



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Marcela de Souza Caldas

A Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário

Rio de Janeiro
2012

Marcela de Souza Caldas

A Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro.

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

C145 Caldas, Marcela de Souza.
A Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário / Marcela de
Souza Caldas. – 2012.
53 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.
Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde da família – Teses. 2. Qualidade dos serviços de saúde -
Teses. 3. Percepção – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Marcela de Souza Caldas

A Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Aprovado em 29 de junho de 2012.

Banca Examinadora:

Prof. ^a Dra. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Alúcio Gomes da Silva Júnior (Coorientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof. ^a Dr. Marco Paulo Fonseca Corvino
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2012

RESUMO

CALDAS, Marcela de Souza. *A Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário*. 2012. 54 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, cujo objetivo é analisar a Estratégia Saúde da Família (ESF) através da perspectiva do seu usuário, verificando o grau de correspondência entre os serviços oferecidos pela ESF e a proposta oficial, norteadora da Estratégia. Neste intuito, realizamos entrevistas com usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família - Centro, no município de Piraí, interior do estado do Rio de Janeiro. Na busca do arcabouço teórico, nos aprofundamos em temas como qualidade dos serviços de saúde, Sistema Único de Saúde, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Ao analisarmos os resultados, dividimos os achados em três categorias. São elas: caracterizando os sujeitos; utilização dos serviços de saúde à luz do acesso, acolhimento e vínculo e, por fim, a percepção do usuário: avaliação, crítica, elogio e sugestão. Ao fim da pesquisa, concluímos que, como todo serviço, necessita ser avaliado e monitorado, levando em consideração as críticas e elogios abordados, buscando melhor qualificação. Acreditamos que repensar o modelo de atenção à saúde, dentro da perspectiva para qual aponta a estratégia saúde da família, implica em assegurar correspondência entre os serviços de saúde e as expectativas e valores socioculturais da população usuária.

Palavras - chave: Saúde da família. Percepção do usuário. Qualidade dos serviços de saúde.

ABSTRACT

CALDAS, Marcela de Souza. *The Family Health Strategy based on user's perspective*. 2012. 54 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

This study describes qualitatively, from the health system user point of view, family health strategies (FHS) regarding correspondences between offered FHS services and the strategies of official guidelines. For the stated reason, we interviewed health system users subscribed at Downtown Family Health Unity of countryside Piraí municipality, Rio de Janeiro State. Searching for theoretical bases, we probed/studied health services quality in Brazilian Health System, specifically at Health community agents and family health programs. Our work results can be divided in three categories: subjects ranking; services utilization by means of assess; reception and bondage; and finally, perceptions of users such as evaluation, critics, commendations and proposals. We conclude lastly that as all services need to be evaluated and monitored considering all the critics and praises approached in order to reach a better qualification. We believe that re-evaluate/rethink the actual model of health attention, having as perspective family health, implies in assuring the correspondence between health services and the expectations and sociocultural values of the health user group.

Keywords: Family Health. Health user perception. Health services quality

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Caracterização dos Sujeitos.....	26
Quadro 2 –	Há atendimento preferencial para algumas pessoas?.....	31
Quadro 3 –	O médico/enfermeiro oferece a você tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?.....	33
Quadro 4 –	Você se sente confortável para falar ao médico/serviço de saúde sobre suas preocupações ou problemas?.....	33
Quadro 5 –	Se você tem dúvida, você pode procurar/ligar/falar com o médico ou enfermeiro no serviço de saúde?	34
Quadro 6 –	Você acha que o médico/enfermeiro/ACS conhecem bem a sua família?.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COSEMS RJ	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
ESF	Estratégia Saúde da Família
IMS	Instituto de Medicina Social – UERJ
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	9
1	1. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS.....	12
1.1	Conferência Nacional de Saúde e o Sistema Único de Saúde.....	12
1.2	Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família: revendo essa estratégia de assistência.....	13
1.3	Qualidade em Saúde traduzida na satisfação do usuário.....	18
1.4	Retratando o município.....	20
2	METODOLOGIA.....	23
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
3.1	Caracterizando os sujeitos do estudo.....	26
3.2	Utilização dos serviços de saúde à luz do acesso, acolhimento e vínculo.....	27
3.2.1	<u>Acesso.....</u>	28
3.2.2	<u>Acolhimento e vínculo.....</u>	29
3.2.3	<u>Tempo de espera para o atendimento.....</u>	35
3.2.4	<u>Referências e contrarreferências.....</u>	36
3.3	A percepção do usuário: avaliação, crítica, elogio e sugestão.....	37
3.3.1	<u>Falas de elogios.....</u>	37
3.3.2	<u>Falas de elogios com restrições.....</u>	38
3.3.3	<u>Falas imbuídas de críticas.....</u>	38
3.3.4	<u>Falas imbuídas de sugestão.....</u>	40
4	CONCLUSÃO.....	43
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	50
	APÊNDICE B - Roteiro da entrevista.....	51

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética.....	53
--	-----------

INTRODUÇÃO

Ao final do ano de 2006, a autora deste trabalho concluiu o curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa na Universidade Federal Fluminense, onde teceu monografia discutindo a Satisfação do Usuário no Programa de Saúde da Família, motivada pela experiência vivida como estagiária do município de Piraí.

Em 2007, iniciou sua prática profissional como Supervisora da Atenção Básica, no mesmo município. Ocupou este cargo até agosto de 2010, quando se desligou da Secretaria de Municipal de Saúde de Piraí.

As responsabilidades da Supervisão Técnica da Estratégia Saúde da Família no município estão descritas em documento interno da seguinte forma:

Objetivo Geral: apoiar na identificação dos problemas existentes no alcance dos objetivos do Programa de Saúde da Família através da supervisão direta das ações desenvolvidas pelos mesmos, buscando estratégias para superá-los.

Objetivos Específicos: conhecer e divulgar as formas de atendimento das USF (cronograma de atividades); avaliar mensalmente os dados do SIAB, discutindo no Fórum de Gerentes, os problemas detectados e os encaminhamentos dos mesmos; realizar supervisão às unidades de saúde, estabelecendo cronograma de realização e utilizando instrumento específico para avaliar diversas ações, como: atendimento à gestante, atendimento à criança, vacinas (organização, aplicação, aprazamento) dentre outras desenvolvidas na USF; relacionar problemas detectados e desenvolver estratégias para superá-los buscando junto à coordenação e aos demais setores envolvidos, apoio técnico para resolvê-los; organizar os protocolos de atendimento estabelecidos pela SMS.

Desde que se desligou do município de Piraí, a autora atua como assessora técnica no Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro – COSEMS RJ. A principal função é assessorar a diretoria executiva do COSEMS/RJ na participação em Câmaras Técnicas, Comitês e Comissões referentes à gestão bipartite do Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, a escolha pela temática “Saúde da Família” partiu do interesse da autora de se aprofundar e consolidar maiores informações no assunto, tendo em vista sua vivência acadêmica e profissional.

Segundo relatório publicado pelo COSEMS RJ (2006, p.12), o Programa de

Saúde da Família (PSF) iniciou-se no município em questão no ano de 1997, com apenas uma equipe. No entanto, o Programa apresentou constante evolução, tornando-se uma prática que veio ao encontro da política de saúde almejada pela secretaria de saúde local, buscando sempre a ampliação do acesso e a descentralização da assistência, integrada à promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

Hoje se verifica que a fase de experiência do programa já foi vencida e o mesmo encontra-se em fase de consolidação, sendo um grande empregador de médicos, enfermeiros dentre outros profissionais, muito embora ainda se tenha dificuldade de ter profissionais com a visão adequada a esse novo mercado de trabalho, que se contrapõe ao modelo de saúde hospitalocêntrico, voltado para a doença. Campos e Aguiar (2005, p.38) ao descreverem alguns obstáculos à consolidação da ESF (Estratégia Saúde da Família) referem-se que “um deles é a falta quantitativa e qualitativa de profissionais adequadamente preparados para lidar com as novas atribuições exigidas pelo novo modelo”.

Trad et al. (2002, p. 589) pontuam que “o processo de implantação do PSF coincide com um processo mais amplo de aprendizagem e compreensão acerca de uma nova perspectiva de atenção por parte da comunidade e dos profissionais de saúde”, o que confirma nossa compreensão de que há de se ter um “tempo” para essa adequação visto que a cultura instituída em nossa sociedade é de um modelo curativista, organizado pela lógica das especialidades, que se contrapõe a promoção da saúde e prevenção da doença a serem exercidas pelos profissionais generalistas que trabalham nas questões básicas.

Com a oferta desse mercado de trabalho, associada à parceria com as universidades, haverá mudanças na formação dos profissionais e aos poucos a sociedade, usuária dessa “nova” estratégia de assistência, acabará por compreender os pilares desse modelo de cuidar.

Enquanto Supervisora da Atenção Básica, tendo a oportunidade de vivenciar a dinâmica de trabalho das equipes de saúde da família, percebi a importância de uma prática profissional direcionada às necessidades dos usuários. Por outro lado, sabia que não estávamos mais em fase de experiência do programa, mas, mesmo assim, ainda temos ajustes a fazer, como a própria mudança de percepção no processo de trabalho dos profissionais e a compreensão desse usuário da nova forma de assistir. Nesse sentido, questionava-me como o usuário percebe a

proposta da ESF e o atendimento oferecido? Será que esse programa atende as suas expectativas e necessidades? Há de se considerar que não podemos falar em qualidade de um serviço de saúde sem considerar um dos indicadores de suma importância nesse processo, ou seja, o nível de satisfação dos usuários.

Utilizando a metodologia científica, buscou-se encontrar respostas a essas questões. Minayo (1993, p.23) faz referência à pesquisa como busca as nossas indagações e considera a pesquisa como:

atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Assim, com base na observação do cotidiano, alicerçados pela literatura na temática ESF, delimitamos o objeto desse estudo como sendo a percepção dos usuários da ESF no que tange a assistência prestada pelos profissionais da equipe de saúde, entendendo também que a essência da estratégia consiste, basicamente, no vínculo da população com os profissionais que devem ter responsabilidade pelo atendimento da população adscrita.

Para esclarecer as questões da pesquisa, eis os objetivos:

Objetivo geral

- Analisar a Estratégia de Saúde da Família através da perspectiva do seu usuário

Objetivo específico

- Verificar o grau de correspondência entre os serviços oferecidos pela ESF e a proposta oficial, norteadora da estratégia saúde da família, na visão dos usuários.

Acredita-se que a abordagem dessa temática trará benefícios aos profissionais de saúde que atuam na ESF, visto que poderá trazer subsídios que atendam aos programas desenvolvidos em outros municípios, considerando-se, no entanto, as peculiaridades locais. A pesquisa, por outro lado, não colocará um ponto final no assunto, mas também poderá contribuir com futuros estudos que envolvam tais perspectivas e levem a mobilizações que possam aperfeiçoar ainda mais o sistema.

1 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

1.1 Conferência Nacional de Saúde e o Sistema Único de Saúde

Até a década de 80, a organização sanitária brasileira caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de cuidados de saúde e pela dicotomia observada entre as práticas de promoção e prevenção da saúde e na medicina curativa. (CASTELAR, 1995, p.38). O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais arcavam com os programas educacionais e as atividades de imunização, como também eram responsáveis pela atenção básica e o atendimento às emergências.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário. Com uma ampla participação, a 8ª Conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde no Brasil e seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde existente, que posteriormente deveria ser defendida na constituinte.

Dentre as propostas constantes no relatório foi apresentado o conceito ampliado de saúde, entendida como resultante das condições de vida, alimentação lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego e moradia. Assim, “a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas”. (FONTINELE, 2003, p.10)

As propostas da Reforma Sanitária se concretizam, no plano jurídico e institucional, com a implementação do SUS. Com a aprovação da nova Constituição Brasileira de 1988, foi incluída, pela primeira vez, uma sessão sobre a saúde, a qual incorporou em grande parte, os conceitos e propostas contempladas no relatório da 8ª Conferência. A Constituição Brasileira passou a ser, então, considerada como uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito à saúde, mesmo sabendo-se que em nosso país ainda existe as normas e leis que “pegam” e as que “não pegam”. (FONTINELE, 2003, p. 10)

A constituição de 1988 estabeleceu no seu artigo 2º, parágrafo 1º, a saúde como um direito fundamental do ser humano, e um dever do Estado sua garantia e, como estratégia para a consecução deste objetivo e, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, nasce o Sistema Único de Saúde – SUS.

No âmbito da organização assistencial deste recém-criado Sistema, adotou-se como proposta a abordagem da Atenção Primária à Saúde.

Freitas e Pinto (2005, p. 548) dizem que a atenção primária representa

um esforço para que o sistema de saúde se consolide, tornando-se mais eficiente, fortalecendo os vínculos entre os serviços de saúde e a população e contribuindo para a universalização do acesso e a garantia da integralidade e equidade da assistência.

A atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Ela oferece a entrada no sistema (não direcionada para a enfermidade) para todas as novas necessidades e problemas. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção a prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe. (STARFIELD, 2002, p.28)

No nível primário se lida com os problemas mais comuns, menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares, que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos. Esse tipo de atendimento difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. (STARFIELD, 2002, p.29)

Avaliar e monitorar o desempenho desses serviços é hoje uma importante necessidade para as proposições que buscam aprimorar a qualidade da atenção à saúde através do Sistema Único de Saúde.

1.2 Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família: revendo essa estratégia de assistência.

Mesmo com a implementação do SUS, a lógica assistencial das equipes de saúde ainda estava voltada para o modelo biomédico hospitalocêntrico, ou seja, para a prática curativista. No entanto, havia a necessidade eminente de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e mudar esse paradigma, em prol da promoção da saúde.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho

de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. (LEVY, MATOS e TOMITA, 2004, p.197)

Este programa ganhou grande importância, pois cidadãos indicados pela própria comunidade iriam também compor a equipe de saúde local, sob a denominação de Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O Ministério da Saúde, no Guia Prático do PSF (2001, p.33), esclarece que o agente comunitário é:

responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias que vivem no seu território de atuação. Ele é necessariamente um morador da localidade onde trabalha e, por isso, está totalmente identificado com a sua comunidade, com seus valores, seus costumes e sua linguagem. Sua capacidade de liderança se converte em ações que melhoram as condições de vida e de saúde da comunidade.

Assim, o PACS visa promover uma interação mais direta e efetiva entre a comunidade e o serviço de saúde e seus agentes esclarecem a população sobre cuidados com a saúde e seu encaminhamento a unidades de saúde em caso de necessidade.

O projeto corresponde a uma parceria entre as esferas federal, estadual e municipal, havendo, no entanto, especificidades locais. Melamed (apud FUJIWARA, ALESSIO E FARAH, 1998, p.76) destaca a importância do município na execução do programa quando diz:

deve-se destacar que a atuação da Secretaria Municipal é fundamental, na medida em que é neste plano que o trabalho é organizado, ganhando vida própria. Isto é, no município são possíveis o exercício do controle social e o atendimento pleno e eficaz da população local. Nos bairros, há uma avaliação do desempenho de cada agente e, em caso de falhas, os moradores solicitam sua substituição. Além disso, a visitação é mensal e o agente, com o passar dos meses, passa a conhecer de perto a situação de cada família.

Visando estruturar o primeiro nível do sistema de saúde, dentro de uma rede regionalizada, que promova melhorias no atendimento e transformações no modelo histórico assistencial focado na doença, concebe-se o PSF como uma estratégia de organização da atenção básica, provocando mudança na concepção do processo de trabalho dos profissionais da área de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) reconheceu, na década de 90, a crise no modelo assistencial. O reconhecimento da referida crise fez surgir, em 1994, nova estratégia estruturante para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS: o

Programa Saúde da Família - PSF. (FREITAS e PINTO, 2005, p. 548).

Carvalho (2000, p.4) considera que “apesar de ter sido batizado como programa, trata-se – em sua concepção ideal – de uma estratégia de reorganização da rede, não se propondo a ser uma estratégia paralela, mas sim uma proposta substitutiva” ao modelo assistencial vigente.

Pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adstrita são algumas das inovações verificadas no PSF. (ALVES, 2004, p.39)

Ribeiro (2004, p.658) diz que o PSF constitui-se como processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo a missão de ser o “eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil”.

A estratégia saúde da família (ESF) nasceu em 1994 e chegou ao fim de 2009 com 30.328 equipes implantadas. A cobertura populacional é de 50,7% da população brasileira, o que corresponde cerca de 96,1 milhões de pessoas. (DATASUS).

Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p.802) afirmam ainda que a decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o recente processo de descentralização, inaugurado com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), foi o norte inspirador da implementação do PSF nos mais diversos municípios brasileiros.

Em suma, podemos definir a ESF como:

um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido”. (*ibid.*, p.806).

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vêm possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Conforme definido pelo Ministério da Saúde, a equipe do PSF deve ser

composta minimamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de Saúde (ACS).

Cada membro da equipe de Saúde da Família tem atribuições específicas, no entanto, existem atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes. De acordo com o proposto no Guia Prático do PSF (2001, p.75) essas atribuições são:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;

- identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;

- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;

- executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;

- valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;

- realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento; resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;

- garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contrarreferência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;

- prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;

- coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;

- promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para enfrentamento conjunto dos problemas identificados;

- fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde as suas bases legais;

- incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde e,
- auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde.

Para Zoboli, Martins e Fortes (2001, p.48) a equipe de saúde da família, com base nos fundamentos advindos do saber e da especificidade de cada profissional, busca o que entende ser bom para o usuário, promovendo seu bem estar e protegendo seus interesses.

Vale ressaltar que o número de agentes comunitários de saúde varia de acordo com a quantidade de pessoas sob a responsabilidade da equipe e que outros profissionais poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias do território de sua abrangência.

Entendendo o PSF como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua, há de se considerar alguns aspectos que interferem no desenvolvimento dessa estratégia de organização da atenção básica.

Experiências de profissionais e trabalhos científicos apontam aspectos que podem facilitar o desenvolvimento do programa. Ressaltamos alguns deles: inserção no programa de profissionais com visão generalista facilitando a resolutividade de muitos problemas de saúde da comunidade; capacitação dos profissionais antes de sua atuação no programa; inserção dos profissionais a programa de educação permanente; unidade básica bem estruturada para receber o profissional e os usuários; fiscalização quanto ao cumprimento do horário de trabalho.

Às Coordenações de Atenção Básica e ao Ministério da Saúde cabem fazer o monitoramento de todas as equipes do Programa de Saúde da Família a fim de identificar as distorções. Cabe também aos Conselhos Municipais de Saúde ter um controle maior da oferta de serviços de saúde, fazendo o controle social, preconizado em lei.

A alta concentração dos profissionais nos grandes centros pode ser um dos problemas ao desenvolvimento do programa visto que as cidades pequenas não têm

um atrativo para médicos e enfermeiros a não ser o salário. Ressaltamos ainda que as condições de trabalho, a ausência de acesso à tecnologia como a internet e o fato dos profissionais não terem vínculo empregatício com os municípios dificulta a fixação destes profissionais no interior.

Quanto à preparação dos profissionais, ressaltamos que a parceria com os órgãos formadores deverá “consolidar a preparação dos profissionais para o trabalho na atenção básica de saúde” principalmente com residência em saúde da família.

Em alguns municípios as questões políticas podem interferir principalmente em período de eleições, mas, conforme aponta Fontinele Júnior (2003), pode ocorrer desmonte de equipes, mas “o PSF já está definido e veio pra ficar” e seus resultados aparecem na cobertura vacinal, no pré-natal, nas doenças de AVC, nas diarreias, Diabetes, Dengue etc.

De certo, a proposta em si tem tudo para dar certo, os ajustes as distorções já detectadas são viáveis desde que haja compromisso político e social para que o PSF venha garantir o seu princípio básico de melhores níveis de saúde e de qualidade de vida para todos.

1.3 Qualidade em Saúde traduzida na satisfação do usuário

Somente na década de 70, as primeiras pesquisas de avaliação em saúde referiam-se à satisfação do paciente. Segundo Vaitsman e Andrade (2005, p.600), no final dessa mesma década, tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, vários movimentos, que fizeram parte de um processo mais amplo de transformações econômicas, políticas e culturais, deram aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde.

Para Linder-Pelz (1982, p.577), satisfação do paciente pode ser definida como “as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde”. Já, com Donabedian (apud TRAD et al. 1984, p.600), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. Assim, as considerações dos clientes passam a ser um subsídio importante para a avaliação da assistência recebida.

Qualidade na área de serviços também é entendida como ausência de deficiências, identificada pela satisfação do cliente. Em contrapartida, a insatisfação do cliente traduz-se por insatisfações a respeito dos serviços prestados, tendo como

consequência prejuízos econômicos para empresas e clientes, além de riscos à saúde para a clientela assistida, no caso das organizações de saúde. (JURAN, 1992, p.9)

Com essa mesma compreensão Cerqueira (apud ZANON, 2001, p.7) diz que “a qualidade é a totalidade de atributos que deve ter um produto ou serviço para atender as expectativas do usuário final ou superá-las”.

Leitão (2004, p.23) pontua que a qualidade pode ser percebida como uma companheira da evolução da humanidade e afirma: “A busca pelo que é bom, melhor e perfeito, sempre mobilizou o homem no seu processo de vida”.

Assim, podemos entender que a busca pela qualidade não é uma questão nova, mas inerente à condição do ser humano de aferir valores e suprir suas necessidades. De certo que a compreensão de qualidade é muito subjetiva e tem vários fatores que interferem nessa aferição, de acordo com a cultura de cada época, poder aquisitivo, movimentos sociais, dentre outros.

Além de um conceito, qualidade é também uma ideologia, isto é, um sistema de idéias, dogmaticamente organizado como instrumento de luta político-social, que reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do ser humano, em sua luta pela sobrevivência na Terra. (NOGUEIRA apud ZANON, 2001, p.1)

Ao se pensar em regime político vigente no país, no Brasil, os movimentos e associações reivindicadores de melhores serviços somente tomaram força após os anos 80, com a redemocratização. Por isso mesmo, as pesquisas de satisfação de usuários tornaram-se mais comuns a partir da segunda metade da década de 90. (KOTAKA et al. *apud* VAITSMAN e ANDRADE, 2005, p.602). As pesquisas, nessa época, vieram focalizar as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações do serviço, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde.

Para que se tenha uma boa prestação de serviços, assim como garantir a qualidade dos mesmos, é preciso ressaltar que os profissionais envolvidos também estejam satisfeitos com o que fazem o consigo mesmo. Nesse sentido encontra-se a fala de Lobos (1991, p.12) que garante que “as pessoas devem ter boas condições de trabalho e estar de bem, sobretudo, com a vida delas, para ter satisfação no trabalho”.

Esperidião (2004, p.27) destaca a corrente da psicologia social que permite

diferenciar o conceito de satisfação do seu uso de senso comum:

A compreensão da satisfação, enquanto uma atitude, parece bastante razoável e adequada do ponto de vista da psicologia social. Nesta corrente, diferentemente do senso comum, as pessoas não “tomam atitudes” (comportamento, ação), mas desenvolvem atitudes (crenças, valores, opiniões) em relação aos objetos ou pessoas. A vantagem de assumir a satisfação como atitude é um tema de grande relevância para a saúde, estando presente nos estudos de comportamentos em saúde e nos de promoção à saúde.

Os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média de experiência passada em situações de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável (TRAD et al. 2002, p.605).

Assim como Donabedian, Pascoe (apud TRAD et al., 2002, p.607) considera que a satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que têm diante do contexto, do processo, e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço. O mesmo autor enfatiza ainda que, essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário.

Concordando com Favaro e Ferris (apud TRAD. et al., 2002, p.582) podemos concluir que abordar a satisfação dos usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Desta forma, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

1.4 Retratando o município

O município de Piraí está localizado no Estado do Rio de Janeiro, região Médio Paraíba, fazendo limite com os municípios de Barra do Piraí, Pinheiral, Rio Claro, Itaguaí, Mendes, Paracambi, Barra Mansa e Volta Redonda. A área geográfica é de 504,6 Km², com densidade demográfica de 52,14 hab./Km², cortada pela Rodovia Presidente Dutra (Rio de Janeiro – São Paulo) em toda a sua extensão (52 km). A distância até a capital (Rio de Janeiro) é de 77,0 Km.

A população de **26.314 habitantes** (IBGE – 2010) reside em sua maioria,

79,18%, em área urbana e cerca de 58,11% das pessoas declaram-se branca. A população estimada/DATASUS para 2011 é de **26. 636** habitantes. Tem como as principais atividades econômicas: Serviços, Agropecuária, Comércio, Indústrias e Construção Civil.

No tocante ao saneamento básico, baseado em informações do Sistema de Informação da Atenção Básica, Piraí tem 80,85% dos domicílios com acesso à rede de distribuição e abastecimento de água. A rede coletora de esgoto sanitário chega a 75,12% dos domicílios, 91,84% contam com coleta regular de lixo.

O Índice de Desenvolvimento Humano de Piraí em 2000 foi de 0,776, pouco acima da média do estado que é de 0,75 e o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) ampliado de 0,753 para 0,886 do ano de 1999 para ano de 2004 ficando com 3º município melhor IDI do Estado do Rio de Janeiro.

Com base no Plano Municipal de Saúde de Piraí 2010 – 2013, identificamos que o município se organiza através da Estratégia Saúde da Família, cobrindo 100% de seu território desde 2002.

A rede municipal de serviços de saúde configura-se da seguinte forma: 13 Equipes de Saúde da Família (ESF), 13 Equipes de Saúde Bucal (ESB), 14 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 02 unidades móveis odontológicas (Odontomóveis), 01 laboratório de prótese dentária, 01 laboratório de patologia clínica, 01 ambulatório de fisioterapia, 02 ambulatórios de especialidades médicas, 01 unidade de urgência com leito de observação, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No que se refere à gestão, a secretaria municipal de saúde assinou o Termo de Compromisso do Pacto pela Saúde em 2007 e se organiza através de uma gestão participativa, organizada através das seguintes instâncias:

Conselho Municipal de saúde: instituído em 1991, se reúne mensalmente;

Fórum de gerentes de unidade: instância de informação, problematização, discussão de temas técnicos e definição de operações. Reúne mensalmente todos os gerentes de unidade, os coordenadores de programa e o técnico de planejamento;

Reunião de pólo de PSF: reúne a coordenação do PSF, coordenação de Odontologia, Médicos, Enfermeiros e os Cirurgiões Dentistas para avaliação de

resultados das equipes de saúde da família e de saúde bucal. As reuniões acontecem trimestralmente.

Seminário de Avaliação da Rede de Saúde: acontece uma vez ao ano com duração de 3 dias. Reúne todos os gerentes da SMS para avaliação da agenda do ano anterior, problematização, definição de operações para o ano em curso e construção da agenda municipal de saúde;

Mostra de Experiências Exitosas: acontece junto com o Seminário de Avaliação. A participação é aberta a todos os profissionais atuantes na rede municipal de saúde, os quais inscrevem trabalhos passíveis de seleção para apresentação oral e em sessão pôster.

Conselhos Gestores de Unidade: organizado em cada unidade do PSF, é composto por representação da população local, gerência da unidade e representante dos funcionários;

Conferências Locais de Saúde: acontecem antes da Conferência Municipal e discute as teses de cada área de abrangência do PSF para a Conferência Municipal;

Conferência Municipal de Saúde: acontece desde 1991 anualmente e a partir de 2001 acontece a cada dois anos. Tem caráter deliberativo sobre as diretrizes e operação do Plano Municipal de Saúde.

2 METODOLOGIA

Buscando respostas aos questionamentos trazidos, optamos por trabalhar com um estudo descritivo, de abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso, focando nosso olhar na ESF Centro do município de Piraí, por ser a unidade mais central e de fácil acesso aos pesquisadores.

Para Gil (1994, p.108), as pesquisas do tipo descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

No que se refere ao estudo de caso, Gil (1994, p.110) considera um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo. Este delineamento fundamenta-se na idéia de que a análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão da generalidade do mesmo ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mais sistemática e precisa.

Concordamos com Gil e acrescentamos que os seus resultados representam a realidade provisória, não generalizável e temporal do caso estudado (Unidade de Saúde da Família Centro), aprendendo significados, significações e as percepções, pontos de vista, experiências e as facilidades e dificuldades que os sujeitos relataram ao utilizar os serviços de saúde nessa unidade.

Tal estudo, apesar de ter como foco o município de Piraí, pode apresentar resultados que se estendam a outras realidades.

Sobre a abordagem qualitativa, Minayo (1994, p.21) destaca que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Saúde da Família Centro, localizada no centro do município de Piraí. Uma unidade de características singulares, pois apesar de compreender a área central da cidade, a qual conta com diversos estabelecimentos comerciais, escolas, agências bancárias e instituições públicas, além de uma população com melhor poder aquisitivo; o território de referência também abrange uma área de morros e uma área rural, as quais abrigam

uma população mais empobrecida. Tal fato é justificável pela rarefação populacional do município.

De acordo com o relatório do SIAB, a USF Centro compreende duas equipes de Saúde da Família, as quais se responsabilizam por 5762 pessoas, o que corresponde, neste caso, a 1851 famílias cadastradas.

O critério de inclusão e participação na pesquisa se deu através da abordagem direta aos usuários, que estavam na unidade no período da coleta de dados e que, voluntariamente, após todos os esclarecimentos pertinentes, aceitaram responder ao instrumento da pesquisa.

Diante do exposto, realizamos 10 entrevistas com usuários cadastrados na USF Centro – Piraí, escolhidos aleatoriamente, na fase adulta e que participam dos vários atendimentos oferecidos, tais como: consulta médica, consulta de preventivo, consulta de pré-natal, consulta de puericultura, grupos de hipertensos e diabéticos, dentre outros.

No intuito de alcançarmos os objetivos propostos, foi utilizado como instrumento de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas.

De acordo com Triviños (1987, p.146), a entrevista semi-estruturada “valoriza a presença do investigador e também oferece possibilidades para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”. Considera também que esta técnica proporciona melhores resultados se trabalharmos com diferentes pessoas.

A entrevista semi-estruturada requer a elaboração de um roteiro preliminar de perguntas apoiados nas questões e teorias descritas no estudo, de forma a oferecer amplo campo de interrogativas, que surgem à medida que se recebe as informações do sujeito da pesquisa. Desta forma, o entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas perguntas ao roteiro, caso julgue necessário, a fim de aprofundar e esclarecer pontos que ele considere relevantes aos objetivos do estudo. (MOURA, FERREIRA e PAINE, 1998, p.78).

Segundo Handem, Matioli e Pereira nas perguntas abertas, “as questões são elaboradas para que os sujeitos do estudo respondam livremente sobre o que pensam a respeito do assunto conforme seu entendimento, sua interpretação sobre o que foi perguntado.” Já nas perguntas fechadas, “as alternativas de resposta são trazidas pelo pesquisador”.

De acordo com as disposições éticas atuais, antes da coleta de dados, os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos da mesma e convidados a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a Resolução 196/96 (CNS/MS), não esquecendo de que antes de ser assinado, o termo foi lido pelos sujeitos e explicado pela entrevistadora.

Leopardi (2001, p. 205) afirma que:

A entrevista requer cuidados adicionais, tais como a autorização para o uso de gravador, por exemplo. Também deve ser assegurado ao informante, em qualquer técnica, que suas informações não serão usadas indevidamente, sendo, portanto, sigilosas. É aconselhável solicitar autorização por escrito, para se evitar futuros problemas legais.

Este estudo, registrado com o código CAAE 0032.0.259.00-11, obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social (CEP-IMS) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai.

Para análise, num primeiro momento foi realizada a organização de todo material coletado, feita uma leitura flutuante dos dados e, posteriormente, o mesmo foi dividido em partes, em que se procurou identificar tendências, semelhanças e divergências de percepção.

Com base em Bardin (1994, p. 26), utilizou-se a técnica de análise de conteúdo em que os eixos temáticos foram organizados e reorganizados em confluência com os achados, na tentativa de trazer à tona as semelhanças e os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista, em consonância com o referencial teórico construído e as impressões dos pesquisadores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca de compreender como os usuários percebem a Estratégia Saúde da Família no município de Piraí e obter parâmetros para analisar a ESF Centro através da perspectiva do seu usuário, buscamos questionar alguns aspectos concretos que dizem respeito a objetos ou fenômenos reais, e assim, mais fáceis de serem mensurados.

Para que pudéssemos ter um referencial de valor atribuído por cada um àquilo que ele recebe ou que vivencia no serviço, os aspectos questionados foram: acesso, serviço utilizado com maior frequência, tempo de espera por atendimento, visão dos usuários quanto ao atendimento oferecido, relação existente entre a equipe profissional da USF e o usuário, percepção do usuário quanto à qualidade e competência profissional da equipe na resolução dos problemas.

3.1 Caracterizando os sujeitos do estudo

Em um primeiro momento, consideramos importante trazer os dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa, pois consideramos que os mesmos complementarão os dados subjetivos. O quadro abaixo (Quadro 1 – Caracterização dos Sujeitos) refere-se aos itens 1 a 7 do Roteiro de Entrevista (Apêndice B).

Quadro 1 - Caracterização dos Sujeitos

Sujeito	Sexo	Idade	Estado Civil	Situação Empregatória	Renda Familiar	Grau de Instrução
S1	Feminino	65	Solteira	Trabalho com Carteira	1 a 3 Salários	Superior Completo
S2	Masculino	37	Outros	Trabalho com Carteira	4 a 9 Salários	Superior Completo
S3	Feminino	30	Casada	Trabalho com Carteira	4 a 9 Salários	Superior Completo
S4	Feminino	25	Solteira	Trabalho Informal	1 a 3 Salários	Médio Completo
S5	Masculino	36	Solteiro	Trabalho com Carteira	4 a 9 Salários	Superior Incompleto
S6	Feminino	22	Solteira	Trabalho Informal	4 a 9 Salários	Superior Completo
S7	Masculino	42	Casado	Trabalho Informal	4 a 9 Salários	Médio Completo
S8	Masculino	42	Casado	Trabalho com Carteira	4 a 9 Salários	Médio Completo
S9	Feminino	55	Casada	Trabalho Informal	4 a 9 Salários	Médio Completo
S10	Feminino	20	Solteira	Desempregada	1 a 3 Salários	Médio Completo

Fonte: A autora, 2012.

Observa-se no Quadro 1 que dos 10 entrevistados, 6 pertencem ao sexo feminino e 4 ao masculino.

De acordo com Aguiar (2004, p. 164), a mulher termina por ser o membro da família que mais procura o serviço de saúde e está mais presente na unidade de saúde. Pode-se afirmar que, sendo a mulher aquela que gesta, pare e amamenta, certamente buscará mais apoio na assistência à saúde. Ademais, não se pode deixar de ressaltar que os serviços da ESF estão mais bem estruturados para oferecer ações voltadas para a saúde da mulher.

No que se refere à idade, 8 dos entrevistados encontram-se na faixa etária entre 20 e 42 anos, adultos jovens, o que sugere pessoas economicamente ativas e, apenas 2 tem mais de 55 anos. Esses dados são favoráveis à obtenção de uma maior diversidade de opiniões, como defendem Aguiar e Moura (2004, p. 166), tendo em vista que as demandas, necessidades de saúde e percepções sobre o serviço de saúde variam de acordo com a faixa etária dos indivíduos.

Para o estado civil, 5 usuários são solteiros, 4 são casados e 1 respondeu como “Outros”.

Sobre a situação empregatícia, 5 usuários trabalham com carteira assinada, 4 referem ter um trabalho informal e 1 está desempregado. No que diz respeito à renda familiar, 7 disseram receber entre 4 e 9 salários mínimos e 3 usuários apontaram a renda em família como de 1 a 3 salários mínimos.

Tal fato contraria diversos estudos os quais apontam como usuários da ESF, aqueles com menor renda familiar e baixo poder aquisitivo. Porém, esta singularidade não nos impede de concordar com Fleury (2007, p. 1425), quando afirma que o quadro de saúde dos indivíduos, suas características socioeconômicas e os baixos níveis de renda afetam a vida dos indivíduos como um todo, expondo-os a contextos deficientes, desgastantes e geradores de doenças, evidenciando as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Para o grau de instrução, os usuários enquadraram-se no ensino médio completo (5), superior completo (4) e superior incompleto (1).

3.2 Utilização dos Serviços de Saúde à luz do acesso, acolhimento e vínculo

Para Nogueira (2005, p. 24), no processo de utilização dos serviços de saúde, o comportamento do indivíduo em relação à saúde e à utilização dos serviços

tomando por base as crenças, intenções e percepções dos riscos, bem como a relação dos indivíduos e os prestadores de serviço são fatores que interferem nesta procura e/ou utilização.

Nesta lógica, entendemos que o acesso, o acolhimento e vínculo são elementos essenciais do atendimento, para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

3.2.1 Acesso

Com relação ao acesso, consideramos três aspectos: o geográfico, o horário de atendimento da USF e a realização dos atendimentos em resposta às demandas que os usuários mencionaram como serviços: consultas médicas, imunização, exames, curativos, dentre outras. Sob o ponto de vista do acesso geográfico e do horário de atendimento, todos os entrevistados referiram não possuírem dificuldades para chegar à Unidade de Saúde da Família e apenas 1 (um) usuário disse que o horário de funcionamento da mesma não atende a suas necessidades.

A ESF Centro localiza-se em uma área bastante central do território de abrangência, próximo às residências dos usuários cadastrados, trazendo alguns ganhos para a comunidade. Esses ganhos se referem ao pouco tempo despendido para que se tenha assistência e à facilidade de acesso, que também está relacionada ao ônus financeiro, uma vez que o transporte é dispensável para muitos.

De acordo com o horário de atendimento, o cronograma da unidade reserva turnos noturnos, duas vezes na semana, para aqueles que por algum motivo não podem comparecer nos períodos matutino e vespertino. São oferecidas consultas médicas (atendimento clínico geral), odontológicas e de enfermagem (preventivo). Fato este não evidenciado na fala de S2, quando o mesmo diz: “o *horário de atendimento daqui não me atende porque só funciona no horário comercial*”.

O terceiro e último aspecto do acesso, abordado neste estudo, diz respeito à realização dos atendimentos trazidos como demandas por estes usuários. Neste sentido, os mesmos foram questionados se conseguem atendimento para tudo que precisam nesta unidade.

Dos 10 entrevistados, 6 responderam negativamente. Eis algumas das falas:

“Não. Quando preciso ir ao reumatologista, não é aqui que ele

atende”. (S1)

“Não. Exames e algumas especialidades não têm aqui”. (S2)

“Não. Exames mais complexos eles não fazem neste posto”.

(S5)

“Não. Às vezes quando eu tenho que fazer mamografia ou ir a outros médicos, eu preciso ir pra Barra do Piraí ou Volta Redonda”.(S9)

Percebemos que muitas das expectativas dos usuários quanto à USF estão além do rol de atividades a serem ofertadas na atenção básica, como solicitação por especialidades, conforme identificado em mais da metade dos entrevistados.

Tal fato demonstra que ainda não está claro para a população o processo de descentralização e hierarquização da rede de serviços, ratificando o estudo de Tavares *et al.* (2003, p. 408), que identificou na debilidade da referência – contrarreferência e na falta de informação um dos nós críticos na relação do usuário com os serviços no SUS. O esclarecimento quanto à hierarquização do Sistema Único de Saúde é importante para que a própria população possa participar do processo de organização da demanda nos três níveis de atenção, estando uma vez consciente de que a sobrecarga dos níveis secundário e terciário põe em risco a vida daqueles que realmente precisam de atendimento nesses níveis.

Neste sentido, é importante ressaltar o papel dos profissionais que atuam na ESF, no diálogo e no acolhimento a essas demandas da população adscrita, informando, de forma clara e acessível, ao nível de compreensão dos usuários, a respeito da hierarquização dos serviços de saúde e explicando o poder de resolução da atenção primária e a própria forma de organização e as opções que o serviço tem a oferecer. Ainda nesta lógica, Ramos e Lima (2003, p. 31) afirmam que para isso, os serviços precisam estar organizados e atuar em parceria com cada indivíduo, família e comunidade.

3.2.2 Acolhimento e vínculo

O acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população.

Os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso, a Atenção Básica (neste caso, organizada através da Estratégia Saúde da Família) nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema e não vinculará este usuário.

Para Merhy, (1997, p. 138) o acolhimento é assim traduzido:

uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde.

Silva Júnior (2001, p. 91) sintetiza a definição de acolhimento da seguinte forma:

Tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.

Já Camargo Júnior *et al* (2008, p.2) defendem que o acolhimento é: “um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade das ações de saúde.

Outro conceito fundamental nessa discussão é o vínculo, que para Merhy (1997, p. 138) é definido da seguinte forma: “o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário”.

Nesta linha de pensamento, questionamos alguns aspectos que julgamos importantes na identificação dos referidos elementos na ESF Centro.

Quando questionados sobre quem/onde procura quando tem problemas de saúde, apenas 2 (dois) usuários disseram ir ao Hospital, e 8 (oito) fizeram referência à USF, seja na figura do médico ou na de outro profissional da equipe.

“Primeiro a recepção da Unidade de Saúde da Família e se necessário, a agente de saúde do bairro” (S4)

“Médico do posto”. (S2)

“Unidade de Saúde da Família” (S6)

Na Estratégia Saúde da Família, o acolhimento representa um importante instrumento para a humanização da atenção à saúde, e acaba por atrair o usuário à USF pela formação do vínculo que se estabelece entre ele e a equipe.

Vale ressaltar que o hospital referido é municipal, com pronto atendimento aberto 24 (vinte e quatro) horas e localiza-se a poucos metros da USF em questão.

Ainda nesta lógica, perguntamos aos entrevistados se na USF há atendimento preferencial para algumas pessoas. (Quadro 2)

Quadro 2 – Há atendimento preferencial para algumas pessoas?

Respostas	
S1	“Sim, para idosos”.
S2	“Sim, para gestantes e pacientes com dor”.
S3	“Não”.
S4	“Sim, os idosos são atendidos na frente”.
S5	“Sim, para idosos, gestantes e deficientes”.
S6	“Não”.
S7	“Sim, vejo idosos e gestantes sendo atendidos primeiro”.
S8	“Não”.
S9	“Sim, os idosos”.
S10	“Sim, idosos e gestantes”.

Fonte: A autora, 2012.

Ao serem perguntados sobre como são recebidos na unidade, a maioria dos usuários se manifestou positivamente. Porém, identificamos restrições nas falas de 3 (três) deles:

“De forma agradável, mas pode melhorar ainda mais”. (S4)

“Razoavelmente bem”. (S5)

“Bem atendido por algumas pessoas.” (S6)

Tal fato nos induz a concluir que apesar dos usuários sentirem-se bem recebidos, ainda existem falhas, e as mesmas precisam ser trabalhadas pela equipe.

Silveira (2004, p.71) defende que o ato de receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela, deve ser realizado por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde/pessoa/cuidado.

Numa visão mais ampla, Fracolli e Bertolozzi (2003) dizem que o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se

limitando ao ato de receber.

À luz do identificado na ESF Centro, uma situação similar foi evidenciada no estudo de Schimith e Lima (2004, p. 1490) quando, ao considerarem as ações de acolhimento e de construção do vínculo entre os trabalhadores de uma determinada equipe da ESF e seus usuários, os autores revelaram que os princípios e diretrizes do SUS não eram compreendidos por toda equipe de saúde pesquisada. O acolhimento, nesta unidade, restringia-se a uma ação programática, sem maiores repercussões individuais e coletivas.

Sabemos que a ESF busca a integralidade da assistência e o desenvolvimento de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre todos os membros da equipe e a população. Porém, acreditamos que a procura por assistência à saúde ainda é bastante centrada na figura do profissional médico. Neste sentido, perguntamos: É sempre o mesmo médico que o atende? De todos os entrevistados, 8 responderam negativamente. Destacamos a fala do usuário:

“Não, aqui sempre muda muito os médicos”. (S10)

Tendo em vista que a qualidade da atenção à saúde tende a ser prejudicada pela falta de vinculação do profissional à determinada comunidade, é válido que de posse desta informação, a gestão local avalie a rotatividade médica. Medeiros *et al* (2010, p. 1522) acreditam que a rotatividade prejudica a efetividade da ESF, pois certa estabilidade “é fundamental para a construção de um modelo de trabalho que contemple todos os elementos da integralidade”.

Ainda na busca por informações acerca da percepção do usuário sobre a consulta médica, questionamos: Você se sente bem examinado? “Não”, “Sim” e “Às Vezes” foram mencionados como respostas. Destacamos as seguintes colocações:

“Geralmente não. O médico quase sempre nem coloca a mão para examinar. Só conversa, pergunta...” (S5)

“Não, é tudo muito rápido.” (S7)

“Às vezes, porque tem dia que nem coloca a mão na gente”. (S9)

As afirmações descritas anteriormente vão de encontro ao disposto na Resolução 1958 de 15/12/2010 do Conselho Federal de Medicina, pois a mesma define em seu artigo 1º que a consulta médica “compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento”.

O exame físico criterioso e detalhado demonstra o interesse do profissional pelo cliente. Para o usuário isso significa maior precisão do diagnóstico e tratamento. (RAMOS e LIMA, 2003, p. 33).

Ainda considerando a forma de abordagem do médico, Silva Júnior *et al.* (2003, p.122) alerta sobre a forma tradicional da anamnese médica que busca objetivar no relato dos pacientes indícios ou evidências de lesões orgânicas secundarizando informações subjetivas.

A seguir, veremos nos Quadros 3, 4, 5 e 6 alguns aspectos que também influenciam no acolhimento e vínculo dos usuários à USF.

Quadro 3 - O médico/enfermeiro oferece a você tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?

Respostas	
S1	“Mais ou Menos”.
S2	“Não”.
S3	“Às vezes”.
S4	“Sim”.
S5	“Não tanto quanto gostaria”
S6	“Sim”.
S7	“Não”.
S8	“Não”.
S9	“Sim”.
S10	“Sim”

Fonte: A autora, 2012.

Quadro 4 – Você se sente confortável para falar ao médico/serviço de saúde sobre suas preocupações ou problemas?

Respostas	
S1	“Sim”.
S2	“Não”.
S3	“Sim”.
S4	“Sim”.
S5	“Não, pouco à vontade”.
S6	“Sim”.
S7	“Às vezes”.

S8	“Não”.
S9	“Só do problema de saúde. Não costumo conversar muito não”.
S10	“Sim”

Fonte: A autora, 2012.

Quadro 5 – Se você tem dúvida, você pode procurar/ligar/falar com o médico ou enfermeiro no serviço de saúde?

Respostas	
S1	“Não”.
S2	“Não”.
S3	“Sim”.
S4	“Sim”.
S5	“Sim, com o enfermeiro ou com o agente de saúde”.
S6	“Sim”.
S7	“Nunca tentei”.
S8	“Não”.
S9	“Só do problema de saúde. Não costumo conversar muito não”.
S10	“Acho que pode. Eu nunca liguei não”.

Fonte: A autora, 2012.

Mesmo quando o relato do usuário parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento, ele deve ser ouvido. Acreditamos que isso gera mais confiança ao paciente e proporciona maior credibilidade para com o profissional, facilitando a cooperação ao tratamento e a continuidade do cuidado.

Segundo Bueno (2007, p. 180), o acolhimento na saúde vai além do conceito de “recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho”. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito.

Quadro 6 – Você acha que o médico/enfermeiro/ACS conhecem bem a sua família?

Respostas	
S1	“Sim”.
S2	“Não”.
S3	“Não”.
S4	“Sim”.
S5	“Não”.
S6	“Não”.
S7	“Não”.
S8	“Não”.
S9	“A ACS sim. Ela mora na minha rua. Conheço desde pequena”.
S10	“O médico não porque muda muito”.

Fonte: A autora, 2012.

Acreditamos que o agente comunitário de saúde tende a conhecer melhor a comunidade, pois pelas diretrizes da ESF, o mesmo deve residir na área de atuação e, deste modo, possuir laços de amizade, que facilitam o trabalho da equipe de saúde. Fato evidenciado na fala “A ACS sim. Ela mora na minha rua. Conheço desde pequena” (S9).

Concordamos com Schimith e Lima (2004, p. 1493) quando afirmam que o projeto de acolhimento e produção de vínculo, seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato. Assim, somente dessa maneira é possível atender as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde.

3.2.3 Tempo de espera para o atendimento

Quando questionados sobre o tempo que transcorre entre a marcação e a realização do atendimento, 1 usuário disse esperar por 1 semana, 2 disseram esperar por 15 dias e 7 referiram aguardar por um mês ou mais para a realização do atendimento. Dentre as falas, vale destaque para:

“Depende da consulta. Com o clínico é relativamente rápido, já o odontológico é demorado”. (S2)

“Demora 1 mês para consulta, quando é exame é muito mais”. (S5)

Em sequência, questionamos qual o tempo de espera na USF para este atendimento. A maioria dos entrevistados relatou que no dia do atendimento, aguardam por mais de 2 horas para realização do mesmo. Fato evidenciado na fala abaixo:

“Já esperei por mais de 4 horas. Raramente ocorre em menos de 2 horas”. (S2)

Quando a pergunta foi o tempo de entrega dos resultados de exames realizados, 6 dos entrevistados referiram que este prazo é de 8 a 15 dias e 4 usuários disseram esperar entre 16 a 30 dias.

3.2.4 Referências e contrarreferências

Preconiza-se que o Sistema Único de Saúde funcione como uma rede de serviços integrada a fim de que o atendimento aos usuários não sofra interrupções. O indivíduo deve ser acompanhado nos diversos níveis de atenção à saúde, de acordo com suas especificidades.

O sistema de referência e contrarreferência assume, nesse sentido, papel fundamental para que esse processo ocorra efetivamente. Referenciar um paciente implica em transferi-lo a um estabelecimento especializado. Porém, a comunicação deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, através da contrarreferência desse caso, ocorrendo assim uma dinâmica constante no sistema.

Quando perguntados se, caso precisem ser encaminhados, conseguem atendimento e o problema é resolvido em outro local, todos os respondentes alegaram que sim. Porém, ao responderem o tempo de espera para os referidos encaminhamentos, mais da metade respondeu que este tempo ultrapassa um mês e apontaram algumas observações:

“Depende do especialista a que se é encaminhado”. (S2)

“Depende do médico que vai atender, quando é mamografia não demora.” (S9)

“Depende do tipo de atendimento, quando é exame é mais rápido”. (S10)

Em nenhum dos relatos apareceu a questão da contrarreferência. Mas, como ex-supervisora da Estratégia Saúde da Família de Pirai, posso afirmar que este sempre foi um problema para a Atenção Básica do município. Quando referenciados aos serviços de média e alta complexidade, os usuários não retornavam à ESF. Tal fato dificultava tanto a inserção de casos novos no ambulatório de especialidades, uma vez que as agendas eram preenchidas com as vagas de retorno, quanto o melhor acompanhamento da situação de saúde deste paciente na atenção básica [Equipe Saúde da Família].

3.3 A percepção do usuário: avaliação, crítica, elogio e sugestão.

Nas questões subsequentes, deixamos um espaço para que os usuários da ESF se posicionassem quanto aos aspectos que eles considerassem relevantes associado à experiência vivida ao longo do tempo que utilizam os serviços oferecidos pela USF. Pensávamos num momento de expressão dos padrões subjetivos que envolvem a emoção. Assim nos referimos à avaliação do usuário quanto ao atendimento oferecido na unidade e aos comentários dos mesmos expressos em elogios, críticas e sugestões.

É fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento.

Podemos considerar que todos os entrevistados avaliaram positivamente o atendimento. Porém, nem por isso deixam de serem críticos e de pontuarem algum grau de insatisfação. Neste sentido, organizamos as falas da seguinte forma: falas de elogio, falas de elogio com restrições, falas imbuídas de críticas e, por fim, falas imbuídas de sugestões.

3.3.1 Falas de elogios

“O Sistema de Saúde do município de Pirai, se comparado com os municípios limítrofes e até com o estado do Rio, encontra-se em situação privilegiada, principalmente no que concerne à estrutura física das unidades e demais condições materiais que são postas à disposição da gestão (...) Como me parece que a intenção da pesquisa é a abordagem finalística do sistema, ou seja, a perspectiva e a sua satisfação ou insatisfação, posso afirmar-me satisfeito com a estrutura física existente e que certamente faz parte da estratégia saúde da família”. (S2)

“O atendimento é muito bom”. (S6)

“Acho bom, gosto muito de vir aqui”. (S10)

Esses depoimentos nos induzem a concluir que os usuários sentem-se bem recebidos pelos profissionais da equipe. No que se refere à estrutura física, a referência de S2 destoa de outros cenários brasileiros. Oliveira e Bezerra (2011,

p.23) pontuam que os problemas com a estrutura física das USF são relatados em diversos estudos realizados no Brasil e afirmam que os mesmos interferem na qualidade do atendimento aos usuários e na integração dos profissionais da equipe.

3.3.2 Falas de elogios com restrições

“O atendimento da ACS é muito prestativo, mas o atendimento ginecológico poderia ter maior número de vagas”. (S4)

“O atendimento é bom, mas poderia ser melhor”. (S5)

“Bom, na maioria das vezes o usuário consegue ser atendido”. (S7)

“Eu acho bom. Muita gente reclama, diz que demora, tem fila, mas eu não ligo”. (S9)

Nessas falas expressas pelos sujeitos, temos a reafirmação de que eles classificam seu atendimento como bom. Porém, pontuaram restrições. Assim, fica claro que o serviço de saúde deve assumir sua função precípua de acolhimento, mas também de conhecer os fatores que causam desconforto aos usuários para buscar respostas positivas, capaz de atender aos anseios da população.

3.3.3 Falas imbuídas de críticas

“Demora a conseguir consultas com determinados especialistas: cardiologia, ginecologia. Não temos reumatologistas”. (S1)

“(…) o sistema público municipal ainda está distante das metas almeçadas para que se implante definitivamente um sistema universal, integralizado, equânime, hierarquizado, resolutivo ou efetivo e, principalmente com participação popular (...) a insatisfação está no atendimento referente às consultas médicas, que são realizadas na maioria das vezes com muita rapidez e ocorrem praticamente de forma protocolar, ou nos receitam um medicamento ou encaminham pra um especialista ou solicitam exames, sem qualquer investigação mais apurada, como uma simples conversa com o paciente. Outra questão são os agentes de saúde que demoram a retornar ao domicílio. Também já passei por problemas onde me deparei com uma espécie de burocracia cartorial, onde tive que percorrer vários

setores e passar por vários profissionais de saúde para conseguir um medicamento”. (S2)

“Às vezes percebo que o tratamento dado aos usuários não é igualitário. Há certa burocracia em coisas que precisam ser mais ágeis. Agentes não realizam visitas com regularidade e são substituídas com frequência, o que impede um relacionamento com mais vínculo”. (S3)

“O tempo de espera do horário de consulta marcada até o atendimento é de 3 a 4 horas, tempo exaustivo”. (S4)

“A realização de exames mais complexos demoram muito, geralmente. Quando chego a fazer o exame indicado e pego o resultado, já passou muito tempo do dia em que consultei. Aí, o médico precisa reavaliar todo o quadro. Outra coisa é a atuação do agente de saúde, que nem sempre é a melhor possível”. (S5)

O fortalecimento do controle social no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária pressupõem uma concepção do usuário do sistema de saúde com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema (TRAD et al, 2002, p. 582). Com esse entendimento, não podemos visualizar essas ressalvas ao desenvolvimento da ESF como uma predisposição insatisfatória, mas como uma forma de contribuir para o aperfeiçoamento da organização do serviço.

Essas queixas, com relação ao aspecto organizacional, nos remetem ao que ainda está insuficiente, precário ou inexistente. Fica patente que é preciso redirecionar a organização e distribuição das ações e serviços da Estratégia Saúde da Família de modo a responder positivamente às demandas, bem como as necessidades de saúde, que em alguns casos, pode ficar prejudicada. Essas considerações, mais uma vez, estão relacionadas à espera pelo resultado do exame, pela marcação da consulta, pelo atendimento dos profissionais.

É importante ressaltar, novamente, o quanto o nosso tempo é valioso. O mau uso do tempo causa stress, pois é tempo perdido para fazer o que consideramos prioritário e importante. É sempre bom lembrar que, da mesma forma, o bom uso do tempo, normalmente, traz satisfação, sentido de realização e felicidade.

Segundo Ximenes Neto e Sampaio (2008, p.43), no que concerne à burocracia, são muitos os exemplos no âmbito da ESF, dentre eles, citamos: o elevado número de sistemas de informação em saúde, com sua variedade de formulários e a falta de comunicação entre eles; o número excessivo de formulários

que devem ser preenchidos a partir da produção ambulatorial e distribuição de insumos farmacêuticos, o elevado número de normas emanadas das secretarias estadual e municipal de saúde e do Ministério da Saúde.

Para Franco e Merhy (1999, p.27) quanto à gestão da ESF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer a estratégia, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas, deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficando fora do sistema de financiamento das equipes de saúde da família.

Hoje, 13 anos após a publicação deste texto, ainda podemos verificamos tal fato. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, se evidencia neste ato.

3.3.4 Falas imbuídas de sugestão

“Eu sugiro menos demora em conseguir atendimento para algumas especialidades, como por exemplo: cardiologista”. (S9)

“Na estratégia deve-se buscar a simplificação das ações, fugir sempre da tentação da burocratização das políticas em saúde. A burocratização imobiliza o cidadão comum e o exclui, deixando-o alvo fácil do clientelismo e do apadrinhamento político”. (S2)

“Creio que deveriam ser feitas mais visitas do ACS, o acompanhamento deveria ser melhor. Não sei se estão sobrecarregados, mas sei de amigos e vizinhos que sequer recebem visitas dos agentes”. (S5)

“O atendimento dos profissionais como um todo poderia ser mais humano, mais cordial, etc..” (S6)

O processo de sugestão está intrinsecamente ligado ao desejo de alguém e relacionado a fatores sociais e circunstanciais, vivenciados por estes usuários. No

entanto, nem todas as sugestões poderão, mesmo que acatadas, ser resolvidas na ESF. É preciso que outros atores do sistema de saúde local sejam envolvidos.

No que se refere à demora em atendimento para algumas especialidades, vale ressaltar que no âmbito da ESF, os encaminhamentos não são para “passar o caso pra frente”, são propostas para que outras opiniões, terapêuticas e cuidados se formem e se aglutinem frente ao projeto terapêutico da família e da pessoa que está sendo encaminhada. (FORTUNA, 2003, p. 165)

Neste sentido, devemos estar atentos no que essa demora pode significar para o funcionamento da ESF, pois pode ser um fator contribuinte para o aumento da demanda na unidade, dificultando a atuação da equipe no que tange ao trabalho programado (consultas agendadas) e ações de promoção e prevenção, inerentes ao processo de trabalho da Estratégia.

Considerando a fala do usuário S5, Tomaz (2002, p. 85) diz que o papel do ACS vem sendo distorcido e, muitas vezes, seu trabalho é sobrecarregado por falta de clara delimitação de atribuições, razão pela qual são atribuídas ao ACS muitas ações que deveriam ser desenvolvidas nas famílias e na comunidade. Em sua discussão sobre as atribuições, competências e perfil do ACS, o autor acredita que esse profissional deve possuir grau de escolaridade mais elevado, para dar conta das demandas atuais da ESF, visto que, com a ampliação de seu papel, esse ator saiu do foco materno-infantil de regiões pobres sacrificadas pela seca e passou a atuar no Brasil inteiro com as famílias da comunidade em que vive.

Para ser ACS, é necessário satisfazer certas condições, como ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, morar na comunidade em que trabalha durante pelo menos dois anos e ter disponibilidade de oito horas diárias para exercer seu trabalho (SEABRA, 2006, p. 99). A nosso entender, estes requisitos são ínfimos perto da grande responsabilidade e importância deste profissional na concretização de um modelo de atenção em saúde seguindo os princípios da ESF.

Tomando por base a sugestão do usuário S6, Ogata, Machado e Catoia (2009, p.827) afirmam que o primeiro encontro entre o usuário e a equipe de saúde pode ter consequências decisivas na resolução de seus problemas de saúde e que o vínculo entre esses atores sociais amplia a eficácia da assistência. Neste sentido, Schimith e Lima (2004) defendem que o vínculo com os usuários possibilita também a participação deste usuário, que passa a ser considerado sujeito ativo de seu cuidado, uma vez que passa a falar e ser ouvido pela equipe de saúde.

Segundo Alvarenga (2005) é no campo das relações interpessoais que se estabelecem a humanização e o vínculo. Faz-se necessário que os indivíduos sejam considerados, de alguma maneira, simultaneamente biológicos e psicossociais e, para isto, é preciso que se instrumentalizem os profissionais para esta abordagem.

Ao analisarmos o posicionamento do usuário em questão, concordamos com Carvalho (2009, p. 70), quando o mesmo diz verificar que a grande maioria dos profissionais não está preparada, nem academicamente, nem socialmente, para visualizar os usuários como sujeitos sociais. O autor afirma ainda que entre os distintos problemas que afloram na ESF, nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos.

4 CONCLUSÃO

Ao fim deste estudo, podemos afirmar que alcançamos os objetivos traçados. Tivemos a oportunidade de compreender como usuários da ESF Centro, do município de Piraí, percebem a referida estratégia, assim como verificamos o grau de correspondência entre os serviços oferecidos pela ESF e a proposta oficial, norteadora da Estratégia Saúde da Família, na visão dos usuários.

Reiteramos aqui, a necessidade de conhecimento da ESF pela análise de seu usuário, para que realmente possamos saber se o serviço que “tem sido feito” está de acordo com o serviço que é proposto, bem como para sabermos se a Estratégia atende às expectativas e necessidades de quem a utiliza. Entendemos que, uma estratégia que se propõe a fazer a reversão do modelo de atenção à saúde, não pode negligenciar o direito à voz do seu ator social mais importante, o usuário, que é a razão da existência dos serviços de saúde.

A oportunidade de os usuários falarem como veem a Unidade de Saúde da Família, nas suas diferentes dimensões, permitiu que identificássemos as potencialidades e fragilidades do trabalho desempenhado por esta equipe de saúde.

Neste sentido, devemos destacar as falas referentes ao comportamento dos profissionais de saúde frente aos usuários e ao tempo de espera para o atendimento.

Em nosso entendimento, tais dificuldades decorrem do modelo de formação dos profissionais de saúde no Brasil. De acordo com o discurso oficial, a ESF tem a missão de organizar o serviço de saúde a partir da atenção básica, com vistas à implementação do Sistema Único de Saúde, rompendo com o modelo hospitalocêntrico. Porém, as instituições formadoras, em sua maioria, não formam profissionais capacitados para o trabalho comprometido com a quebra de paradigma sugerida pela estratégia saúde da família.

Neste sentido, concordamos com Conill (2008) quando diz que não é possível desconhecermos a necessidade de importantes mudanças culturais e no aparelho formador para que uma prática que não tem tradição nem nas corporações profissionais nem diante da população venha legitimar-se.

Contudo, acreditando no potencial transformador da Estratégia Saúde da Família, pensamos como Ribeiro et al (2004, p. 445) ao afirmar que “é fundamental que as contradições e dificuldades que permeiam a proposta não a levem a destruir-se, e,

sim, a modificar-se no sentido de melhor qualificação”.

Outro ponto que nos chamou atenção no estudo diz respeito ao grau de escolaridade dos usuários entrevistados. Dos 10 entrevistados, 5 possuem ensino médio completo, 4 superior completo e 1 superior incompleto. A situação destoa dos achados em diversos estudos, os quais apontam os usuários como pessoas de baixa escolaridade e baixa renda.

Este fato talvez se justifique pela localização da USF em questão, que é no centro da cidade, onde apesar de compreender áreas carentes, residem pessoas com melhor poder aquisitivo. Porém, segundo relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica da unidade, das 5762 pessoas cadastradas na unidade, apenas *20% possui plano de saúde, o que nos sugere uma população SUS dependente.*

Apesar das dificuldades apontadas, a avaliação dos usuários quanto à ESF Centro mostrou-se positiva em vários aspectos, como destacado na fala de um dos entrevistados: *“O Sistema de Saúde do município de Piraí, se comparado com os municípios limítrofes e até com o estado do Rio, encontra-se em situação privilegiada (...)”.*

Como todo serviço, necessita ser avaliado e monitorado, levando em consideração as críticas e elogios abordados, buscando melhor qualificação. Repensar o modelo de atenção à saúde, dentro da perspectiva para qual aponta a estratégia saúde da família, implica em assegurar correspondência entre os serviços de saúde e as expectativas e valores socioculturais da população usuária.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.C.S; MOURA, E.R.F. Percepção do Usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. **RBPS** 2004; 17(4): 163-169.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v.9 n.16, Set./Fev. 2005.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: Tratado de Saúde Coletiva, Campos, et al. (Orgs.). Rio de Janeiro: Hucitec, 2006. p. 783-836.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BUENO, W. S. Boletim: construindo um gestor pleno. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 2007. Parte 3, p. 169-196.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **O programa de saúde da família na busca da humanização e da ética na atenção à saúde**. In: Manual de Enfermagem. Brasília, 2001. p.47-50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

CAMARGO Jr, K.R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R.A.T. Especialização em Saúde da família: uma estratégia para o apoio à expansão da Atenção Básica nas grandes cidades. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VI, n.8, p.38-45, 2005.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. dos S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(9):1881-1892, set, 2006.

CARVALHO, S. C. de. **Programa Saúde da Família: O imaginário do cliente sobre seu atendimento e suas possibilidades de participação**. 200. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2.ed. atual. ampl. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. São Paulo: ENSP, 1995.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Fórum Saúde e Democracia**: uma visão de futuro para o Brasil. Rio de Janeiro, 2006.15p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1958 de 15 de dezembro de 2010**. Disponível em: <www.legisus.com.br> Acesso em: 17/04/2012.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, jan./mar. 1997, vol.13, no. 1, p.103-107.

ESPERIDIÃO, M. **Avaliação de Satisfação de Usuários**: I. Considerações teórico-conceituais, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.). **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. São Paulo: Difusão Editora, 2004.

FLEURY, S. Pobreza, desigualdades ou exclusão? **Ciência e Saúde Coletiva** 2007; 12(6): 1422-1428.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa de Saúde da Família (PSF)**: comentado. Goiânia: Ed. AB, 2003.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida**. Ribeirão Preto, 2003. 216p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FRACOLLI, L.A; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias. In BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Série A Normas e Manuais Técnicos N. 135. Brasília, 2001 e 2003.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: Merhy EE, Júnior; HMM, Josely R, Franco TB, Bueno WS, organizadores. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003.p. 55-124.

FREITAS, F. P. de; PINTO, I. C. Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre a

Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005, julho-agosto; 13(4): 547-54.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995, p.105-113.

HANDEM, P.C. MATIOLI, C.P.; PEREIRA, F.G.C. **Metodologia: interpretando autores**. In: FIGUEIREDO, N.M. A (Org.). Método e Metodologia na Pesquisa Científica. São Paulo: Difusão Editora, 2004. Cap.6, p.128.

JURAN, J.M. **Planejando para a qualidade**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

LEITÃO, R.E.R. **Qualidade na prática gerencial de enfermagem: as duas faces da mesma moeda**. Niterói: Intertexto, 2004.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001, p. 193-278.

LEVY, F.M., MATOS, P. E. de S. e TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, jan./fev. 2004, vol.20, no.1, p.197-203.

LINDER-PELZ. Toward a Theory of Patient Satisfaction. **Social Science and Medicine**, 1982, vol. 16, p.577-582.

LOBOS, J. **Qualidade através das pessoas**. 9.ed.São Paulo: J.Lobos, 1991.

MASCARENHAS, M. T. M. **Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: estudo de caso em unidade básica de saúde tradicional e módulo do Programa Médico de Família**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MELAMED, C. Programas de Agentes Comunitários de Saúde. In: **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**/Luis Mario Fujiwara, Nelson Luiz Nouvel Alessio e Marta Ferreira Santos Farah (orgs.) / São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania 1998,176p.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO, organizador, Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

_____. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C.S. (org). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 17 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p.9-29, 1994.

MOURA, M.L.S. de; FERREIRA, M.C.; PAINE, P.A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.132p.

NOGUEIRA, M. V. B. **A percepção das lideranças comunitárias sobre o acesso ao serviço odontológico do psf expectativa, Sobral, Ceará em 2005.** Sobral – CE, 2005. 66p. Monografia (Especialização) - Universidade Estadual Vale do Acaraju.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa de Enfermagem.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

RAMOS, D.D; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** jan./fev. 2003, vol.19, no.1, p.27-34.

REIS C. da C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 20(2):492-501, mar- abr, 2004.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Latino-Am Enfermagem** 2004 julho-agosto; 12(4):658-64.

SCHIMITH, Maria Denise e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública,** nov./dez. 2004 vol.20, no.6, p.1487-1494.

SEABRA, D. C. **O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional.** Ribeirão Preto, 2006. 126p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA JUNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: Barboza PR, organizador. Curso de especialização autogestão em saúde: guia do aluno. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001. p. 81-107.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em saúde:** O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA JUNIOR, A.G; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p. 241-258.

SILVA JUNIOR, A.; MERHY, E.E.; CARVALHO, L. C. 2003. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo e PINHEIRO, Roseni (org.). *Construção da integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.

SILVEIRA, M.F.A. Acolhimento no Programa Saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde. **Rev Cogitare Enfer.**, 2004, vol.9, nº 1, p. 71-77.
STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, F.L et al. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. *Saude em Debate* 2003; 27(65):405-413.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. **Rev. Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu v. 6, n. 10, p. 84-87, Fev., 2002.

TRAD, L. B. A. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e saúde coletiva**, 2002, vol.7, no. 3, p.581-589.

TRAVERSO-YEPEZ, M.; MORAIS, N.A.de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, jan./fev. 2004, vol.20, no. 1, p.80-88

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, p. 116-173.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R.B. de. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, vol.10, no. 3, p.599-613.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** 2008, vol.61, n.1, pp. 36-45.

ZANON, U. **Qualidade de Assistência Médico-Hospitalar**. Medsi, Rio de Janeiro, 2001.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: **“A Estratégia Saúde da Família na Perspectiva do Usuário”**

Pesquisador responsável: **MARCELA DE SOUZA CALDAS**

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO – INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

Telefones para contato: (21) 97126612

Nome do Voluntário: _____ Idade: ____ anos R.G: _____

O Sr(a) está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa **“A Estratégia Saúde da Família na Perspectiva do Usuário”**, de responsabilidade da pesquisadora Marcela de Souza Caldas.

A pesquisa aqui apresentada tem como objetivos: Analisar a Estratégia Saúde da Família através da perspectiva do usuário e verificar o grau de correspondência entre os serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família e a proposta oficial, norteadora da estratégia, na visão dos usuários.

A presente pesquisa não oferece riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais. Caso o Sr. (a) tenha qualquer dúvida relacionada a pesquisa, poderá entrar em contato com o pesquisador, por telefone ou pessoalmente. O pesquisador garante o acesso às informações atualizadas durante todo o estudo.

Sua participação é voluntária, de maneira que o (a) Sr (a) está livre para retirar este consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. As informações relacionadas à sua privacidade serão mantidas em caráter confidencial.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado (a) e concordo em participar como voluntário (a) da pesquisa acima descrita.

Piraí, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável por obter o consentimento

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista

Nome: (iniciais) _____

1. Data de nascimento: __/__/__

2. Idade: _____ anos

3. Sexo ()feminino ()masculino

4. Renda familiar:

() 1 a 3 Salários () 4 a 9 () superior a 10

5. Estado Civil:

()solteiro (a) ()casado (a) ()separado (a) ()viúvo (a)

()Outros _____

6. Grau de Instrução:

()analfabeto ()fundamental incompleto () fundamental completo

() médio completo ()médio incompleto () superior incompleto

()superior completo

7. Situação empregatícia:

()trabalho com carteira ()trabalho informal ()aposentado ()desempregado

8. Possui alguma dificuldade para chegar na USF?

()sim ()não Se sim, Qual? _____

9. Quem você procura quando tem problemas de saúde?

10. Como você é recebido na unidade?

11. Qual dos serviços que a USF oferece que você utiliza com mais frequência?

12. É sempre o mesmo médico que o atende?

13. Você se sente bem examinado?

14. O médico/enfermeiro oferece a você tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?

15. Você se sente confortável para falar ao médico/serviço de saúde sobre suas preocupações ou problemas?
16. Se você tem dúvida, você pode procurar/ligar/falar com o médico ou enfermeiro no serviço de saúde?
17. Você acha que o médico/enfermeiro/ACS conhecem bem a sua família?
18. Você consegue atendimento para tudo que necessita na mesma USF?
() sim () não Se não, qual(is)_____
19. O horário de funcionamento da unidade de saúde atende a sua necessidade?
() sim () não Porque?_____
20. Há atendimento preferencial para algumas pessoas?
() sim () não Se sim, para quem?_____
21. Quanto tempo transcorre entre a marcação e a realização atendimento?
() dia () semana () quinzena () mês () outros_____
22. Qual o tempo de espera na USF para este atendimento?
() menos de 30 minutos () 30 a 60 minutos () 2 horas () outros
23. Qual o tempo para entrega dos resultados de exames realizados?
() menos de 7 dias () 8 a 15 dias () 16 a 30 dias () outros
24. Consegue consulta de retorno com que intervalo de tempo?
() dia () semana () quinzena () mês () outros
25. Caso precise, consegue ser encaminhado, atendido e ter o problema resolvido em outro local adequado?
() sim () não Se não, em qual situação?_____
26. Se sim, qual o tempo de espera?
() dia () semana () quinzena () mês () outros
27. Como você avalia o atendimento aos usuários da unidade?

Você pode deixar outros comentários sobre a ESF Centro, suas sugestões, críticas e elogios.

ANEXO A - Aprovação no Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa “A Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário” (Registro CAAE 0032.0.259.000-11), coordenado por MARCELA DE SOUZA CALDAS, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ na presente data.

Rio de Janeiro, 25 de agosto de 2011

Ana Silvia Gesteira
pt MARIA HELENA COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social

Ana Silvia Gesteira
T. A. U. Mat. 6858-5
IMS/UERJ