Comunitário de Saúde é o mais conhecido da equipe de saúde (71%) e também o que mais realiza visitas domiciliares (84,3%). Percentuais já esperados, considerando que o ACS está em permanente contato com a comunidade, vivendo e fazendo parte dela. Quanto aos demais profissionais da equipe, ressalta-se que para o PSF ser bem sucedido é indispensável, que todos os profissionais tenham maior engajamento em todas as ações e serviços do programa.

Os resultados da pesquisa mostram ainda, que uma parcela significativa de usuários desconhece o Programa Saúde da Família (47,3%) e o desenvolvimento de suas atividades (31%), não conseguindo identificar claramente sua forma de

funcionamento ou tendo uma idéia muito limitada do programa, o que mostra que ainda não vislumbramos uma transformação significativa do sistema de saúde.

Diante disso, sugere-se o desenvolvimento de ações estratégicas que viabilize informações sobre o funcionamento do programa, o que pode ser realizado tanto no atendimento diário como num processo educativo mais amplo.

Contraditoriamente, muitos usuários têm a opinião de que houve mudanças positivas após a sua implantação, considerando o atendimento acolhedor e resolutivo e, declaram-se satisfeito com o programa.

Vale ressaltar, que as opiniões positivas dos usuários em relação a essas questões, confirmam a importância do PSF, já que o programa preconiza uma abordagem qualitativa do acolhimento, cuidado à saúde e atendimento humanizado e resolutivo dos problemas de saúde mais freqüentes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Alessandra C. S.; MOURA, Escolástica R. F. **Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um Distrito de Caucaia-Ce.** Out./2004. Disponível em: < <http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em 17 set. 2007.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Comunicação, Saúde, Educação.** V.9, n.16. p. 39-52, set. 2004 / fev. 2005.

ANDRADE, M. D. **O Programa Saúde da Família em Fortaleza: avaliação sob a ótica dos profissionais, usuários, e conselheiros.** 2005. 138 f.. Dissertação (Mestrado em políticas públicas) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2005

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE RECREAÇÃO E LAZER. **Carta Internacional de educação para o lazer**, 1993.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI; Maria Rosa. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Caderno de pesquisa.** n.110, São Paulo. Júlio, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília; Senado Federal.

_____. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. LEX, São Paulo, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família.** Brasília: 2002. Disponível em; <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 19 set. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde do. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília: 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em 19 set. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS: descentralização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CHIESA, Ana Maria; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. **Revista Brasileira de Saúde da Família, 2004.** Ministério da Saúde. Jan. 2003 a abr. 2004.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS A SAÚDE. 1978, **Declaração de Alma Ata** -Alma-Ata, URSS. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielOrg/php/.php?pid=S1414-49802007000200015&lang=en-58k->. Acesso em 14 jul 2007.

COTTA, R. M. M. et al. **A satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família:** avaliando o cuidado em saúde, PUCRS, v.15.n.4. out.dez. Porto Alegre 2005. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br>>. Acesso em: 5 jan 2008.

DOMINGUES, B. N. R. **O Programa Saúde da Família: como fazer.** Copyright, São Paulo:CGC,1998.

ELUF, M. L. **Diretrizes e orientação contraceptiva para as áreas da educação em saúde.** 5ª ed. São Paulo: 2005. Semina Produtos Educativos e serviços LTDA.

ESPERIDIÃO, Monique. Avaliação de Satisfação de usuários: I. Considerações teóricas conceituais, 2004 a (Mimeo). Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, v.22 n.5

FERNANDES, C. M; MENDONÇA, J. **Perfil de Mulheres Responsáveis por domicílios:** uma aproximação para a Bahia com base no Censo. Rio de Janeiro, 2004.

FRACOLLI, L.A; BERTOLOZZI, M.R. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo:** manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **PSF: Contradições de um Programa** destinado à mudança do modelo assistencial. s/1. mimeo.1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo: 2000.** <<http://www.ibge.gov.br.censo>>. Acesso em 22 dez 2007.

LEAL, M. C; SILVA, R. L; GAMA, S. G. N. Percepção materna da desnutrição em crianças com diarreia: estudo de concordância com diagnóstico médico. Rev. Saúde Pública. São Paulo: 1990. Disponível em: < www.scielo.br>. Acessado em: 3 mar 2008.

MARQUES. R.M.; MENDES, A. A Política de incentivos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p.163-171, 2002. Suplemento.

MATTOS, R.A(Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.45-59.

MELO, C; ARAÚJO, MTS. **A nova Prática de enfermagem:** sistema único de saúde. Brasil: ABEN – Comissão Permanente de Serviços, 1992.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Coord.). **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acessado em: 03 nov 2007.

MURAI, H.C; SANNA,M.C; PRADO S.R.L.S; CUNHA I.C.K.O. Caracterização de uma comunidade - um exemplo do uso das ferramentas da epidemiologia para mapeamento das condições de vida e saúde das famílias. In: **Ciancirullo T.I. Organizador. Saúde da Família na Comunidade.** São Paulo: Robe: 2002. p.38-55.

QUEIROZ, M.S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias de trabalhadores, **Caderno de Saúde Pública**. 1993.

ROCHA, J. S. Y. *ET AL*. Avaliação do desempenho de serviços de saúde. Revista de Saúde Pública. 1986. < www.scielo.br>. Acessado em: 3 mar 2008.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento é vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. 2004. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Nov. 2004.

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.25-30, dez.2000. Número especial.

_____, M.F. **Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo!** São Paulo: Editora Hucitec, 2001. P.103.

TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos. A Visita Domiciliar no Contexto Saúde Família, In: **Manual de Enfermagem**. Disponível em: <<http://idssaúde.vol.com.br>> Acesso em 10 jan 2008.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas**. In: Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1992.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num serviço de saúde entendido com uma rede de conversões. In: PINHEIRO, R.; Matos. R. (Orgs) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. P. 84-111.

TRAD, L.A.B; BASTOS, A.C de S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família(PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14,n.2, Abril/Junho.1998.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C de S; SANTANA, E. M; NUNES, M. O. Estudo Etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Cadernos de Ciências de Saúde Coletiva**, v.7 n.3 Agosto 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. São Paulo. Hucitec,1999.

ZOBOLI, E.C. P; MARTINS, C. L; FORTES, P.A.C. **O Programa Saúde da Família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde: manual de enfermagem**. São Paulo. Programa Saúde da Família, 2001.p.47-53.

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário aplicado com os usuários da Unidade de Saúde de Saúde de Pirapora.

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: GERENCIAMENTO DE PROGRAMAS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Questionário Nº. _____

I-Dados Pessoais

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Estado Civil: () Casado () solteiro () União Estável () Outros _____

Ocupação atual: _____

II-Dados Sócio-Econômicos e Culturais

1- Quanto à moradia:

() Casa própria () Casa alugada () Outros _____

2- Quanto ao número de pessoas que moram na mesma residência:

() De 1 até 3 pessoas () 4 a 6 pessoas () 7 ou mais pessoas

3-Renda Familiar:

() Até 1 01 salário mínimo () 01 a 03 salários () acima de 04 salários

4- Escolaridade: anos de estudo

() Até 04 anos () 04 a 08 anos () mais de 08 anos

5-Atividade de lazer: _____

6Religião: _____

III-Conhecimento dos usuários sobre as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família.

1-Fale o que sabe sobre o Programa Saúde da Família _____

2-Profissionais mais conhecidos do Programa Saúde Família:

() ACS () Médico () Enfermeira () Outros _____

3-Já teve visita de algum profissional da equipe de saúde?

() Sim () Não Quem?_____

4- Conhece as atividades desenvolvidas pelo PSF na sua comunidade?

() Sim () Não Quais?_____

5-Freqüenta essas atividades?

() Sim () Não

6-O que dificulta a participação nas atividades desenvolvidas?

() Trabalho () Horário () Distância () Assuntos tratados () Outros_____

IV-Verificar a opinião dos usuários sobre as mudanças ocorridas após a implantação do PSF e quanto à existência de ações de humanização nas atividades desenvolvidas pela equipe de saúde.

1- Ocorreram mudanças positivas após a implantação do PSF?

() Sim () Quais?_____

2-Houve redução de filas e tempo de espera?

() Sim () Não

3-Na unidade de Saúde o atendimento é acolhedor e resolutivo?

() Sim () Não

4-Recebe informações necessárias na unidade de saúde quando solicita?

() Sim () Não

5-Está satisfeito com o serviço realizado pela equipe de saúde de sua comunidade?

() Sim () Não

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Opinião dos usuários da Unidade de Saúde do Bairro Pirapora sobre o Programa Saúde da Família.

Orientadora: Zeni Carvalho Lamy

Pesquisadoras:

Adriana Luíza Araújo da Silva

Denise Murad Teixeira

Maria da Batalha Carvalho Coelho

Maria da Natividade oliveira dos Santos

Eu, _____ abaixo assinado, declaro, após ter sido esclarecido e entender as explicações que me foram dadas pela pesquisadora responsável, que concordo em participar da pesquisa que irá analisar a opinião dos usuários da Unidade de Saúde de Pirapora sobre o Programa Saúde da Família, a partir de informações coletadas em questionário específico, não havendo riscos ou desconfortos a mim. Está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa. Fui esclarecido (a) ainda, que tenho liberdade de me recusar participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

São Luís, ___/___/___

Pesquisador

Participante

ANEXO

