

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE
LONBA DO PINHEIRO DE PORTO ALEGRE: A
PERCEPÇÃO DOS LÍDERES COMUNITÁRIOS, DOS
PROFISSIONAIS E A SATISFAÇÃO DOS
MORADORES CADASTRADOS**

ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA

DEZEMBRO, 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE LOMBA DO
PINHEIRO DE PORTO ALEGRE: A PERCEPÇÃO DOS LÍDERES
COMUNITÁRIOS, DOS PROFISSIONAIS E A SATISFAÇÃO DOS
MORADORES CADASTRADOS**

ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS REQUISITOS
OBRIGATÓRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM
ODONTOLOGIA, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE BUCAL COLETIVA

PROF^a. DR^a TANIA MARIA DREHMER
ORIENTADORA

Porto Alegre, Dezembro de 2005

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S586p

Silva, Alexandre Emidio Ribeiro

Programa Saúde da Família, Unidade Lomba do Pinheiro de Porto Alegre: a percepção dos líderes comunitários, dos profissionais e a satisfação dos moradores cadastrados / Alexandre Emidio Ribeiro Silva. – 2005.

141 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva, Porto Alegre, 2005.

Orientadora: Tania Maria Drehmer.

1. Programa saúde da família 2. Conselhos de saúde 3. Percepção
4. Pesquisa qualitativa 5. Pesquisa sobre serviço de saúde I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia II. Título.

CDU 616.314-084

Bibliotecária: Eloisa Futuro Pfitscher

CRB 10/598

DEDICATÓRIA

**A TODOS OS FAMILIARES E AMIGOS QUE
CONTRIBUÍRAM PARA VENCER MAIS ESTA ETAPA.**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a orientadora e professora Tania Maria Drehmer pela dedicação nesses 2 anos de trabalho e que o seu carinho e amizade nunca serão esquecidos.

Aos meus pais (in memoriam) que sempre estão ao meu lado.

Aos meus irmãos que mesmo longe sempre estão torcendo pelo meu sucesso.

A família da minha noiva, Terezinha (minha mãe no Rio Grande do Sul), ao Felipe, aos meus “padrinhos” Maria Otília e Gilberto e a minha “avó” Laura por todo carinho nesses anos que estou no Rio Grande do Sul.

A minha noiva Caroline pela amizade e amor que sempre permitiram não desistir de vencer mais esta etapa.

Ao Gilberto Gigante pela incansável leitura deste trabalho para torná-lo mais adequado a Língua Portuguesa..

A todos os professores do curso de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialmente as professoras Sônia, Cláides e Dalva do Curso de Saúde Bucal Coletiva.

Ao professor Aluí Barbisan pela amizade e aprendizado durante esses dois anos.

Aos colegas Silvânia, Hernandez, Marco, Andréa, Danielle, Joice, Claudete, pela amizade e os novos conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários Roberto, Lorena e Marlei do Departamento de Odontologia Preventiva e Social, pela auxílio nesse período.

Aos funcionários da Unidade de Saúde da Lomba, pela acolhida e facilidade de acesso aos dados para a realização desta pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa pela gentileza durante as entrevistas deste trabalho.

A Deus, por ter permitido vencer mais essa etapa.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Principais relatos dos moradores cadastrados na Unidade de Saúde da Lomba – PSF, do bairro Lomba do Pinheiro na cidade de Porto Alegre –RS. Porto Alegre - RS, 2004..... 54
- FIGURA 2 - Principais relatos dos profissionais da Unidade de Saúde da Lomba – PSF Lomba, do bairro Lomba do Pinheiro na cidade de Porto Alegre –RS. Porto Alegre - RS, 2004.....85
- FIGURA 3 - Principais relatos dos líderes da comunidade da Unidade de Saúde da Lomba – PSF Lomba, do bairro Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre –RS. Porto Alegre - RS, 2004.....117

LISTA DE ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CD – Cirurgião Dentista
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CFO – Conselho Federal de Odontologia
EC-29 – Emenda Constitucional 29
ESB – Equipe de Saúde Bucal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PSF – Programa Saúde da Família
SB BRASIL – Saúde Bucal do Brasil
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
THD – Técnico em Higiene Dentária

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	
AGRADECIMENTOS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE ABREVIATURAS	
1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 INTRODUÇÃO.....	11
3 OBJETIVO GERAL.....	16
4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5.1 Características do Programa Saúde da Família.....	18
5.2 Pesquisas sobre a satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde no Brasil.....	24
5.3 Considerações sobre a satisfação dos usuários.....	27
5.4 Instrumentos para a avaliação dos serviços de saúde.....	28
5.4.1 Percepção.....	30
5.4.2 Atitudes.....	31
5.5 Instrumentos de Coleta de dados.....	32
5.6 Análise dos dados coletados.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
ARTIGO 1 – Satisfação dos Moradores Cadastrados com os Serviços Prestados pelos Programas Saúde da Família da Lomba do Pinheiro, de Porto Alegre-RS.....	42
ARTIGO 2 – Percepção dos Profissionais de Saúde sobre os Serviços Prestados em Programas Saúde da Família em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, RS.....	74

ARTIGO 3 - Percepção de Líderes de uma Comunidade de Porto Alegre, RS, em Relação ao Programa Saúde da Família.	106
APÊNDICES	
Apêndice A: Roteiro da entrevista com o usuário do Programa Saúde da Família.....	137
Apêndice B: Roteiro da entrevista com os profissionais do Programa Saúde da Família.....	138
Apêndice C: Roteiro da entrevista com as pessoas que têm influência na comunidade.....	139
Apêndice D: Consentimento Informado.....	140

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho de conclusão do Curso de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Saúde Bucal Coletiva, foi realizado na Unidade de Saúde da Lomba com os Programas Saúde da Família do Bairro Lomba do Pinheiro.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com moradores cadastrados, profissionais de saúde e lideranças da comunidade.

Para o melhor entendimento dos resultados, este trabalho foi dividido da seguinte forma:

- INTRODUÇÃO GERAL.
- OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.
- REVISÃO DE LITERATURA GERAL.
- REFERÊNCIAS GERAIS.

Para a compreensão dos resultados de cada grupo estudado (moradores cadastrados, profissionais de saúde e líderes da comunidade), foram estruturados três artigos científicos com o seguinte formato:

- INTRODUÇÃO
- MATERIAIS E MÉTODOS
- RESULTADOS E DISCUSSÃO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

2 INTRODUÇÃO GERAL

A assistência à saúde no Brasil, até o final da década de 60 e início dos anos 70, era direcionada apenas para aqueles que contribuíam para a Previdência Social, ou seja, aqueles que estavam empregados e com carteira assinada. Segundo Brasil (2000d), uma parcela significativa da população ficava excluída dessa assistência.

Além disso, também o modelo de assistência que sempre predominou no país, que tem como característica a baixa resolutividade, a utilização irracional dos recursos e a prática voltada para as ações hospitalares, colaborou para esta situação.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, de 1978 (Organização Mundial de Saúde, 2004a), e com a Carta de Ottawa, de 1986 (Organização Mundial de Saúde, 2004b), a orientação de como ampliar o acesso à saúde para toda a população está baseada em ações de atenção básica e na participação efetiva dos membros da comunidade. Estes dois documentos citam que é nas ações de atenção básica que ocorre o primeiro contato com os indivíduos, a família e a comunidade, e isso leva a saúde onde as pessoas vivem e trabalham.

No Brasil, as grandes mudanças na área da saúde, ocorreram a partir do final da década de 70 e início da década de 80 com o Movimento Sanitário, que reivindicava um atendimento universal e descentralizado na área da saúde. Esse movimento permitiu o surgimento do Sistema Único de Saúde - SUS. Uma das

conquistas do SUS foi a municipalização dos serviços de saúde, possibilitando a existência de ações em nível da atenção básica.

Uma das primeiras medidas realizadas pelo Ministério da Saúde para tentar concretizar essas mudanças, foi o surgimento do Programa dos Agentes Comunitários - PACS, em 1991. Este apresenta como característica contratar uma pessoa da própria comunidade, que, após receber capacitação, realiza a supervisão da saúde das famílias, observando suas necessidades e buscando resolvê-las. Esse programa tem como função atuar na valorização da família, visando à promoção e à prevenção das doenças, através de informações e orientações sobre saúde aos grupos de risco e ao restante da população (MIRANDA et al., 2004; PEDROSA; TELES, 2001).

O PACS foi a base para o surgimento do Programa Saúde da Família - PSF, em 1994. A característica da ação voltada para a família permaneceu; o diferencial foi a criação de uma equipe multiprofissional, na qual o agente comunitário continua sendo uma peça chave para o sucesso do programa (NUNES et al., 2002).

O grande avanço do PSF, nas diversas regiões do Brasil, ocorreu principalmente porque essa política é de autoria do Ministério da Saúde, fazendo com que os municípios tenham que aderir ao programa para receber os recursos que são destinados à atenção básica (CARVALHO, 2001). A crítica que surge, é que, com isso, está ocorrendo uma recentralização dos serviços de saúde, pois os municípios deveriam ter a liberdade de direcionar as suas políticas, já que com a municipalização conquistaram a “gestão plena da saúde”, mas acabam tendo de

aceitar a política do governo federal para receber os recursos (CARVALHO, 2001; GERSCHMAN, 2001).

O incentivo à participação da comunidade na organização, no funcionamento e no controle do setor da atenção à saúde é indicado como um fator essencial na otimização do atendimento, conforme a Declaração de Alma-Ata, em 1978 (Organização Mundial de Saúde, 2004a), e da 8ª e 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e 1992, respectivamente (BRASIL, 2004a). O controle é feito através dos Conselhos de Saúde, que têm um importante papel na elaboração das políticas de saúde, bem como no controle e na avaliação dos serviços de saúde, (BRASIL, 2004a). Conforme a Lei 8142 de 1992 (BRASIL, 2004b), 50% dos representantes dos Conselhos de Saúde são os usuários, e esses conselheiros devem ser sempre escolhidos dentre os integrantes das entidades populares, representantes dos trabalhadores e entidades da sociedade.

Mas, de acordo com Labra e Figueiredo (2002), a questão da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde tem mostrado que suas atitudes e pensamentos não resultam em mudanças. Isso, na opinião dos autores, deve-se à questão do despreparo dos conselheiros, principalmente em relação à verificação dos orçamentos; além disso, o presidente do Conselho poderá ser o secretário de saúde, o que faz com que apenas os interesses da Secretaria de Saúde prevaleçam.

Um outro ponto digno de destaque é que mesmo o programa sendo citado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) como resolutivo em 85% dos problemas de saúde da população, existem membros da comunidade que dele não querem participar. Farias, em 2001, observa que os motivos que afastam

esses membros são a dificuldade de acesso e a falta de qualidade dos serviços públicos, assim como a insegurança de não encontrar o atendimento, no caso de emergência. Ele cita que estes fatos fazem com que essas pessoas procurem o sistema de saúde privado ao invés de utilizar o SUS.

E, por fim, a municipalização dos serviços de saúde e as ações voltadas para a atenção básica que pretendem proporcionar o bem estar a todos que utilizam os serviços de saúde, fizeram com que ocorresse o crescimento do número de estabelecimentos de saúde para o atendimento da população (COSTA; PINTO, 2002). Isto pode ser observado pelo aumento de Equipes do Programa Saúde da família - PSF, eis que, até maio de 2005, já existiam implementadas 22,4 mil equipes dando uma cobertura de 100,1 milhões de pessoas em 5.171 municípios (TRAVAGLINI, 2005).

Já em relação à saúde bucal, conforme Brasil (2002) no final de 2002 existiam 4262 Equipes de Saúde Bucal (ESB) implementadas no país. Com a valorização das ações da atenção básica pelo Ministério da Saúde-MS, através do aumento dos recursos financeiros, foram implementados programas, como por exemplo, o Brasil Sorridente ocorrendo o crescimento do repasse para o aumento das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Além disso, a ampliação dos incentivos estaduais para os municípios fizeram com que, em 2005, existam implementadas 11.442 equipes Saúde Bucal no Brasil; destas, 369 no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2005)

Conforme Trad et al (2002), um fator de grande importância para a mudança das políticas de saúde no Brasil tem sido a crítica dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, em relação à sua qualidade.

No bairro Lomba do Pinheiro, em Porto Alegre, RS, isso não foi diferente, pois apresenta hoje seis unidades de saúde que mantêm nove equipes do Programa Saúde da Família. Dentre essas, a unidade onde foi realizada esta pesquisa, denominada Unidade de Saúde da Lomba, criada em 2000, que apresenta três equipes do Programa Saúde Família-PSF . A essas três equipes foram incorporadas duas Equipes de Saúde Bucal, que constituíram, em 2002, as primeiras equipes completas (Programa Saúde da família e Equipes de Saúde Bucal) em Porto Alegre. Buscou-se avaliar este programa, pois, devido a sua recente criação, inexistem estudos que o façam.

Portanto, a partir da análise destas três unidades do Programa Saúde da Família, do bairro Lomba do Pinheiro, da cidade de Porto Alegre-RS, este estudo teve como objetivo avaliar a participação e a satisfação da população com o atendimento, bem como as relações entre os profissionais, e destes com a população, na visão dos diferentes atores.

3 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho teve como objetivo avaliar através de um estudo qualitativo, as percepções, desejos, atitudes e experiências de indivíduos da população e dos trabalhadores do serviço em relação ao Programa Saúde da Família–PSF, pertencentes à Unidade de Saúde da Lomba no bairro Lomba do Pinheiro, da cidade de Porto Alegre-RS. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi - estruturadas com:

1. moradores cadastrados do Programa Saúde da Família - PSF;
2. profissionais que compõem as equipes do PSF e da ESB
3. pessoas que exercem liderança dentro da comunidade, na qual se situa o programa.

4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

As entrevistas dos moradores da área adscrita aos Programas Saúde da Família, dos líderes da comunidade e dos trabalhadores de saúde consistiu das seguintes questões:

Em relação aos moradores cadastrados:

1. a satisfação com o serviço recebido;
2. a experiência em situação de serviços semelhantes;
3. o nível mínimo de qualidade de serviços a alcançar para ser considerado aceitável; e
4. se os profissionais ou pessoas que tem influência dentro da comunidade incentivam a participação nos Conselhos de Saúde.

Em relação aos líderes da comunidade:

1. a observação da relação existente entre a equipe de saúde e a comunidade;
2. a existência de melhorias para a comunidade a partir do início do programa, comparado ao serviço que era prestado anteriormente;
3. o nível de participação da população nos Conselhos de Saúde.

Em relação ao profissional:

- 1 se o programa é justo com todos os moradores cadastrados;
- 2 a existência de resistências da população nas ações implementadas pela equipe de saúde;
- 3 como age para resolver as dificuldades em relação aos serviços de referência.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Para um melhor entendimento do tema abordado na pesquisa, bem como da metodologia, a revisão de literatura foi dividida nos seguintes tópicos: a) histórico do Programa Saúde da Família-PSF com suas características; b) pesquisas de avaliação dos serviços e c) descrição e justificativa da metodologia que será usada para a avaliação dos serviços.

5.1 CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF

O Programa Saúde da Família–PSF foi o resultado das ações do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, para tornar possíveis as políticas voltadas para a atenção básica, com o objetivo de promover a saúde, como foi proposto na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (Organização Mundial de Saúde, 2004a), e na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992 (BRASIL, 2004a).

O PSF tem características semelhantes ao Programa Médico da Família que surgiu em Cuba, em 1983, com suas ações voltadas para a atenção básica e o profissional atuando na unidade de saúde e no domicílio. O médico de família só pode atuar no programa após especialização de 3 anos e tem a responsabilidade de atender 120 famílias (600 a 800 pessoas), recebendo o apoio de especialistas (Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Medicina Interna e Psicologia) (EISEN, 1996).

No Brasil, uma das primeiras medidas do Ministério da Saúde foi a formação do Programa dos Agentes Comunitários, iniciado em 1991, que teve

como objetivo, valorizar a família, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, através da capacitação de um morador da própria área para realizar essa função (MIRANDA, 2004). Na opinião de Zanetti (2000), esse programa foi responsável pelo aumento da humanização da prática assistencial com a recuperação da vinculação da atenção à população.

Em 1994, iniciou-se o Programa Saúde da Família-PSF, tendo como referenciais os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS; dentre esses a integralidade, a universalidade e a equidade, e buscando, como principal objetivo, fortalecer as ações em nível da atenção básica (MARQUES; MENDES, 2002; BRASIL, 2000d). Conforme o ponto de vista de Oliveira e Palha (2004), o PSF traz uma série de inovações no sentido de reverter o modelo curativo centrado no indivíduo, transformando-o em um conjunto de ações que articulem indivíduo, família e comunidade e, no qual a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação estejam presentes ao mesmo tempo nas ações da equipe de saúde.

Segundo Marques e Mendes (2002) e Pedrosa e Teles (2001), o PSF tem quatro princípios: 1. caráter substitutivo – com a alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho concentrado na vigilância à saúde; 2. integralidade e hierarquização – com a adoção da unidade de saúde da família como primeiro nível de ação e serviço do sistema local de saúde; 3. territorialidade e adscrição da clientela – com a incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida; 4. equipe multiprofissional com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários.

Da equipe multiprofissional do PSF, merece destaque o agente comunitário, por ser ele o elo da população com o restante da equipe (NUNES et al., 2002). As suas principais funções, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a), são: realizar mapeamento de sua área; fazer e manter permanentemente atualizado o cadastro das famílias; identificar indivíduos e famílias expostas à situação de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames quando necessário; realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado e informar a equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças e traduzir para a equipe a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites.

Segundo Conill (2002), de acordo com o Ministério da Saúde, seria um equívoco considerar o PSF uma política para pobres com utilização de baixa tecnologia. Contrária a essa idéia, Gerschman (2001), cita que essas mudanças foram uma maneira de cobrir assistencialmente os setores da população mais desassistidos, que são as pessoas que vivem em pobreza absoluta.

Para priorizar o modelo de atenção básica foi criada a Norma Operacional Básica (NOB/96), para o financiamento do PSF e a descentralização dos serviços de saúde (SOUZA, 2000; BRASIL, 2000d). Conforme Souza (2000), com a NOB/96, foi implementado o Piso de Atenção Básica – PAB, que é uma estratégia importante para a organização da atenção básica (farmácia básica, vigilância sanitária, atendimento de carências nutricionais). O autor ainda cita, que no caso

do PSF existe um incentivo para os municípios implementar o programa, que é o PAB variável.

Apenas em 1998 é que os municípios começaram a receber o Piso de Atenção Básico - PAB (COSTA; PINTO, 2002). Esses autores realizaram um estudo longitudinal prospectivo, com os dados dos inquéritos nacionais sobre estrutura da provisão de saúde – microdados da pesquisa sobre Assistência Médico–Sanitária de 1992 e 1999, realizado pelo IBGE. Verificaram que o setor saúde, com a implantação das NOBs (1993, 1996) demonstrou um relativo sucesso na iniciativa de descentralização, observando-se a ampliação da oferta de atenção ambulatorial e uma distribuição mais homogênea dos recursos federais, com a redução das diferenças regionais em relação ao financiamento. Um outro fato observado, foi o aumento de estabelecimentos de saúde em municípios com menos de 5 mil habitantes.

Segundo Carvalho (2001), as NOBs tiveram como característica a inconstitucionalidade, pois muitas vezes suas determinações eram diferentes no que diz respeito às normas de repasse das verbas da saúde, para os Municípios e os Estados.

Um outro fato importante que surgiu com a política voltada para as ações de atenção básica, foi à obrigatoriedade da existência dos Conselhos de Saúde (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Criados pela lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990 (BRASIL, 2004b), são eles responsáveis por examinar e aprovar as políticas de saúde, realizando a fiscalização dos compromissos assumidos pelos gestores e também ajudando na concretização dessas políticas de saúde (CAMPOS, 2003). Labra e Figueiredo (2002), realizaram uma pesquisa de caráter exploratório com a

aplicação de questionários com setenta e três perguntas fechadas e duas abertas com os representantes dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Dos cento e vinte e dois conselheiros existentes, sessenta responderam ao questionário (60 % eram homens e na faixa etária de 35 a 54 anos). Destes, vinte e seis tinham curso superior completo ou incompleto. Dentre os respondentes, trinta e três disseram que o gestor aceita as resoluções do Conselho de Saúde, e vinte e um atribuem o problema da falta do controle social à falta de vontade política. Esse estudo e o de Gonçalves e Almeida (2002) na cidade de Ribeirão Preto – SP, com conselheiros, usuários, prestadores de serviço e ex-secretários de saúde, observaram que falta à população uma tradição de participar e de cultura cívica, o que permite o surgimento de políticas de saúde que não refletem a sua realidade.

Mas, de acordo com Labra e Figueiredo (2002), a questão da representação dos usuários nos Conselhos de Saúde tem mostrado que suas atitudes e pensamentos não resultam em mudanças. Isso, na opinião dos autores, deve-se à questão do despreparo dos conselheiros, principalmente em relação à verificação dos orçamentos, e, além disso, o presidente do Conselho poderá ser o gestor da saúde, o que faz com que apenas os interesses da Secretaria de Saúde prevaleçam. Tal fato também foi descrito no estudo de Acirole (2003), dizendo que os gestores atuam de forma burocrática, autoritária e manipuladora, dando ao Conselho um reconhecimento apenas formal, e influenciam para que a agenda cotidiana se restrinja a questões periféricas ou pontuais.

Para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população pelo PSF, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) verificou a necessidade da inclusão de

profissionais de outras áreas para atuar junto à equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família. O IBGE, em 1998, divulgou que mais de 29,6 milhões de pessoas nunca foram ao dentista (BRASIL, 2001b). Essa informação fez com que, a partir de 2001, pela Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, ocorresse a regulamentação da Portaria nº 1444, de dezembro de 2000, que inclui a Equipe de Saúde Bucal na equipe multiprofissional do PSF (BRASIL, 2001a).

A inclusão da equipe de saúde bucal no PSF, conforme essa Portaria ocorreu de duas formas: Modalidade 1, que compreende um cirurgião dentista (CD), um atendente de consultório (ACD), e Modalidade 2, que compreende um CD, um ACD e um técnico em higiene dental (THD).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000c), as funções da equipe de saúde bucal são: cadastramento, visitas domiciliares, planejamento e participação em grupos existentes para o desenvolvimento de atividades educativas na comunidade, e atividades de prevenção dos principais agravos e atendimento clínico individual, através de profilaxias, restaurações, exodontias, pulpotomias e pulpectomias, na unidade.

A avaliação de um programa, ou atividade deve incluir a população alvo.

Para verificar o impacto do Programa Saúde da Família - PSF, estão sendo realizadas pesquisas de satisfação dos usuários em relação aos serviços de saúde.

5.2 PESQUISAS SOBRE A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo o ponto de vista de Medina et al. (2000), a organização do sistema de saúde, que tem como objetivo promover ações de atenção básica, é de grande importância, pois permite a resolução dos problemas de saúde, através de uma ação integral nos diferentes momentos do processo saúde-doença.

Propondo humanizar as práticas de saúde, o PSF voltou-se para a atenção básica buscando a satisfação do usuário, através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida (BRASIL, 2000d).

Contudo, muitas vezes os critérios para expressarem as condições de saúde, são guiados exclusivamente pelas condições biomédicas, sem que haja um esforço dos profissionais de atuarem junto à comunidade no reconhecimento das verdadeiras necessidades da população. (SOUZA, 2000).

Deve-se não esquecer que se de um lado, existem algumas práticas populares que são nocivas à saúde, a partir da concepção biomédica, por outro lado, é preciso compreender que essas práticas estão inscritas em redes de significados sócio-culturalmente construídas, e quando estas não são respeitadas observa-se insatisfação por parte da comunidade (NUNES et al., 2002). Isto também foi ressaltado no estudo realizado por Trad et al. (2002), em cinco municípios da Bahia mostrando que os profissionais do PSF reconheceram que existem resistências por parte da população às estratégias de educação por eles

desenvolvidas. Também Nunes et al (2002) observaram no estudo com os agentes comunitários da Bahia resistências ao programa por parte da população.

Pedrosa e Teles (2001), realizaram um estudo qualitativo, com grupos focais, que tinha como objetivo avaliar as divergências e consensos entre os agentes comunitários (vinte e duas pessoas), os médicos (dez pessoas) e os enfermeiros (dez pessoas) do PSF, na cidade de Teresina-Piauí. Observaram que o serviço de saúde, só é satisfatório para a comunidade, quando o programa apresenta consultas médicas emergenciais e disponibilidade de medicamentos, o que por esse motivo dificulta a implantação do Programa Saúde da Família-PSF, que tem suas ações baseadas na prevenção e promoção da saúde.

Ainda em relação à satisfação dos usuários, Trad et al. (2002), realizaram um estudo qualitativo com grupos focais (nove grupos com usuários com características sócio-demográficas diferentes e cinco grupos com os profissionais do PSF), em cinco municípios da Bahia, com pelo menos um ano de implementação do Programa, citam que os níveis de satisfação dos usuários com o serviço de saúde envolvem um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma idéia da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo de qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável. Outro fato citado nesse estudo refere-se às visitas dos agentes comunitários do PSF, sendo que a demora foi o principal problema relatado por parte dos usuários do serviço. Segundo este estudo, o realizado por Pedrosa e Teles (2001), na cidade de Teresina-Piauí, o de Schimith e Lima (2004) avaliando acolhimento e vínculo em um PSF da 4^a regional de saúde do Rio grande do Sul e o de Santos

et al (2000) sobre a implementação do PSF em Acari – RN, os principais problemas enfrentados pelo PSF, que têm gerado insatisfação para os usuários, estão relacionados aos sistemas de referência (exames de alta complexidade e internações) que não assegura continuidade do tratamento, por falta de estrutura. Conforme o ponto de vista de Souza (2000), no que diz respeito à marcação das consultas tanto no programa, quanto no sistema de referência, têm havido problemas com os membros da equipe, pois tem ocorrido o favorecimento de determinados grupos em detrimento de outros.

Em um estudo realizado por Conill (2002), com vinte famílias (4 por equipe de saúde da família), foi solicitado que os agentes indicassem dez famílias freqüentadoras e dez pouco freqüentadoras do PSF. A maior parte das pessoas que participaram da pesquisa eram mães, com primeiro grau incompleto, famílias compostas de 4 a 6 pessoas, com renda de 1 a 3 salários mínimos, e morando na área a mais de dez anos. Esse estudo também revelou a existência de problemas quanto a referência, como também a insatisfação dos usuários, pelo fato de que os profissionais da equipe de saúde tinham que atender um número de famílias bem superior ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Um aspecto positivo apontado pelos usuários do programa foi a presença do agente comunitário, que facilita o acesso ao serviço de saúde.

Farias (2001) realizou um estudo na região serrana do Rio de Janeiro, envolvendo residentes de dois bairros populares do município de Petrópolis, com menos de 12 anos de estudo e que foram usuárias do sistema público de saúde em alguma fase da vida, para verificar qual o motivo da adesão ao sistema de

saúde privado. Constatou que não tinha nenhuma relação com a qualidade dos profissionais do sistema público de saúde e, sim, com a dificuldade de acesso e a possibilidade de não conseguir atendimento no aparecimento de uma urgência.

Esse mesmo autor ainda cita, que as opiniões dos pacientes devem ter uma influência relevante na formulação de políticas de saúde para sucesso dos serviços de saúde, pois hoje ainda a organização dos serviços está baseada no ponto de vista dos técnicos ao invés das necessidades e percepções da comunidade.

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Conforme Medina et al. (2000), a avaliação dos resultados é de grande importância para que os gestores de saúde possam analisar a qualidade da atenção prestada aos usuários dos serviços de saúde. Segundo Donabedian (1988), na avaliação da qualidade dos serviços de saúde se consideram três componentes fundamentais: a estrutura, o processo e os resultados. Nos resultados avaliam-se as mudanças verificadas, sejam elas relacionadas ao estado de saúde dos indivíduos, ou às mudanças de comportamento, conhecimento ou ainda, à satisfação dos usuários do serviço.

A satisfação é o componente mais difícil de medir e quantificar, pois pode estar relacionado a fatores altamente subjetivos (SANTOS, 2004). Ele ainda cita que a satisfação se refere ao nível de conforto que o usuário sente ao utilizar o serviço e à maneira como ele alcança os seus objetivos. Portanto, conforme esse autor, a satisfação pode ser percebida por meio da análise qualitativa das atitudes.

Muitos estudos mostram que os pacientes satisfeitos têm maior probabilidade de manter-se com o mesmo médico, não faltar às consultas, aderir ao tratamento, recomendar outros pacientes ao seu médico e ser usuário dos serviços a eles disponíveis (OLIVEIRA, 1998).

Segundo Rodrigues (2004), a satisfação pode estar relacionada com os seguintes fatores: individuais (nível sócio-econômico e educacional), nível de participação nas tomadas de decisões (membro do Conselho de Saúde ou entidades locais), realização das expectativas (sistemas de referências adequados), recompensas (materiais e/ou simbólicas), comparação com os outros serviços (outros Programas Saúde da Família da região ou do bairro) ou indivíduos (equidade) e as suas relações sociais dentro da comunidade (com os agentes comunitários, outros profissionais de saúde ou lideranças das entidades de bairro).

5.4. INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Existem dois métodos que podem ser usados na avaliação dos serviços: o quantitativo e o qualitativo.

Na avaliação quantitativa, a busca de informações está baseada em situações que podem ser medidas ou contadas (BREILH, 1995).

Com esse tipo de estudo, utilizam-se questionários que, no entanto, reduzem a avaliação a perguntas que deixam de levar em consideração as crenças e os modos de vida da população (TRAD et al, 2002). Ainda Victoria, Knauth e Hassen (2000), citam o fato questionários fechados não oferecem

alternativas diferentes das presentes quando da sua construção, o que dificulta a possibilidade de um conhecimento melhor da realidade.

Já a avaliação qualitativa é indicada como única via para conhecer a essência de um fenômeno, a interpretação de relatos ou histórias que se referem às motivações, percepções, interações simbólicas ou íntimas construções psicológicas (BREILH, 1995).

Minayo (1996) cita que o estudo qualitativo é de grande importância para compreender os valores culturais e as representações de determinados grupos, bem como para a avaliação das políticas públicas e sociais quanto à sua formulação, explicação e aplicação técnica do ponto de vista dos usuários a quem se destinam.

Godoy (1995) considera o estudo qualitativo como descritivo, pois os dados coletados aparecem sob a forma de transcrições de entrevistas em que a palavra escrita ocupa lugar de destaque. Conforme Victoria, Knauth e Hassen (2000), esse tipo de pesquisa registra o recebimento de informações não esperadas, porque não segue necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não registrados anteriormente.

Minayo (1996) é de opinião que o conhecimento das relações sociais é mais bem entendido através da linguagem, pois “a palavra é o modo mais puro e sensível de relação social” e, ainda, que “as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama para relações sociais em todos os domínios”.

Dentro dessas relações sociais, para o entendimento de determinados comportamentos dos indivíduos, quando da necessidade de uma avaliação, alguns conceitos são importantes, e serão descritos a seguir.

5.4.1 Percepção

Segundo Day (1976), os teóricos fenomenologistas e comportamentistas dividem-se quanto aos conceitos da percepção. Ele cita que os fenomenologistas consideram no estudo da percepção, as experiências conscientes dos indivíduos, durante as quais o sujeito aprende a distinguir entre as propriedades do estímulo, como o gosto, as cores e as texturas. E ainda quanto mais o indivíduo pratica, mais ele se aproxima da percepção ideal do fato. Já os comportamentistas, segundo o mesmo autor, citam que em alguns aspectos, o comportamento perceptivo não depende de aprendizagem, ou seja, as respostas são inatas ao indivíduo. Para exemplificar cita um estudo realizado com ratos que foram deixados no escuro e, depois de libertados para buscar o alimento, fizeram o mesmo trajeto dos ratos que estavam com luz natural e acostumados a realizar esse trajeto para alcançar os alimentos.

Segundo Belone (2003), a percepção é a apreensão de uma situação objetiva, baseada em sensação, acompanhada de representação e freqüentemente de juízo. Ele ainda cita que aos estímulos das percepções acrescentam-se os elementos de memória, do raciocínio, do juízo e do afeto, portanto, ligam-se às qualidades objetivas dos sentidos e a outros elementos subjetivos próprios de cada indivíduo.

5.4.2 Atitudes

Segundo Anastasi (1976) e Minayo (1996), a atitude é definida, como a tendência para reagir, favorável ou desfavoravelmente a uma determinada classe de estímulo.

Ainda Krech e Crutchfield (1963) citam que os determinantes culturais, as influências dos pais e do grupo e, por fim, a sua personalidade (influenciada indiretamente pelos pais) ajudam na formação das atitudes.

Gregório (2004) diz que as atitudes são afetadas por 3 componentes que são o cognitivo, que é relacionado com os pensamentos e crenças; o afetivo, que são os sentimentos e emoções, e o comportamental, que são as tendências para reagir frente a uma situação.

Quando da necessidade de avaliação das atitudes, a dificuldade está em perceber se as opiniões apresentadas verbalmente indicam realmente as atitudes do indivíduo (REICH; ADGOGK, 1976; ANASTASI, 1976).

Portanto, para entender percepções, atitudes e experiências de uma determinada comunidade frente a algum problema apresentado, utilizando um método qualitativo, é essencial que o pesquisador que realizará o estudo tenha experiência, pois a pesquisa não se restringe à simples aplicação de um questionário, mais depende da capacidade do pesquisador em campo (VICTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Dentro dos tipos de pesquisa, dois fatores são importantes: os instrumentos de coleta de dados e o modo de análise dos dados coletados.

5. 5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta das informações, alguns métodos podem ser utilizados, como os questionários, a observação participante, os grupos focais e as entrevistas.

Os questionários, mesmo permitindo ao entrevistado fornecer informações por escrito, dando uma maior confiabilidade aos dados não possibilitam aprofundar o assunto que está sendo abordado (CONTANDRIOPOULOS et al., 1994).

No caso da utilização como instrumento de coleta, a observação participante, os resultados são difíceis de medir, pois podem ter a influência da presença do observador na própria observação (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

No que se refere aos grupos focais, estes realmente apresentam elementos de discussão, pois têm um “foco” determinado em que os participantes são estimulados a discutir um tema através de algumas questões previamente elaboradas. Desta forma, sua aplicação é extremamente ampla, possibilitando identificar elementos da subjetividade, tanto individuais, como do grupo, contribuindo sobremaneira para aprofundar os temas estudados (ROMERO, 2000). Ela ainda cita que os grupos focais são aplicados quando se deseja identificar opiniões, sentimentos, formas de pensar, entender e interpretar a realidade das pessoas envolvidas.

Em relação às entrevistas, estas podem ser do tipo estruturada, com apenas perguntas fechadas; do tipo semi - estruturada, com perguntas abertas e

fechadas, e do tipo aberta (MINAYO, 1996). Conforme Triviños (1987), são as do tipo semi - estruturada, e principalmente a aberta, segundo Denker e Viá (2001), que têm a vantagem de ser flexíveis, pois permitem ao entrevistado dar informações mais complexas, emotivas ou mesmo comprovar os sentimentos que estão subjacentes a uma opinião.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

A análise dos dados nos estudos qualitativos tem como objetivo entender os diferentes significados que emergem de cada indivíduo entrevistado para um mesmo assunto que está sendo abordado.

Diferentes tipos de instrumento de análise podem ser utilizados: a de Conteúdo e a Hermenêutica – Dialética, entre outras.

A análise de Conteúdo envolve a categorização dos tópicos relevantes para as questões pesquisadas, inclui o discurso, a observação do comportamento e as várias formas de comunicação não verbal (ROMERO, 2000).

O grande problema do uso da análise de Conteúdo nas pesquisas qualitativas, é que ela deseja comprovar quantitativamente os dados apurados. Para que isto aconteça, usa-se, por exemplo, a análise das freqüências da ocorrência de palavras no discurso do entrevistado (MINAYO, 1996).

O instrumento de análise Hermenêutica – Dialética, é um tipo de análise que, conforme Minayo (1996), permite interpretar e compreender o significado da percepção dos indivíduos estudados. Ela cita que a Hermenêutica penetra no seu tempo e, através da compreensão, procura atingir o sentido do texto, enquanto a

crítica Dialética se dirige contra o seu tempo, ela enfatiza a diferença, o contraste e a ruptura de sentido.

Ainda conforme essa autora, a Hermenêutica consiste na interpretação de um pensamento. Ela cita que, através da Hermenêutica, é possível observar as condições cotidianas da vida e promover o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo e a compreensão do sentido, no ponto de vista de quem fala e de quem analisa. Ambos são marcados pela história, pelo tempo e pelo seu grupo; portanto, o resultado reflete essa relação.

Já o uso da Dialética, que complementa o instrumento de análise, pois, conforme Habermas (1987), citado por Minayo (1996) em uma sociedade marcada por relações sociais desiguais a comunicação também sofre essa influência. Ao mostrar os limites da Hermenêutica, que procura apenas entender o sentido da fala, a associação com a Dialética permite enfatizar a diferença, o contraste e a ruptura do sentido (MINAYO, 1996).

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. Algumas Questões para o Debate do Controle Social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.63, p.63-73, jan/abr, 2003.

ANASTASI, A. Medidas de Interesse e de Atitudes. In_____. **Testes Psicológicos: Teoria e Aplicação**. 2ed. São Paulo: EDIUSP, 1976. Cap.19, p.609-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica / SAS. **Relatório de Dados para Pagamento do Incentivo às Equipes de saúde Bucal**. Brasília. Agosto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <www.Fiocruz.br/histconferencias>. Acesso em: 22 jan 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142**. Disponível em: <www.Conselho.Saude.gov.br>. Acesso em: 08 fev 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica - Portaria de Normas e Diretrizes. **Diário Oficial da União**, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. **Informe Saúde**. ano v, n.104, março 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para o Debate**. Rio de Janeiro, n.21, p.68-73, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. **A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica**. Brasília, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v. 34, n. 3, p. 316-19, junho, 2000d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Equipes de Saúde Bucal**. Brasília, 2002.

BREILH. J. Las Tecnicas Intensivas (Qualitativas) Em La Invetigacion En Salud: Debates Sobre Sus Usos y Distorsiones. In _____. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**. 2ed. Quito: CEAS, 1995. Cap.4, p.107-45.

BELLONE, G.J. **Senso Percepção**. Psicoweb 2003. Disponível em <www.psicoweb.med.br/cursos/percep.html>. Acesso em 31 jan 2004.

CARVALHO, G. A Inconstitucional Administração Pós-constitucional do SUS Através de Normas Operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.2, p.435-44, 2001

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-84, 2003.

CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: Discutindo Avaliação a partir de Análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(suplemento), p.191-202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P et al.. Saber Preparar uma Pesquisa. In_____. **Planificação de uma Estratégia de Pesquisa**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 4, p.57-96.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de Programa de Atenção Básica: Incentivo à Oferta de Atenção Ambulatorial e a Experiência da Descentralização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.907-23, 2002.

DAY, R. H. **Psicologia da Percepção**. 3ed. Rio de Janeiro: José de Olympio, 1976. 120p.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. Técnicas de Entrevista e Questionário. In_____. **Pesquisa Empírica em Ciências Humanas - com ênfase em comunicação**. São Paulo: Futura, 2001. Cap. 13, p.155-67.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. **Jama**, v.260, n.12, p.1743-48, September, 1998

EISEN, G. L. Atención Primaria en Cuba: El Equipo del Médico de la Familia y el Policlínico. **Rev Cubana Salud Pública**. Ciudad de La Habana, v.22, n.2, p. 1-8, jul, 1996.

FARIAS, L. O. Estratégias Individuais de Proteção à Saúde: Um Estudo da Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.45-16, 2001.

GERSCHMAN, S. Municipalização e Inovação Gerencial. Um balanço da Década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.417-34, 2001.

GODOY, A. S. Introdução a Pesquisa Qualitativa e as suas Possibilidades. **Rev. Administração de Empresa**, São Paulo, v.35, n.2, março/ abril, 1995.

GONÇALVES, M.L; ALMEIDA, M. C. P de. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.61, p.167-75, maio/ago, 2002

GREGÓRIO, S. B. Atitude e Comportamento. **Revista Eletrônica**. Disponível em < www.ceismael.com.br >. Acesso em 31 jan 2004.

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R. S. O Indivíduo em Sociedade. In_____. **Elementos da Psicologia**. 2ed. São Paulo: Pioneira, 1963. Cap.xxv, p.363-96.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO. J. S. A. Associativo, Participação e Cultura Cívica. O Potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.537-47, 2002.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A Política de Incentivos do Ministério da Saúde para Atenção Básica: Uma Ameaça à Autonomia dos Gestores Municipais e ao Princípio da Integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(suplemento), p.163-71, 2002.

MEDINA, M. G et al. Avaliação da Atenção Básica: Construindo Novas Ferramentas para o SUS. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.15-28, 2000.

MIRANDA, A . S et al.. A Importância do Treinamento Periódico dos Agentes Comunitários de Saúde frente a Enfermidades como Formar sua Atuação junto a Comunidade. **Revista Eletrônica**. Disponível em < [www.nutricao em pauta.com.Br](http://www.nutricaoem pauta.com.br) >. Acesso em 24 jan 2004.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1996, 269p.

NUNES, M. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse Personagem Híbrido e Polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p.1636-46, dezembro 2002.

OLIVEIRA, F. A. **Serviço de Saúde e os seus Usuários: Comunicação entre Culturas em uma Unidade de Saúde Comunitária**. 1998. 184f. Dissertação (Mestrado Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. Porto Alegre.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <[www. saude em movimento. com. br](http://www.saude em movimento. com. br)>. Acesso em: 24 jan 2004a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde**. Disponível em: <[www. saude em movimento. com. br](http://www.saude em movimento. com. br)>. Acesso em: 24 jan 2004b.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e Diferenças em Equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-11, 2001. .

REIGH,B.; ADGOGH,C. Valores, Atitudes e Mudanças de Comportamento In_____. **Valores, Atitudes e Mudanças de Comportamento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. P.9-41.

RODRIGUES, M. C. Fatores de (in) satisfação e Stress Organizacional: o Caso dos Funcionários da Seguridade Social. **Revista Eletrônica**. Disponível em < [www. asp. pt. /iv cong.cts](http://www.asp.pt/ivcong.cts) >. Acesso em 24 março 2004.

ROMERO, S. M. Atualização da Metodologia dos Grupos Focais na Pesquisa em Psicologia. In: Scarparo, H. **Psicologia e Pesquisa**. Porto Alegre: Sulina, 2000. P.55-76.

SANTOS et al. O PSF em Acari. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 77-83, dezembro 2000.

SANTOS, R. Alguns Conceitos para Avaliar Usabilidade. **Revista Eletrônica**. Disponível em < [www. unicarioca. edu. br/ design/ artigos](http://www.unicarioca.edu.br/design/artigos) >. Acesso em 24 março 2004.

SOUZA, M. F. Gestão da Atenção Básica: Redefinindo Contexto e Possibilidades. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, dezembro 2000.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e Vínculo em uma Equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.20, n.6, p.1487-94, nov – dez, 2004.

TRAD, L. A. B et al. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-89, 2002.

TRAVAGLINI, F. Governo Duplica Equipes do Brasil Sorridente e Homenageia ABCD. Jornal APCD, n. 580, p.11, ano. 40, agosto, 2005.

TRIVIÑOS. A. N. S. Pesquisa Qualitativa. In_____. **Introdução à Pesquisa em Ciências** - A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987. Cap.5, p.116-70.

VICTORIA, C. G; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma Introdução ao Tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000, 133p.

ZANETTI, C. H. G. **Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) – Proposição e Programação**. Brasília: [S.n], fevereiro 2000.

SATISFAÇÃO DOS MORADORES CADASTRADOS COM OS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS PROGRAMAS SAÚDE DA FAMÍLIA DA LOMBA DO PINHEIRO, DE PORTO ALEGRE – RS.

**Satisfaction of inhabitants enrolled at the services provided by
Lomba Family Health Programs of the Lomba do Pinheiro of Porto
Alegre – RS**

ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA

TANIA MARIA DREHMER

Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia da UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS
CEP: 90035-003
e-mail: emidio3@ig.com.br

RESUMO

O presente trabalho foi uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo avaliar a satisfação dos moradores cadastrados no Centro de Saúde da Lomba, onde funcionam as unidades do Programa Saúde da Família – PSF, do bairro Lomba do Pinheiro na cidade de Porto Alegre – RS, em relação ao serviço que é prestado pela equipe de saúde comparado com os que lhes foram prestados em algum momento da vida. Também foram abordadas com os moradores as questões referentes à sua participação e ao seu conhecimento do Conselho de Saúde. Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevistas semi – estruturadas com perguntas abertas. Foram entrevistados sete moradores cadastrados do PSF. Verificou-se, através da análise das entrevistas, que o trabalho prestado pela equipe do PSF foi considerado muito bom quando comparado com os outros serviços com que tiveram contato. A melhora da qualidade do serviço foi relacionada à diminuição das filas para o acesso e à presença dos agentes comunitários, que através das visitas domiciliares acompanham sua saúde. Estas em nenhum momento foram consideradas como invasão de privacidade. Um ponto considerado negativo refere-se à dificuldade do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, o que impede a resolução dos problemas de saúde da comunidade. Os moradores cadastrados consideram sua saúde como boa. Contudo, pela análise de suas respostas o fato de ter boa saúde está relacionado à ausência de sintomas de doenças. Em relação ao Conselho de Saúde, os moradores cadastrados disseram que nunca os profissionais da equipe de saúde conversaram sobre sua importância ou esclareceram como poderiam dele participar.

Palavras Chaves: Pesquisa Qualitativa. Pesquisa sobre Serviço de Saúde. Programa Saúde da Família

ABSTRACT

The present work was a qualitative research aimed to evaluate the satisfaction of the inhabitants enrolled at the Lomba Health Care Center, where the units of the Family Health Program – PSF of the Lomba do Pinheiro neighborhood in the city of Porto Alegre – RS provide services, in relation to the service provided by the health care staff comparing to those provided in any moment of their lives. Topics about their participation and their knowledge on the Health Council were also approached. Research data were collected by means of semi-structured interviews with open-ended questions. Seven inhabitants enrolled at the PSF were interviewed. It was observed, by means of the interviews, that the service provided by the PSF staff was considered as very good when compared to the other services with which they have had contact before. The improvement of the service's quality was related to the shortening of the lines for access and to the presence of community workers, who follow up their health by means of house visits. These were never considered as an invasion of privacy. A topic that was considered as negative refers to the difficult access to medium and high complexity health services, what hinders the resolution of the community's health problems. The enrolled inhabitants consider their health as good. However, by the analysis of their answers, the fact of having a good health is related to the absence of disease symptoms. In relation to the Health Council, the enrolled inhabitants said that the health staff never said anything neither about its importance nor how people can participate of them.

Key words: Qualitative Research. Health Service Research. Family Health Program

1 INTRODUÇÃO

Em 1994, iniciou-se o Programa Saúde da Família - PSF, tendo como referenciais os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, dentre esses: a integralidade, a universalidade e a equidade, e tendo como objetivo fortalecer as ações em nível da atenção básica (MARQUES; MENDES, 2002; BRASIL, 2000).

O Programa Saúde da Família – PSF foi o resultado das ações do Governo Federal, através do Ministério da Saúde, para tornar possível a política voltada para a atenção básica, como foi proposto na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (Organização Mundial de Saúde, 2004), e pela 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992 (BRASIL, 2004).

No Brasil, uma das primeiras ações do Ministério da Saúde–MS, que tinha como objetivo a valorização da família, foi a criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS, iniciado em 1991, visando à prevenção das doenças e à promoção da saúde, através da capacitação de um morador da própria área para realizar essa função (MIRANDA, 2004). Na opinião de Zanetti (2000), esse programa foi o responsável pelo aumento da humanização da prática assistencial com a recuperação da atenção à população.

Segundo Conill (2002), de acordo com o Ministério da Saúde-MS, seria um equívoco considerar o PSF uma política para pobres pela utilização de baixa tecnologia. Já Gerschman (2001) cita que essas mudanças foram realmente uma maneira de cobrir assistencialmente os setores da população mais desassistidos, que são as pessoas que vivem em pobreza absoluta.

Segundo Brasil (2000), o PSF voltou-se para a atenção básica buscando a satisfação do usuário, através do estreito relacionamento dos profissionais de saúde com a comunidade, e estimulando-o ao reconhecimento da sua saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de sua qualidade de vida.

Por ser o PSF um programa recente, há poucos estudos sobre a percepção que os usuários têm dos seus objetivos e sobre a satisfação desses com as ações realizadas pela equipe de saúde.

Para avaliar a satisfação com o programa, Trad et al. (2002) realizaram um estudo qualitativo com grupos de usuários, com características sócio-demográficas diferentes e grupos de profissionais do PSF em cinco municípios da Bahia, com pelo menos um ano de implementação. Os autores citam que o nível de satisfação dos usuários com o serviço de saúde envolve um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma idéia da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo de qualidade de serviços a alcançar, para ser aceitável. Uma das conclusões, deste estudo refere-se às visitas dos agentes comunitários do PSF, tendo sido a demora o principal problema relatado por parte dos usuários do serviço. Segundo este estudo e o realizado por Pedrosa e Teles (2001), na cidade de Teresina-Piauí, os principais problemas do ponto de vista dos profissionais, que têm gerado insatisfação para os usuários do PSF, estão relacionados aos sistemas de referência (exames de alta complexidade e internações), que não asseguram continuidade do tratamento, por falta de estrutura. Conforme observação de Souza (2000), no que diz respeito à marcação das consultas tanto no programa, quanto no sistema de referência,

têm havido problemas com os membros da equipe, em face do favorecimento de determinados grupos em detrimento de outros.

Conill (2002) realizou um estudo com vinte famílias, sendo dez famílias freqüentadoras e dez pouco freqüentadoras do PSF. A maior parte das pessoas que participaram da pesquisa eram mães, com primeiro grau incompleto. As famílias tinham renda de um a três salários mínimos e moravam na área há mais de dez anos. Esse estudo também observou a existência do problema de referência, como também a insatisfação dos usuários, pelo fato de que os profissionais da equipe de saúde tinham que atender a um número de famílias bem superior ao que preconizado pelo Ministério da Saúde. Um aspecto positivo apontado pelos usuários do programa foi a presença do agente comunitário, que facilita o acesso ao serviço de saúde.

Farias (2001) fez um estudo na região serrana do Rio de Janeiro, com residentes de dois bairros populares do município de Petrópolis, os quais tinham menos de doze anos de estudo e foram usuários do sistema público de saúde. Verificou qual era o motivo da adesão da população ao sistema de saúde privado e constatou que não apresentava nenhuma relação com a qualidade dos profissionais do sistema público de saúde, e, sim, com a dificuldade de acesso e a possibilidade de não conseguir atendimento num momento de urgência.

Esse mesmo autor ainda cita que as opiniões dos pacientes devem ter uma influência relevante na formulação de políticas de saúde para sucesso dos serviços, pois hoje ainda a organização destes está baseada no ponto de vista dos técnicos ao invés das necessidades e percepções da comunidade.

Entre os princípios do PSF, está o caráter substitutivo da prática convencional de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde, com adoção da unidade da família como primeiro nível de ação do sistema. Além disso, o programa estabelece o direito à integralidade através da proteção, promoção e recuperação da saúde em diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e ações intersetoriais (MARQUES; MENDES, 2002; PEDROSA; TELES, 2001).

Conforme descrito, os poucos estudos realizados indicam satisfação com a visita domiciliar dos agentes comunitários, que facilita o acesso ao serviço de saúde, mas, também, insatisfação com o sistema de referência, que não assegura continuidade do tratamento, e apreensão quanto a atendimento de urgência.

Estudos para verificar se os princípios do programa já estão sendo integralmente observados são importantes para as necessárias adaptações, buscando a satisfação do usuário.

Portanto, este estudo teve como objetivo descrever as opiniões nos moradores cadastrados aos Programas Saúde da Família do bairro Lomba do Pinheiro da cidade de Porto Alegre – RS, da unidade de Saúde da Lomba, a respeito das seguintes questões:

1. satisfação com o serviço recebido;
2. experiência em situação de serviços semelhantes;
3. nível mínimo de qualidade de serviços a alcançar para ser considerado aceitável; e
4. conhecimento sobre o Conselho de Saúde e a importância da cidadania.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esse trabalho foi um estudo qualitativo, que, como cita Triviños (1987), tem como característica ser essencialmente descritivo.

Conforme Porto Alegre (2003), o bairro Lomba do Pinheiro apresenta uma superfície de aproximadamente 15,22 km², com uma população de aproximadamente 54.000 habitantes, conforme o censo realizado pelo IBGE em 2000. Jandrey (1999, p. 31), cita que:

“ A área conhecida como Lomba do Pinheiro se distingue ao longo da Avenida João de Oliveira Remião, a qual está demarcada, em toda sua extensão, pelos pontos de paradas das linhas de ônibus, com vilarejos às margens direita e esquerda de cada “parada”.

A autora ainda relata que a população é heterogênea, sendo que o contraste, se observa na presença de imóveis pertencentes às camadas de alto poder aquisitivo, e de um grande número de moradias precárias, do tipo barraco.

Atualmente, o bairro Lomba do Pinheiro apresenta seis unidades de Saúde com nove equipes do Programa Saúde da Família – PSF. Dentre essas, a unidade onde foi realizada a pesquisa que apresenta três equipes do PSF. Cada equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários e está localizada na parada 12 da avenida João de Oliveira Remião. Desde 2002, junto a essas atuam duas Equipes de Saúde Bucal-ESB, com duas cirurgiãs-dentistas, duas auxiliares de consultório odontológico, e dois técnicos em higiene dental.

Conforme a Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, essas equipes são da modalidade tipo 2 (BRASIL, 2001).

Em 2003, de acordo com as informações da Coordenadora do Programa Saúde da Família e dos agentes comunitários de saúde, encontravam - se cadastradas 2 427 famílias, vinculadas às 3 equipes da unidade.

3 PROJETO PILOTO

Para a avaliação da metodologia que seria utilizada na pesquisa foi realizado em Março de 2004 um projeto piloto. Para tanto, escolheu-se intencionalmente um representante dos moradores cadastrados no PSF para a aplicação da entrevista do estudo. Também durante o projeto piloto, buscou-se conhecer os motivos que levaram as famílias a recusar o cadastro que foi feito no início do Programa. No entanto, nenhuma família procurada quis participar e esse grupo foi excluído da pesquisa.

4 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo foi do tipo intencional, que conforme Triviños (1987), deve incluir os indivíduos essenciais ao esclarecimento do assunto. Portanto, para representar os moradores cadastrados da Unidade do Programa Saúde da Família

do bairro Lomba do Pinheiro de Porto Alegre – RS, foram sorteados inicialmente seis agentes comunitários, e de cada um destes, uma família foi sorteada através da tabela de números aleatórios. O responsável (mulher ou homem) de cada família sorteada, presente no domicílio no momento da visita, foi entrevistado.

Minayo (1996) cita que, no estudo qualitativo, a preocupação é com o aprofundamento e abrangência do tema que se está estudando, portanto, o critério do tamanho da amostra não é numérico; será suficiente quando houver compreensão dos padrões e das relações do que se está investigando, o que é também citado por Breilh (1995).

Como não houve alterações nas perguntas da entrevista do projeto piloto, este foi incluído na amostra final do estudo. Portanto, a amostra final do estudo foi composta por sete moradores cadastrados no PSF.

5 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS

A avaliação consistiu de entrevistas semi-estruturadas, com um roteiro pré-elaborado de perguntas abertas, para entender a realidade do Programa Saúde da Família. Segundo Minayo (1996), esse tipo de entrevista tem como qualidade esclarecer de forma mais abrangente possível as questões que se quer abordar no campo de estudo, e conforme Denker e Via (2001), tem a vantagem de flexibilidade, pois permite ao entrevistado dar informações mais complexas,

emotivas ou mesmo comprovar os sentimentos que estão subjacentes a uma opinião.

Para cada participante da pesquisa foi questionado como aconteceu o contato inicial com o Programa Saúde da Família, citando os aspectos positivos e negativos em relação à visita domiciliar, ao relacionamento com a equipe de saúde e se esse serviço de saúde prestado pelo programa é de melhor qualidade e traz mais satisfação que o serviço que o anteriormente prestado a essa população.

Também foi questionado o que ele pensa em relação à necessidade de um serviço especializado de saúde, que não é oferecido pelo programa e se algum profissional de saúde já havia conversado sobre cidadania e sobre o Conselho de Saúde.

Para os moradores cadastrados no programa foi questionado se o que eles entendem por satisfação refere-se ao nível de conforto que eles sentem ao utilizar o serviço e à maneira como este alcança os seus objetivos (SANTOS, 2004)

Também foi verificado se a satisfação dos moradores cadastrados estava relacionada com: o nível de participação nas tomadas de decisões; recompensas (materiais e / ou simbólicas); a comparação com os outros serviços ou indivíduos (equidade) e as suas relações sociais dentro da comunidade (RODRIGUES, 2004).

Para a avaliação da percepção dos moradores cadastrados, foi considerada a descrição das experiências anteriores dos participantes em relação

aos serviços de saúde, considerando os elementos da memória, do raciocínio, do juízo e do afeto, portanto, ligando as qualidades objetivas dos sentidos a outros elementos subjetivos próprios de cada indivíduo (BELONE, 2003).

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Objetivou-se com isto, captar as informações com a maior precisão possível. Essas entrevistas e a transcrição foram realizadas pelo próprio pesquisador.

6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, esses foram analisados, seguindo os passos de análise de pesquisa qualitativa proposta por Minayo (1996), de forma a interpretar e compreender o significado da percepção dos indivíduos estudados. Ela cita que essa análise leva o pesquisador a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social e de conhecimento, frutos de múltiplas determinações e com significados específicos.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os participantes da pesquisa foram informados da importância do estudo e da sua participação, tendo acesso a todas as informações sobre o

trabalho, e que poderiam a qualquer momento desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo pessoal. Todos assinaram o Consentimento Informado, conforme a Resolução 196/96, sobre pesquisas que envolvam seres humanos.

O termo do Consentimento Informado foi confeccionado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa (BRASIL, 2002).

Esse trabalho foi submetido aos comitês de ética da Secretaria de Saúde, da cidade de Porto Alegre-RS, e, também, da Faculdade de Odontologia – UFRGS.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do quadro com transcrição das principais falas obtidas nas entrevistas, realizadas com os moradores cadastrados, alguns conteúdos serão discutidos.

Figura 1- Principais relatos dos moradores cadastrados na Unidade de Saúde da Lomba – PSF Lomba do Pinheiro, do bairro Lomba do Pinheiro na cidade de Porto Alegre –RS. Porto Alegre - RS, 2004.

Perguntas	Morador 1	Morador 2	Morador 3	Morador 4	Morador 5	Morador 6	Morador 7
Como foi o contato inicial com o Programa saúde da família?	“Eles foram lá e cadastraram o pessoal da casa e depois trocaram as carteirinhas, pois éramos atendidos em outro posto do bairro (parada 13)”.	“Antes de abrir o programa eles vieram aqui e perguntaram se a gente queria participar”. Mora no bairro faz 2 anos.	Desde que abriu o posto foram cadastrados. Mora no bairro faz 23 a 24 anos.	Vieram inicialmente fazer o cadastro e depois as visitas. Mora no bairro faz 30 anos.	“Andavam nas casas inscrevendo as pessoas antes do posto abrir”. Mora no bairro há 20 anos.	Vieram na casa e fizeram o cadastro. Mora há 28 anos no bairro	“Vieram na casa e pergunta ram se queriam participar”. Mora no bairro. faz 2 anos

Como vê a sua saúde?	“Considera boa, pois não tem doença”.	“Considera muito boa, pois faz exames e não tem nada”.	“Teve alguns problemas de saúde, mas está controlado, e por isso considera ótima”.	“Considera bem melhor, principalmente porque agora realmente tem atendimento”.	“Tá com a diabete controlada e por isso não tem problema de saúde”.	“Considera boa, a mesma coisa que tinha antes do programa”. “A única coisa que mudou foi o acesso ao dentista”.	“Se sente bem, nunca teve um problema sério de saúde”.
Como era o serviço de saúde que tinha anteriormente e o que tem agora?	O serviço que tinha anteriormente era particular “Policlínica”. “O que tem agora é muito bom, só que médico particular é muito melhor do que do posto, não que os do posto não atendam bem, o ruim é ficar nas filas”.	Usava um posto de saúde (UBS). “Acha que o serviço de hoje é a mesma coisa que tinha antes. A única vantagem são as visitas, pois tem um pai que não caminha”. Considera todos os postos de saúde iguais, pois tem que pegar fila, só que agora pode ir mais tarde para a fila.	Nunca freqüentou um outro serviço de saúde. “ Considera o serviço ótimo, mesmo às vezes faltando algum medicamento”.	“Tinha serviço particular que acha que é do mesmo nível que tem agora. A única vantagem do particular é que não tinha fila”.	“Agora está muito melhor o atendimento, pois é mais fácil ter acesso ao serviço. Não tem que ir para fila as 4 ou às 5 horas da manhã ”.	“Considera melhor, porque consegue mais consulta por estar perto da sua casa, não pela qualidade do serviço”. “Acha que os profissionais são atenciosos, sendo igual ao serviço que tinha antes, que também era do SUS”.	Acha que melhorou bastante mesmo quando comparado com o serviço privado que tinha antes do PSF. “Ele é melhor, pois tem um contato humano no atendimento e não precisa ir para filas enormes”.

Como é o serviço especializado de saúde?	“Cita que é difícil, um médico para trocar os óculos demora mais de um ano. Acha que não é culpa do posto é mais à frente”.	“Demora muito para conseguir uma consulta (mais de seis meses para um oftalmo), não sabe de quem é a culpa da demora, contudo acredita que não é do pessoal do PSF”.	“Apenas acha que demora, pois nunca precisou. Acredita que essa demora não é do pessoal do posto e sim do departamento do hospital”.	“Precisou e foi bem rápido. Só que acha que se precisar de outras consultas pode demorar. Acha que quem escolhe a ordem do atendimento é o profissional, levando em conta a gravidade do caso. E o problema da demora é porque tem muita gente precisando”.	“Não precisou e não sabe se demora para conseguir uma consulta”.	“Demora muito, às vezes um ano. Acha que essa demora não é problema do posto, só que não sabe quem é o responsável”.	“Precisou de um serviço especializado, mas foi fácil, pois estava no período de gravidez. Mas acha que existem muitos casos bem difíceis dependendo da especialidade. Acha que o problema é de outras pessoas e não do PSF”.
Como é o seu relacionamento com a equipe de saúde?	“Foi muito bem tratado por toda equipe”.	“Sempre foi bem tratado nesse programa e nos outros também”.	“Sempre foi bem atendido por toda a equipe”.	“Tenho um bom relacionamento, me tratam bem e eu trato eles bem”.	“Agora é bem melhor do que eu tinha antes no outro serviço”.	“Acha que eles tratam bem. Apenas uma vez foi mal atendida por um membro da equipe”.	Não respondeu a essa questão
O que você acha da visita da agente comunitária de saúde?	“Acha bom e não se sente invadida na sua privacidade”.	“Acha importante porque eles vêm ver como está a situação. E não se sente invadida, por ter uma pessoa indo a sua casa”.	“Acha muito bom ter a visita e não sente a sua privacidade invadida”.	“Acha muito bom esse interesse da agente pela sua saúde. Não sente a sua privacidade invadida em nenhum momento”.	“Acha super bom de as pessoas ir lá, falar e orientar quanto aos remédios que tem que tomar”	“Acha normal, pois é o trabalho delas. Não se sente invadida em nenhum momento”. Ainda citou que a agente não está orientando as pessoas sobre alguns problemas de saúde.	“Acha bom, pois eles conseguem saber mais sobre as necessidades da família. Não se sente invadida pela visita”

Algum profissional já conversou sobre cidadania?	“Nunca ninguém falou nada. Não acha importante saber sobre os seus direitos”.	“ Nunca ninguém falou nada. Acha importante saber sobre os seus direitos”.	“Nunca conversaram nada, apenas sobre atendimento”.	“Nunca conversaram nada, apenas da melhoria do posto”.	“Nunca falaram nada., apenas os locais onde existem medicamentos ou exames”.	“Nunca nada. A única coisa foi trazer o dia da consulta”.	“Não, nunca falaram nada”.
Alguém já falou sobre o Conselho de Saúde?	“Não sabe o que é Conselho de Saúde e nunca ninguém disse nada”.	“Não sabe o que é o Conselho de Saúde e nunca ninguém disse nada sobre o Conselho. Até gostaria de participar”.	“Nunca ninguém falou nada, apenas li alguma coisa no posto”.	“Nunca ninguém falou nada sobre o Conselho de Saúde”.	“Nunca falaram nada., apenas das reuniões na creche sobre saúde”.	“Nunca ninguém falou nada”. A mãe comentou que a agente uma vez trouxe informação sobre uma reunião.	“Nunca falaram nada, contudo já li uma vez no postinho sobre a reunião no Conselho”.

Contato inicial com a população quando da implementação do PSF

O primeiro contato com o PSF para a maioria dos moradores ocorreu por visita dos profissionais ao domicílio antes da abertura do programa no bairro para realizar o cadastramento das famílias, como descreve o morador 6:

“Eles vieram aqui fazer o cadastro das pessoas que moravam na casa! Em cada casa! E aí, fizeram o cadastro de cada família e levaram para o posto e depois viria a carteirinha”.

Levy, Matos e Tomita (2004), quando da implementação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no município de Bauru – SP, em 2000, observaram que o primeiro contato da população se deu através do

cadastramento das famílias e, posteriormente, iniciaram-se as orientações para os grupos de risco.

O cadastramento realizado pela equipe quando da implementação do programa tem que ser constantemente monitorado pelo fato de que muitas famílias acabam migrando para outros bairros ou cidades vizinhas devido a problemas socioeconômicos. Cabe à equipe multiprofissional realizar a verificação da presença de novas famílias e fazer um novo cadastramento. No entanto, essas novas famílias freqüentemente não conseguem cadastro pelo fato da existência de excesso de famílias naquela área. Sequer durante o cadastramento inicial são cadastradas todas as famílias existentes, pois o número máximo de duzentos e cinquenta que cada agente pode atender, não é suficiente para suprir as necessidades daquela microárea. Neste estudo apenas duas famílias das sete entrevistadas foram cadastradas após a territorialização inicial realizada pela equipe; o restante das famílias estava desde no início do programa.

Como os moradores cadastrados no PSF consideram a sua saúde

Todos os moradores cadastrados relataram que consideram a sua saúde boa, sempre citando na questão da ausência de doenças, de acordo com a fala do morador 2:

“.....Muito boa, eu acho!..... Porque eu procuro o médico, faço os exames e os exames dão bom!”.

Essa parece ser uma percepção muito difundida na população, pois Lopes e Almeida (2001), que em uma pesquisa realizada com cento e oitenta e três membros do Conselho de Saúde da cidade de Londrina – PR, verificaram que 1/4 destes acreditam que a saúde é apenas ausência de sintomas da doença, evidenciando a idéia de que mais médicos, remédios e serviços abertos vinte e quatro horas resolveriam os problemas de saúde.

A idéia da saúde relacionada apenas ao aumento do número de médicos e de hospitais deve-se ao medo da população de, num momento de urgência, não encontrar atendimento, e por entender que a doença está relacionada a apenas aspectos biológicos. Só ocorrerá uma mudança com o aumento da participação nas discussões dos problemas de saúde do seu bairro e entender que a saúde é o resultado da possibilidade de usufruir de diversas condições como saneamento, habitação, educação, lazer etc. A partir disso, poderá reconhecer que essas mudanças são importantes para melhorar a sua qualidade de vida. No entanto, isso não tem ocorrido em relação à população adscrita às três equipes de PSF da Unidade de Saúde da Lomba, pois os moradores não reconhecem quem são os representantes (líderes) e quais são os locais (Conselhos e associações de bairros etc..) que podem procurar para melhorar as suas condições de vida.

O morador 4 relatou que considera a sua saúde boa porque agora realmente tem bom atendimento. Ele disse:

“Melhorou em tudo! Porque a gente tem atendimento, né! Tem acolhimento com a enfermeira.....”.

Já para outro morador (6), o aspecto que mudou e contribuiu para melhorar a sua saúde foi o acesso ao dentista, como se pode ver na sua fala:

“ Não, a parte do dentista tá melhor! Porque antes era muito difícil conseguir o dentista! Muito difícil! A gente (agora) já tem consultas agendadas! E..... só é avisado pelo agente comunitário, né, a gente vai lá. Na parte do dentista tá ótimo!”

A satisfação da população em relação ao acolhimento também foi relatada no estudo de Schimith e Lima (2004), que citam o acolhimento como um meio que possibilita regular o acesso a ações e a serviços mais adequados, contribuindo para satisfação do usuário. O aumento do acesso a consulta odontológica deve-se a que, entre 2002 e 2005, foram implementadas mais de oito mil Equipes de Saúde Bucal–ESB para atuar junto às equipes do PSF.(BRASIL, 2005) Mas, apesar do aumento dos incentivos do Ministério da Saúde–MS, em 2005 ainda há mais de vinte e sete milhões de pessoas que nunca foram ao dentista. Portanto, mesmo com os investimentos financeiros no setor, ainda 15,9% da população não têm acesso ao dentista (CFO, 2005). Cabe ao MS verificar se os programas que estão sendo implementadas realmente contemplam as áreas que necessitam de mais serviços de saúde, pois os dados do MS de Maio de 2005, em relação à saúde bucal mostram que os estados de Minas Gerais, Paraíba, Ceará e Bahia têm o maior número de ESB do Brasil, com um total de 3 619 ou 31% equipes existentes. No entanto, estes estados têm apenas 25% da população do Brasil.

A implementação da ESB e do PSF depende da aceitação dos gestores municipais, pois o MS e os estados só dão incentivos para os municípios, cabendo a estes o pagamento dos recursos humanos e da infra-estrutura. Muitas vezes isto acaba comprometendo o orçamento do município que, por este motivo, não oferecem esses serviços.

Qualidade do serviço prestado no PSF e encaminhamento para serviços de média e alta complexidade

Comparando o serviço que é prestado pelo Programa Saúde da Família com outros prestados aos moradores em algum momento das suas vidas (dois usavam serviço privado, quatro serviço público e um não fazia uso de qualquer outro tipo de serviço), foi relatado que o atual está bom, ou até melhor, e isso se dá principalmente, pelo fato de conseguir mais acesso e sem a necessidade de madrugar nas filas à porta da unidade de saúde. O morador 4, assim se expressou:

“Eu creio que é o mesmo nível! O particular a única comodidade que tinha, eu só ligava e ia, né! Só marcava e ia! Aqui eu tenho que ir para a fila para pegar ficha, mas mesmo assim, eu creio que o atendimento médico é a mesma coisa”.

Também foi relatado por um dos moradores que o que melhorou em relação ao serviço anterior foi o fato de agora existir um contato humano durante o atendimento. Isso também foi comentado por Zanetti (2000), quando descreve que esse programa foi o responsável pelo aumento da humanização da prática assistencial com a recuperação da atenção à população.

A questão da qualidade dos serviços de saúde ainda está muito ligada ao acesso, ou seja, “.....se tenho que ficar na fila” e “.....se vou conseguir ou não a consulta”, o que também foi observado no trabalho de Trad et al (2002), realizado na Bahia com profissionais e usuários do PSF.

Segundo Donabedian (1998), a avaliação dos serviços de saúde envolve a estrutura, o processo e os resultados. No caso da avaliação dos moradores cadastrados do PSF, a estrutura e o processo foram citados como causa do aumento do acesso ao serviço e implementação do acolhimento. As mudanças dos resultados só serão visíveis no futuro, com a realização de pesquisas que revelarão a mudança de comportamento e conhecimento da população em relação à saúde.

A satisfação observada pela comunidade em relação ao serviço de saúde decorre principalmente porque boa parte da população tinha pouco ou quase nenhum acesso a esse tipo de atendimento e, nesse primeiro momento a diminuição das filas acaba sendo um fator de extrema importância.

No entanto, em alguns locais estas mudanças ainda não são perceptíveis. Schimith e Lima (2004), avaliando acolhimento e vínculo em um PSF da 4ª Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, citam que a estratégia do PSF ainda

continua mantendo a forma excludente de atendimento, no qual a prioridade é de quem chega primeiro, com a população sendo desumanamente tratada, tendo que enfrentar a fila de madrugada. Já Farias (2001), que realizou um estudo na região serrana do Rio de Janeiro com usuários do sistema público de saúde, verificou que a causa pela qual as pessoas procuram o serviço privado é o medo de não conseguir um atendimento num momento de urgência e não a falta de qualidade dos profissionais que atuam no serviço público.

Na questão de como os moradores cadastrados observam o serviço especializado, três deles relataram que demora muito para conseguir uma consulta, como na fala do morador 2:

“Demora muito! Quando eles não conseguem encaixar a gente no lugar de alguém que desista sabe, aí demora!”.

Dois moradores relataram que ainda não precisaram do serviço especializado, mas acham que será difícil conseguir uma consulta se necessitarem. Outros dois disseram que precisaram, e conseguiram rapidamente, mas acreditam que, em algum outro momento, poderão ter dificuldades. A dificuldade de conseguir serviços especializados foi observada nos estudos de Santos et al (2000) em Acari – RN, de Pedrosa e Teles (2001), na cidade de Teresina – Piauí, de Conill (2002), na cidade de Florianópolis e de Schimith e Lima (2004) em um município da 4ª Regional de Saúde do Rio Grande do Sul – RS.

A grande dificuldade da resolução dos problemas de saúde média e alta complexidade deve-se principalmente à falta de recursos financeiros para a contratação de profissionais especializados. Pela Emenda Constitucional 29, de 2000, 30% dos recursos da seguridade social e 10% dos impostos arrecadados investidos deverão ser aplicados pelo Governo Federal em saúde. Estes valores dependem da variação do Produto Interno Bruto – PIB, e acabam não sendo suficientes para a contratação de recursos humanos e para criação e manutenção de centros destinados ao atendimento das necessidades de média e alta complexidade, que exigem alta tecnologia. Em relação aos Estados, estes têm que aplicar 12% da sua arrecadação, e os municípios deverão gastar, em saúde, no mínimo 15% da receita resultante de impostos. Muitas vezes as prefeituras não investem mais do que os 15%, pois pela lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101), os gastos com a contratação de recursos humanos não podem ultrapassar 60% do orçamento do município.

Relacionamento com a equipe de saúde do PSF e a visita domiciliar

No que se refere ao relacionamento com a equipe multiprofissional, todos os moradores cadastrados disseram que este é bom. Apenas um morador citou que foi mal atendido uma vez na unidade de saúde.

Em relação à visita domiciliar, todos os usuários disseram que acham importante a visita realizada pelo agente comunitário de saúde, como na fala do morador7:

“..... consegue saber mais o que se passa, né! Quais as necessidades de cada família, que problema tem, né! Se ela tem uma urgência maior ou menor em termos de atendimento.....”.

Conill (2002), na cidade de Florianópolis – SC, cita também como aspecto positivo as visitas dos agentes comunitários de saúde, que facilitam o acesso aos serviços de saúde.

Nenhum dos moradores demonstrou sentir-se invadido na sua privacidade pelo profissional de saúde que realiza a visita domiciliar. Já isto parece acontecer com os moradores que não tinham cadastro no programa. Durante o projeto piloto, as famílias não cadastradas, que foram procuradas para participar da pesquisa e não aceitaram, disseram que não queriam assistência do PSF porque tinham plano privado. Mas é possível que a invasão da privacidade tenha sido a verdadeira razão pela qual estas famílias não queriam participar do PSF, como foi relatado pelos próprios agentes comunitários, quando perguntados sobre essas famílias. Eles teriam sido considerados por essas “invasores de sua privacidade”.

Participação no Conselho de Saúde e cidadania

Conhecer como encaminhar as sugestões para melhorar a qualidade dos serviços a elas prestados e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida é de extrema importância para a população. Dentro desta perspectiva foi perguntado se algum profissional tinha conversado sobre a questão da cidadania com os moradores. Todos disseram que nunca foi dito nada sobre cidadania.

Dois moradores relataram que os profissionais apenas conversam sobre saúde e os locais onde eles podem conseguir medicamentos, como na fala do morador 3:

“ Não sobre isso aí.....[Conselhos e Cidadania], sobre isso aí não! Só atendimento lá dentro que eu tive.....”

Conforme estudo de Gerschman (2004), com os representantes do Conselho de Saúde este é um espaço em que ocorre a efetivação da cidadania, pois, segundo Gonçalves e Almeida (2002), o controle social é um componente essencial para o seu exercício.

No que se refere ao Conselho de Saúde, os moradores cadastrados afirmavam desconhecê-lo, pois nenhum profissional falou de que forma eles poderiam participar das reuniões do referido Conselho. Apenas dois moradores

relataram que já tinham lido um cartaz que convidava para uma reunião do Conselho na unidade de saúde, como pode ser observado na fala do morador 7:

“Eu sei porque eu li lá no postinho um dia, lá! Tal dia da reunião....., não sei o que....., com a doutora tal..., em tal horário, no Conselho de Saúde”.

Gerschman (2004) também observou que a população participa muito pouco das reuniões do Conselho de Saúde, enquanto Lopes e Almeida (2004) verificaram em seu estudo com representantes do Conselho de Saúde de Londrina–PR, que esta é uma das atribuições que devem ser realizadas pelos conselheiros.

É necessário que os profissionais se qualifiquem, conhecendo melhor as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, e saibam responder às indagações feitas pela comunidade. Desta forma, poderia haver uma mudança da visão dos profissionais, que quando são indicados para representantes no Conselho de Saúde, consideram isso como “um presente de grego”. Considerando importante a participação no Conselho, eles acabariam motivando-se, e conseqüentemente, informando à população que o Conselho de Saúde é um local de grande importância para a formulação e regulamentação das políticas de saúde.

É importante que a população saiba que a sua participação em espaços de discussão poderá permitir que o seu bairro e município tenham políticas de saúde que realmente contemplem as suas verdadeiras necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do relato dos moradores cadastrados no Programa Saúde da Família do bairro Lomba do Pinheiro, observou-se que o primeiro contato da equipe de saúde com a população ocorreu quando da realização da territorialização, que é quando os profissionais estão conhecendo a área na qual atuarão e, também, identificando os grupos de risco.

Os moradores consideram que a qualidade dos serviços prestados pela equipe do PSF é tão boa ou mesmo melhor do que os outros serviços de saúde que eles já foram usuários. A única desvantagem em relação ao serviço privado é a necessidade de ir à unidade mais cedo para garantir uma ficha e conseguir uma consulta. Para tentar diminuir essa dificuldade, a implementação do acolhimento pela equipe do PSF tem sido relatada pelos moradores como um aspecto positivo, pois permite que ao procurar a unidade de saúde o seu problema seja resolvido ou encaminhado.

O sucesso da equipe multiprofissional no atendimento integral da população adscrita está relacionado principalmente ao fato da continuidade do atendimento iniciado na unidade básica de saúde. No entanto, os moradores relataram que, quando necessitam de um atendimento especializado, têm que esperar muito tempo para conseguir a consulta. Este fato gera intranqüilidade, pois até mesmo aqueles que nunca precisaram acreditam que encontrarão dificuldades.

A tentativa de aumentar os recursos financeiros e melhorar as políticas de saúde passa por uma participação efetiva da comunidade em espaços de discussão, como os Conselhos de Saúde. No entanto, neste estudo os moradores relataram que não recebem nenhuma informação de como podem participar das reuniões.

REFERÊNCIAS

BELLONE, G.J. **Senso Percepção**. Psicoweb 2003. Disponível em <www.psicoweb.med.br/cursos/percep.html>. Acesso em 31 jan 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica / SAS. **Relatório de Dados para Pagamento do Incentivo às Equipes de saúde Bucal**. Brasília. Agosto, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <www.Fiocruz.br/histconferencias>. Acesso em: 22 jan 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica - Portaria de Normas e Diretrizes. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v. 34, n. 3, p. 316-19, junho, 2000.

BREILH, J. Las Tecnicas Intensivas (Qualitativas) Em La Invetigacion En Salud: Debates Sobre Sus Usos y Distorsiones. In_____.**Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**. 2ed. Quito: CEAS, 1995. Cap.4, p.107-45.

CFO. Brasileiro ainda vai pouco ao Dentista. **Jornal do CFO**, ano15, n.60, p.11, maio-junho, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: Discutindo Avaliação a partir de Análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(suplemento), p.191-202, 2002.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. Técnicas de Entrevista e Questionário. In_____.**Pesquisa Empírica em Ciências Humanas - com ênfase em comunicação**. São Paulo: Futura, 2001. Cap. 13, p.155-67.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care. **Jama**, v.260, n.12, p.1743-48, September, 1998.

EC – 29. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/EMC/Emc29.htm>. Acesso em outubro de 2005.

FARIAS, L. O. Estratégias Individuais de Proteção à Saúde: Um Estudo da Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.45-16, 2001.

GERSCHMAN, S. Municipalização e Inovação Gerencial. Um balanço da Década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.417-34, 2001.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: Atuação e Representação das Comunidades Populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1670-81, nov – dez, 2004.

GONÇALVES, M.L; ALMEIDA, M. C. P de. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.61, p.167-75, maio/ago, 2002

JANDREY, C. M. **Absenteísmo no Atendimento Clínico-Odontológico: O caso do Módulo de Saúde Comunitária do CPOS**. 1999.135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre.

LEI COMPLEMENTAR 101. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em < [www. Planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em outubro de 2005.

LEVY, F.M; MATOS, P.E.S; TOMITA, E.T. Programa de Agentes Comunitários da Saúde: A Percepção de Usuários e Trabalhadores da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.20, n.1, p.197-203, jan – fev, 2004.

LOPES, M.L.S; ALMEIDA, M,J de. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): Realidade e Desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.59, p. 16-28, set/dez, 2001.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A Política de Incentivos do Ministério da Saúde para Atenção Básica: Uma Ameaça à Autonomia dos Gestores Municipais e ao Princípio da Integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(suplemento), p.163-71, 2002.

MIRANDA, A. S et al.. A Importância do Treinamento Periódico dos Agentes Comunitários de Saúde frente a Enfermidades como Formar sua Atuação junto a Comunidade. **Revista Eletrônica**. Disponível em < www.nutricaoem pauta.com.br >. Acesso em 24 jan 2004.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1996, 269p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <[www. saude em movimento. com. br](http://www.saude em movimento. com. br)>. Acesso em: 24 jan 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e Diferenças em Equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-11, 2001.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Projeto Integrado: Desenvolvimento Sustentável da Lomba do Pinheiro**. Julho, 2003.

RODRIGUES, M. C. Fatores de (in) satisfação e Stress Organizacional: o Caso dos Funcionários da Seguridade Social. **Revista Eletrônica**. Disponível em < www. asp. pt. /iv cong. cts >. Acesso em 24 março 2004.

SANTOS, R. Alguns Conceitos para Avaliar Usabilidade. **Revista Eletrônica**. Disponível em < www. unicarioca. edu. br/ design/ artigos >. Acesso em 24 março 2004.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e Vínculo em uma Equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.20, n.6, p.1487-94, nov – dez, 2004.

SOUZA, M. F. Gestão da Atenção Básica: Redefinindo Contexto e Possibilidades. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, dezembro 2000.

TRAD, L. A. B et al.. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-89, 2002.

TRIVIÑOS. A. N. S. Pesquisa Qualitativa. In_____. **Introdução à Pesquisa em Ciências** - A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987. Cap.5, p.116-70.

ZANETTI, C. H. G. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) – Proposição e Programação. Brasília:[S.n], fevereiro 2000.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS SERVIÇOS PRESTADOS EM PROGRAMAS SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, RS.

Perception of health providers about the services offered in Health Family Programs in a health care unit of Porto Alegre, RS

ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA
TANIA MARIA DREHMER

Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia da UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS
CEP: 90035-003
e-mail: emidio3@ig.com.br

RESUMO

Este estudo foi realizado com profissionais dos três Programas Saúde da Família da Unidade de Saúde da Lomba do Pinheiro, do bairro Lomba do Pinheiro, e tem como objetivo avaliar, através de sua percepção, se existem melhorias na assistência prestada à saúde e resistências às recomendações da equipe por parte da população. Também foi perguntado se há equidade em relação à marcação de consultas na unidade e se a equipe tem dificuldades para o encaminhamento para as consultas de média e alta complexidade. Um outro ponto abordado foi como se dá a participação da população no Conselho de Saúde. A partir dos dados coletados através de nove entrevistas semi-estruturadas, com um roteiro com perguntas abertas, foi feita a transcrição das falas dos entrevistados. Eles revelaram que o programa permitiu o aumento do vínculo com a população e, através da implementação do acolhimento todos os moradores cadastrados que procuram a unidade de saúde são atendidos. No entanto, os profissionais relataram que ainda existem resistências por parte deles às recomendações feitas pela equipe de saúde. No que se refere à marcação das consultas especializadas, os profissionais citaram que essa é uma grande dificuldade para dar seqüência ao tratamento iniciado na unidade de saúde. Em relação ao Conselho de Saúde citaram que a participação dos moradores era pouca e decorrente de seu próprio desinteresse, pois eram rotineiramente notificados sobre os dias e os horários das reuniões.

Palavras Chaves: Programa Saúde da Família. Equidade na Saúde. Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

This study was done with health providers of the three Family Health Program units belonging to the Lomba do Pinheiro Health Unit, in Lomba do Pinheiro neighborhood, and is aimed to evaluate, by means of their perception, both the existence of improvements in the health assistance provided, and the resistances to the recommendations of the staff on part of the population. It was also asked if there is equity in relation to the visits scheduling at the unit and if the staff has difficulties to refer its patients to medium and high complexity appointments. Another approached topic was how the population's participation at the Health Council happens. Starting from the data collected by means of nine semi-structured interviews, with a script of open-ended questions, the speech of the interviewees was transcribed. They revealed that the program allowed the improvement of the linking with the population, and that, by means of the welcoming implementation all the enrolled inhabitants that search for care receive it at the health unit. However, professionals said that patients still resist, to a certain point, to the recommendations made by the health staff. Providers said that a great obstacle for the continuation of the treatment started at the health unit is the scheduling of specialized appointments. In relation to the Health Council, they said that the participation of the inhabitants was small and that this was due to their own lack of interest, since they were routinely notified about dates and times of the meetings.

Key words: Family Health Program. Equity in Health. Health Councils.

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde voltadas para os cuidados primários têm como objetivo realizar não apenas ações multiprofissionais, mas também ações intersetoriais que provoquem melhorias na qualidade de vida da população.

Dentro desta perspectiva, o Ministério da Saúde - MS implementou programas de saúde na qual os profissionais de saúde atuam junto à família. Uma das primeiras ações foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS em 1991, que visa à promoção da saúde e à proteção contra as doenças através da capacitação de um morador da própria área para realizar essa função. (MIRANDA, 2004). Conforme Fortes e Spinetti (2004), o agente exerce a função de elo de ligação entre profissionais de saúde e comunidade, pois ele vive o cotidiano da comunidade com maior intensidade.

Posteriormente, em 1994, surgiu o Programa Saúde da Família – PSF que permitiu agregar o agente comunitário de saúde a outros profissionais, como o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem.

Segundo Oliveira e Palha (2004), o PSF traz uma série de inovações no sentido de reverter o modelo curativo centrado no indivíduo, transformando-o em um conjunto de ações que articulam indivíduo, família e comunidade, em que a promoção de saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação estejam presentes ao mesmo tempo nas ações da equipe de saúde.

Diversos estudos sobre satisfação em relação ao PSF têm sido realizados em diferentes estados e municípios do Brasil, envolvendo opiniões dos usuários e

profissionais de saúde que mostram alguns pontos divergentes sobre a efetividade do programa no que se refere à melhora da qualidade do atendimento em saúde e, conseqüentemente, à qualidade de vida da população.

No estudo realizado por Schimith e Lima (2004) com uma equipe do PSF da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS, foi observado que o atendimento ainda está centrado no médico, com filas desumanas. Para permitir que a população tenha melhor acesso, o acolhimento tem sido implementado em diversos Programas Saúde da Família - PSF. Esse tipo de ação constitui uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/ responsabilização das equipes com os usuários, pois aumenta a capacidade de escuta às demandas apresentadas e permite a retomada da reflexão da universalidade da assistência.

Uma das dificuldades para dar continuidade ao atendimento iniciado na unidade de saúde, que permitiria a integralidade das ações em saúde, conforme os profissionais do PSF que participaram do estudo de Pedrosa e Teles (2001), na cidade de Teresina-Piauí, está relacionada ao sistema de referência (exames de alta complexidade e internações), que não asseguram continuidade do tratamento por falta de estrutura e de recursos humanos especializados, o que também foi observado no estudo de Trad et al (2002) em Programas de Saúde da Família na Bahia.

Essa dificuldade do acesso às consultas de média e alta complexidade e a possibilidade de não conseguir um atendimento de urgência, conforme o estudo de Farias (2001), realizado na região serrana do Rio de Janeiro-RJ, com usuários

do sistema privado de saúde, foram relatados como os motivos do abandono do sistema de saúde público. Este autor constatou que o abandono não tinha nenhuma relação com a qualidade dos profissionais do sistema público de saúde.

No ponto de vista de Souza (2000), tem ocorrido o favorecimento de determinados grupos da comunidade em detrimento de outros na marcação das consultas, tanto no programa quanto no sistema de referência. No entanto, o acolhimento, já descrito, tem sido uma alternativa que as equipes de saúde têm realizado, para que toda população ao procurar a Unidade de Saúde tenha o seu problema resolvido e, deste modo, não se permita a existência de favorecimento nas marcações de consultas.

Uma forma de resolver os problemas que ocorrem no dia a dia da unidade de saúde, permitindo a melhoria do atendimento, seria através da participação dos profissionais e da comunidade nas associações de bairro e principalmente nos Conselhos de Saúde.

Conhecer como os profissionais de saúde estão atuando na resolução dos diversos problemas que o PSF tem apresentado e se estes estão participando no processo de conscientização da população para exercer a sua cidadania são fatores importantes para melhorar a qualidade da assistência prestada.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo descrever as opiniões dos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família – PSF da Unidade de Saúde da Lomba do Pinheiro, do bairro Lomba do Pinheiro da cidade de Porto Alegre – RS, a respeito das seguintes questões:

- a. se o programa é justo com todos os moradores cadastrados;

- b. como agem para resolver as dificuldades em relação aos serviços de referência;
- c. se orientam os moradores a participar do Conselho e
- d. se existe resistência dos moradores às ações implementadas pela equipe de saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esse trabalho foi um estudo qualitativo, que como cita Triviños (1987), tem como característica ser essencialmente descritivo.

Conforme Porto alegre (2003), o bairro Lomba do Pinheiro apresenta uma superfície de aproximadamente 15,22 km², com uma população de aproximadamente 54.000 habitantes, conforme o censo realizado pelo IBGE em 2000. Jandrey (1999, p.31), descreve que:

“A área conhecida como Lomba do Pinheiro se distingue ao longo da Avenida João de Oliveira Remião, a qual está demarcada, em toda sua extensão, pelos pontos de paradas das linhas de ônibus, com vilarejos às margens direita e esquerda de cada parada”.

A autora ainda relata que a população é heterogênea, existindo um contraste, pois se observa tanto a presença de imóveis pertencentes às camadas de alto poder aquisitivo, como um grande número de moradias precárias, do tipo barraco.

Atualmente, o bairro Lomba do Pinheiro apresenta seis unidades de saúde, com nove equipes do Programa Saúde da Família – PSF. Dentre essas a

unidade onde foi realizada a pesquisa, denominada Centro de Saúde da Lomba tem três equipes do PSF, e está, cada uma, constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários. Está localizada na parada 12 da Avenida João de Oliveira Remião. Desde 2002, junto às três equipes atuam duas outras de Saúde Bucal, com duas cirurgiãs - dentistas, duas auxiliares de consultório odontológico, e dois técnicos em higiene dental. Conforme a Portaria nº 267, de 06 de março de 2001, essas equipes são da modalidade tipo 2 (BRASIL, 2001).

3 PROJETO PILOTO

Para a avaliação da metodologia que foi utilizada na pesquisa foi, realizado em Março de 2004 um projeto piloto. Para tanto foi escolhido intencionalmente um representante dos profissionais do PSF para a aplicação da entrevista do estudo.

4 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo foi do tipo intencional, que conforme Triviños (1987), tem que incluir os indivíduos essenciais para o esclarecimento do assunto. Portanto, para representar os profissionais de saúde, foram sorteados para serem

entrevistados: um médico, um cirurgião-dentista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários, equivalendo a 1/3 de cada categoria profissional. No entanto, um agente comunitário recusou-se a participar da pesquisa e a entrevista do profissional médico foi retirada pelo fato da transcrição da mesma ter sido inviabilizada.

Minayo (1996) cita que no estudo qualitativo, a preocupação é com o aprofundamento e abrangência do tema que se está estudando; portanto, o critério do tamanho da amostra não é numérico e será suficiente quando houver compreensão dos padrões e das relações do que se está investigando, o que é também apoiado por Breilh (1995).

Como não houve alterações nas perguntas da entrevista do projeto piloto, este foi incluído na amostra. Portanto, a amostra final do estudo foi formada por nove profissionais da unidade do Centro de Saúde da Lomba, formado por três equipes do PSF, constituídas de trinta profissionais.

5 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semi - estruturadas com um roteiro pré - elaborado de perguntas abertas, para entender a realidade do Programa Saúde da Família. Segundo Minayo (1996), esse tipo de entrevista tem como qualidade esclarecer de forma mais abrangente possível, as questões que se quer abordar no campo de estudo e, conforme Denker e Via (2001), tem a

vantagem de ser flexível, pois permite ao entrevistado dar informações mais complexas, emotivas ou mesmo demonstrar os sentimentos que estão subjacentes a uma opinião.

Cada participante da pesquisa foi questionado quanto ao tempo que ele trabalha no Programa Saúde da Família – PSF e em que trabalhava antes, qual a sua opinião sobre o PSF, se o mesmo é justo com todas as pessoas que buscam o atendimento e se existe algum problema com o sistema de referência para consultas de média e alta complexidade.

Também foi questionado como ele vê o relacionamento da equipe de saúde e como a população vê o trabalho da equipe, e se esta está conseguindo mudar as atitudes da população em relação a sua saúde. E por fim, como é a participação da população no Conselho de Saúde e se seus integrantes como a população pode participar.

Para avaliar a satisfação do profissional ou até mesmo do morador cadastrado a partir do ponto de vista do profissional, foi verificado se ela está relacionada com o nível de participação nas tomadas de decisões, com a existência de recompensas materiais e / ou simbólicas e / ou com a comparação com os outros serviços ou indivíduos (equidade) e as suas relações sociais dentro da comunidade (RODRIGUES, 2004).

Para a avaliação da percepção foi considerada a descrição das experiências anteriores dos profissionais de saúde em relação aos serviços de saúde e o ponto de vista destes em relação aos usuários no que se refere a melhorias na qualidade do atendimento. Para isso, foram considerados os

elementos da memória, do raciocínio, do juízo e do afeto, portanto, ligado às qualidades objetivas dos sentidos e a outros elementos subjetivos próprios de cada indivíduo (BELONE, 2003).

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Objetivou-se com isto, captar as informações com a maior precisão possível. Essas entrevistas e a transcrição foram realizadas pelo próprio pesquisador.

6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, esses foram analisados, seguindo os passos de análise de pesquisa qualitativa proposta por Minayo (1996), de forma a interpretar e compreender o significado da percepção dos indivíduos estudados. Ela cita que essa análise leva o pesquisador a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultados de um processo social e de conhecimento, frutos de múltiplas determinações e com significados específicos.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os participantes da pesquisa foram informados da importância do estudo e da sua participação, tendo direito a acesso a todas as informações sobre o trabalho, e que poderiam a qualquer momento desistir da pesquisa sem nenhum

prejuízo pessoal. Todos assinaram o Consentimento Informado, conforme a Resolução 196/96, sobre pesquisas que envolvam seres humanos.

O termo do Consentimento Informado foi confeccionado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa (BRASIL, 2002).

Esse trabalho foi submetido aos comitês de ética da Secretaria de Saúde, da cidade de Porto Alegre-RS, e, também da Faculdade de Odontologia–UFRGS.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será apresentado um quadro geral com as frases mais significativas e a seguir os assuntos serão discutidos.

Figura 2- Principais relatos dos profissionais da Unidade de Saúde da Lomba PSF, do bairro Lomba do Pinheiro na cidade de Porto Alegre –RS. Porto Alegre - RS, 2004.

Perguntas	Profissional 1	Profissional 2	Profissional 3	Profissional 4	Profissional 5	Profissional 6	Profissional 7	Profissional 8	Profissional 9
Quanto tempo trabalha no PSF da Lomba e em que trabalhava antes?	Trabalha a quase 3 anos no local e antes nunca tinha trabalhado na área da saúde.	Trabalha a quase 3 anos no local e antes trabalhava na área comercial.	Trabalha há 8 anos (3 anos no local. Antes trabalhava no comércio.	Trabalha há 4 anos (3 anos no local. Antes trabalhava no comércio.	Trabalha há 3 anos no local. Antes não trabalhava na área da saúde.	Trabalha há 3 anos no local. Antes trabalhava na área da saúde.	Trabalha há mais ou menos 2 anos no local. Antes trabalhava na área da saúde.	Trabalha há mais ou menos 2 anos local. Antes trabalhava na área da saúde.	Trabalha há mais ou menos 2 anos no local. Antes trabalhava na área da saúde.

Qual a sua opinião sobre o PSF?	“O programa é importante porque trabalha com a prevenção através dos agentes de saúde. Um problema é que deveria abranger mais famílias”.	“O grande problema é que o programa não atingiu todas as áreas e tem muita gente sem atendimento”.	“O programa hoje permite que todas as pessoas da rua cadastradas recebam atendimento, ao contrário de anteriormente que só um lado da rua tinha atendimentos”	“O PSF é um bom programa, pois permite que se estabeleça um vínculo com as famílias, mesmo com uma equipe grande”.	“Por ser um programa que vem como um pacote fechado, pode não estar atendendo a realidade de cada local”.	Não respondeu a questão.	Não respondeu a questão.	“O PSF veio para melhorar a situação geral da população através do acompanhamento”.	“É bom, porque diferente das Unidades Básicas de Saúde, os profissionais conhecem os pacientes criando um vínculo”.
O Programa é justo com todas as pessoas que buscam o atendimento?	“No início era injusto; saíam pessoas sem atendimento; hoje com o acolhimento isso não acontece. A prioridade são as crianças menores de 1 ano, as gestantes, os hipertensos”.	“Ele atende todo mundo igual, apenas os casos de emergência e os idosos têm preferência”.	“Com o acolhimento o atendimento é melhor e todos aqueles que buscam o atendimento são atendidos. Os idosos têm preferência no atendimento”.	“O PSF tem o acolhimento, que permite que todas as pessoas que procuram o atendimento sejam ouvidas, mas isso deveria ocorrer durante todo o dia”.	“Ele poderia ser mais justo”.	“Acho que ele é justo, pois a gente com o acolhimento encontrou uma maneira de atendimento de manhã e de tarde. Todos têm acesso igual, apenas as pessoas com urgência tem prioridade”.	“Acha justo, pois todo mundo que procura o serviço é atendido, pelo fato de existir o acolhimento”.	“Todas as pessoas recebem o acolhimento e a prioridade é apenas para o grupo de idosos”.	“Não existem grupos ou pessoas com prioridades, claro que existem famílias que tem que orientar mais, ir mais na casa. A prioridade real de atendimento é para os idosos”.

Como é o relacionamento da equipe de saúde?	“Existem conflitos, pois existem pessoas que têm dificuldades de se relacionar com as outras, no meu caso me dou bem com todo mundo”	“A equipe se dá muito bem. As categorias (agentes, enfermeiros médicos, dentistas) são unidas”.	“Mesmo com uma equipe grande se consegue fazer uma boa parceria de trabalho”.	“Existem muitos conflitos dentro da equipe, mas quando ocorre algum problema com qualquer membro da equipe, existe uma união de toda equipe para defendê-lo”.	“Sempre existem dificuldades. Já ocorreu problema com os médicos, mas o relacionamento dos enfermeiros e agentes é bom”.	“O relacionamento é bom, existe uma boa interação entre toda equipe”.	“Eu acho o relacionamento bom, mas a equipe de Odontologia precisa ser mais agregada, pois esquecem um pouco da Odontologia”.	“Considero bom o relacionamento de toda equipe, apesar de existir conflitos, pois a equipe é muito grande”.	“Tem época que a equipe está mais unida, em outra são as categorias (agentes, enfermeiros, médicos...), mas o relacionamento da equipe é bom”.
Como é o serviço especializado?	“Quando existe necessidade de um serviço especializado é muito complicado, demora muito para conseguir o atendimento”.	Não respondeu a questão.	“É difícil marcar, toda população fica ansiosa”.	“A referência é muito difícil, um oftalmologista demora 7, 8 meses para conseguir a consulta”.	“Na parte da odontologia o serviço especializado não tem problema”.	“Agora na odontologia tá um pouco difícil marcar, o que não acontecia antes”.	“Existe dificuldade, mas a gente está conseguindo agendar as consultas da Odontologia”.	“Dependendo da especialidade demora muito, alguns chegam a óbito, e não são atendimentos”.	“O serviço especializado é um grande problema da saúde pública em Porto Alegre e grande Porto Alegre. Um atendimento para a Neurologia chega a demorar quase um ano”.

<p>Com o programa vocês conseguiram mudar as atitudes das pessoas em relação à saúde?</p>	<p>“Sim, no começo do trabalho até agora , as pessoas começaram a realizar atividades físicas, dieta, que no início não achavam importante”.</p>	<p>“As áreas com melhores condições econômicas, ainda existe grande resistência para receber as informações, não dão importância para a visita domiciliar. De um tempo para cá tem melhorado”</p>	<p>“As orientações que a gente está recomen dando estão sendo seguidos (alimentação, vacinas, etc..) “.</p>	<p>“Existe uma grande diferença, hoje as pessoas realizam caminha das, mudaram a alimentação”.</p>	<p>“Existem mudanças de atitudes, só que não pode ser radical nas recomendações, senão eles não aceitam”.</p>	<p>“A população é muito numerosa, mas aos poucos a gente nota que tá melhorando, mas a mudança de hábitos é muito mais complicado para mudar”.</p>	<p>“As pessoas aceitam bem, mas existem dificuldades ainda”.</p>	<p>“Acho que o programa mudou muito pouco as atitudes das pessoas, pois ainda só se sentem satisfeitos quando saem da unidade com remédios”.</p>	<p>“No começo eles queriam tratamento, agora quase 3 anos, eles estão conseguindo entender que o melhor tratamento é a prevenção”.</p>
<p>Como a população vê o trabalho da equipe de saúde?</p>	<p>“Quem já vinha de outro PSF aceita bem, mas tem aquela minoria que já vem predisposta a reclamar, não quer seguir as orientações”</p>	<p>“Parte da população que veio de outro PSF (Viçosa) entende bem o nosso trabalho, já a outra parte está evoluindo”.</p>	<p>“Eles gostam do nosso atendimento, eles gostam das visitas. Eles consideram os profissionais atenciosos e dedicados”</p>	<p>“È muito variado, tem uma área que vê com bons olhos o nosso trabalho, já existe outra que não”.</p>	<p>“Nunca ninguém reclamou do trabalho, pelo contrário só elogios”.</p>	<p>“A população em geral aceita bem o nosso trabalho”.</p>	<p>“As pessoas elogiam muito a equipe de saúde, eles falam bem da equipe”.</p>	<p>“Eles entendem nosso trabalho como um benefício, mas não sabem diferenciar o que é PSF de Pronto Atendimento”.</p>	<p>Não respondeu a questão.</p>
<p>Como é a participação da população no Conselho de Saúde ?</p>	<p>“A participação é pouca da população, muitos nem sabem, a gente fala para eles irem , mas eles não vão”.</p>	<p>“A comunidade não vai porque acha que não tem motivo para estar ali, pois na nada é resolvido”.</p>	<p>“A população não vai muito, porque muita coisa é discutida e nada é resolvido, eles se cansam”.</p>	<p>“A participação não tem da comunidade, não sabem da sua importância”.</p>	<p>“Não existe muita participação da comunidade”.</p>	<p>“Eu nem sei falar do conselho, porque eu não participo”.</p>	<p>“A participação é pouca, tem reunião que não aparece ninguém”.</p>	<p>“Existe uma pequena participação da população no Conselho”.</p>	<p>“A participação da população é pequena, parece que aumentou um pouco, mas eles vêm reclamar no posto, e não lá”.</p>

Se existe pouca participação da população no Conselho de Saúde, qual a causa ?	“A pouca participação é uma questão cultural, até pelo fato de pouco interesse mesmo Só que eles não vão porque é na hora da novela, da janta do marido”.	É porque a comunidade é muito acomodada, eles aguardam que a gente tome atitude. É bem complicado tirar as pessoas da frente da televisão na hora da novela ou porque chegam do serviço e tem a janta”.	“As pessoas não têm interesse, porque é a noite, aí tem filhos, tem janta”.	“Existe pouca informação para a população, pois muitas vezes não é interessante que a população participe e reivindique”.	“É por pouco interesse mesmo, pois acham que isso vai ficar assim mesmo”.	“Não sei dizer sobre o assunto”.	“Não sei falar, mas a população precisa participar mais”.	“A população não vai porque não querem mesmo, porque tem a novela para assistir, tem alguma coisa mais interessante para fazer”.	“Eles não vão por falta de interesse”.
Vocês avisam, falam para a população das reuniões do Conselho de Saúde?	“Em algumas visitas a gente fala, mas não em todas. Também divulgamos através do projeto “grupo de rua”.	“Ocorre divulgação, através dos mosquitos (panfletos)”	“Distribuo papeizinhos e aviso durante as visitas da reunião para quem quer participar”.	“Divulgo bastante as reuniões do conselho, através de panfletos e do projeto “grupo de rua”.	Não respondeu a questão	“Não sei dizer sobre o assunto”	“Com certeza a gente fala do conselho, os agentes levam esse assunto para a população”	“A rádio comunitária avisa e os agentes também fazem essa comunicação”.	“Nós orientamos e avisamos sobre as reuniões do conselho”.

A partir do quadro acima e das transcrições de outras falas obtidas nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, alguns conteúdos serão discutidos.

Qual a sua opinião sobre o PSF, se ele é justo com todas as pessoas que buscam o atendimento na unidade de Saúde da Lomba e se este programa está conseguindo mudar as atitudes da população em relação a sua saúde

Consideram os profissionais da unidade de Saúde da Lomba sobre o PSF, ser o programa importante porque trabalha com a prevenção das doenças, mas que deveria abranger mais áreas e mais famílias, como pode ser observado na fala do profissional 1

“ Eu acho que ele é extremamente importante porque trabalha com a prevenção, né! Leva informação através do agente de saúde, até mesmo dentro do posto para muitas pessoas que não tem nenhum tipo de informação, assim sobre saúde, assim, a área de abrangência deixa um pouco a desejar, mas nem tanto! Mas de repente poderia ter mais agente de saúde, no mesmo posto para abranger um número maior de pessoas.....”

A partir da fala deste profissional, dois pontos foram levantados: a importância das ações de prevenção e a necessidade de aumentar o número de agentes de saúde. Em relação às ações de prevenção, a grande dificuldade decorre de que as políticas de saúde do Brasil, desde o final dos anos 60, preconizavam um modelo no qual a saúde estava relacionada apenas ao aspecto biológico e a melhoria da qualidade dos serviços era vinculada ao aumento do número de hospitais. O PSF é uma estratégia que, a partir dos anos noventa,

tenta mudar esse tipo de assistência, trabalhando com famílias e ações de prevenção das doenças e promoção da saúde. No entanto, o grande problema é que a população ainda necessita de atendimento curativo e, desta forma, muitas das ações preventivas implementadas pelos profissionais não são entendidas pela população como sendo prioritárias.

Um outro ponto destacado pelo mesmo profissional é a necessidade de existir mais agentes de saúde para que mais famílias sejam beneficiadas. O PSF tem na sua composição 4 a 6 agentes comunitários que trabalham com 1000 a 1500 famílias ou 4.000 a 6.000 pessoas. Mas o que se tem observado é que às vezes um agente de saúde da equipe atende menos que as duzentos e cinqüenta famílias, pois trabalha por microáreas, e em sua área não há as duzentos e cinqüenta famílias. Já em outros casos a área apresenta mais que duzentos e cinqüenta famílias fazendo, com que algumas fiquem sem acesso aos serviços de saúde.

Caso ocorra o aumento do número de agentes, uma das dificuldades que poderá existir é que apenas um médico não seja suficiente para trabalhar com uma grande população, pois como já citamos, a população necessita ainda de muitas ações curativas. Conforme o profissional 5, o Ministério da Saúde—MS deveria permitir que cada região, ou melhor, cada município possa implementar a equipe de saúde de acordo com suas necessidades. Isto também foi citado nos estudos de Gerscham (2001) e Carvalho (2001), que descrevem que o Ministério da Saúde está com isso promovendo uma recentralização dos serviços de saúde, indo contra a municipalização da área da saúde, que deveria permitir que os municípios tivessem a liberdade de escolher a sua melhor política de saúde.

Respondendo à questão, sobre equanimidade dos serviços prestados, os profissionais citaram que todos aqueles que procuram o serviço são atendidos, depois de implementado o acolhimento, como descreve o profissional 3:

“Ah, agora tem um atendimento bom! Porque agora [.....],né que entrou o acolhimento, tá conseguindo atender bem mais pessoas! Antes o pessoal ficava na fila, na sexta – feira e aí só tinha um número “x” de agendamento. O pessoal agendava e os que não conseguiam uma consulta, se quisesse consultar só na outra sexta–feira teria que vir na fila de novo agenda! Ficava a manhã toda, até uma hora da tarde! Ah..... até..... Agora tem o acolhimento, todas pessoas são ouvidas, são recebidas, são encaminhadas. Se for um caso de emergência vão consultar no dia, senão vão agendá prá outro dia, ou na mesma semana. Ninguém fica sem ser atendido”.

Essa opção da equipe de saúde pelo acolhimento, conforme Schimith e Lima (2004), torna o serviço de saúde mais resolutivo, pois existe atendimento independente da hora da chegada do usuário na unidade de saúde. Isto também foi relatado por Malta et al (2000), que citam também que o acolhimento permite uma relação mais humanizada entre os trabalhadores e usuários, aumentando o vínculo e tornando os serviços de saúde mais resolutivos.

A estratégia do acolhimento que vem sendo implementada pelos gestores e profissionais têm permitido que todos que procurem a unidade de saúde sejam ouvidos e os seus problemas resolvidos. Isto diminuiu o número de reclamações dos usuários, pois não há, como foi relatado por Souza (2000), necessidade de

favorecimento na marcação de consultas para determinados membros da comunidade na própria unidade de saúde por parte dos profissionais.

A implementação do acolhimento promove o aumento do vínculo entre a população e a equipe de saúde, influenciando positivamente a aceitação das ações da equipe de saúde e, conseqüentemente, motivando a comunidade a mudar as suas atitudes em relação à saúde.

No que se refere à estas mudanças, os oito profissionais citaram que estão existindo adesões às recomendações que a equipe do PSF está implementando, mesmo com algumas dificuldades. Isto é assim descrito pelo profissional 4:

“ Porque a população daqui da Lomba[.....] do lado direito da Av. Remião para quem sobe, ela tinha atendimento de PSF! Já há sete anos, né. Que era o que (de onde) eu vim, que é o Viçosa, né. E do lado esquerdo, ah, nunca teve atendimento de PSF, né! Então daí, do lado esquerdo tu nota uma diferença mais gritante, assim! E quando eu entrei no PSF (Lomba) a população já tinha atendimento do PSF a população já tinha atendimento de PSF, já tinha agente há uns quatro anos. Então já sabia mais ou menos, já tavam... mais ou menos educados, digamos assim né! É o outro lado não! E a gente vê ainda uma resistência muito grande! Mas tu vê, ali é mais fácil de tu vê diferença! Aquela senhora diabética que nunca foi no...no médico, que não fazia revisão, não tomava a medicação, que não fazia exercício físico, de repente tu encontra ela caminhando de tênis e bonezinho, cuidando da saúde!”

Trad et al (2002) analisando cinco municípios da Bahia citam que os profissionais relataram que apesar da boa acolhida da população, as estratégias para as mudanças de atitudes sofrem alguma resistência. Também Nunes et al (2002), na Bahia, observaram a existência de resistências às ações educativas manifestadas até mesmo pela recusa de receber no seu domicílio membros da equipe de saúde.

O profissional 8 relatou que o programa mudou muito pouco as atitudes das pessoas, pois elas se sentem satisfeitas apenas quando saem da unidade com remédios, o que também foi citado por Pedrosa e Teles (2001) na cidade de Teresina-PI, comentando que o serviço só é satisfatório para a comunidade quando apresenta consultas emergenciais e disponibilidade de medicamentos.

A questão de como a comunidade entende o serviço de saúde, acredita-se que dependa muito do tempo que o programa está implementado. Neste estudo sobre o PSF da Lomba do Pinheiro, bem como o de Pedrosa e Teles (2001) em Teresina – PI, haviam decorrido, respectivamente, quatro e dois anos. Neste pouco tempo de implementação, os moradores ainda não entenderam que a prioridade da equipe de saúde é trabalhar com ações de prevenção das doenças e promoção da saúde, pois ainda necessitam muitas as ações curativas. Portanto, acredita-se que, com o passar dos anos, a população tendo suas necessidades atendidas entenderá e aceitará melhor as ações da equipe do PSF.

Como é o relacionamento entre a equipe de saúde e como a população vê o trabalho desta equipe

Quanto ao relacionamento entre os componentes, todos citaram que ele é bom, mesmo existindo alguns conflitos. Isto pode ser confirmado na fala do profissional 9

“Ah, olha! Tem pontos, eu digo, tem épocas! Tem épocas que a equipe consegue ser uma equipe unida! Tem épocas que a equipe está mais dispersa, aonde está mais reunida as suas categorias, né! Mas o relacionamento da equipe eu acho muito bom! No fato assim da discussão....., a gente senta, discute o caso, o que tá achando do trabalho e todo mundo fala sobre aquilo”.

Foi descrita pelos profissionais, como aspecto positivo, a realização de uma reunião semanal da equipe de saúde às quintas-feiras, quando a maioria dos problemas pessoais entre eles ou inerentes do próprio serviço era resolvida. Deste modo, o atendimento que é prestado à comunidade é melhorado, aumentando a sua satisfação com o serviço.

Na opinião dos profissionais, a população gosta muito do trabalho desenvolvido pela equipe, sendo que aqueles moradores que vieram de outras localidades em que já existia PSF há mais tempo, aceitam-no mais ainda, pois como já foi citado, o tempo lhes proporciona o entendimento de que a promoção de saúde e prevenção das doenças, principais objetivos do programa, podem melhorar a qualidade de vida. Isto é evidenciado na descrição do profissional 2:

“.....a nossa comunidade é de 10 000 pessoas, né. Há uma parte, quase a metade dessa população, era atendida, né, em outro posto de saúde que foi transferido pra cá! Então, eles conhecem, e acompanharam uma trajetória de Programa Saúde da Família há quase oito anos, né! Então no entendimento deles..., pra eles é mais fácil compreender a forma de atendimento! Mas essa outra área que não tinha atendimento, recém que está começando a gatinhar! Eles não entendem como é que funciona o Programa Saúde da Família, mas aos poucos tá evoluindo, bastante assim!”.

Trad et al (2002) também observaram que os usuários percebem e destacam o empenho dos profissionais na busca de soluções para seus problemas, melhorando a qualidade do atendimento realizado.

Portanto, o entendimento das ações do programa só ocorrerá com o passar dos anos e com os gestores e profissionais buscando soluções para que as necessidades curativas diminuam e, desta forma, poder aumentar ações preventivas e de promoção da saúde.

Como é o serviço especializado (consultas médias e alta complexidade)

Em relação ao serviço especializado, o que se observa na fala da maioria dos profissionais é que esse é um grande problema para dar continuidade ao tratamento iniciado na unidade de saúde, como pode ser observado na fala do profissional 8:

“....., são bastante demoradas pra marcar! Tem pessoas esperando... neurologista, a demanda é muito grande! Tem mais de cento e cinquenta pacientes na fila, então é no mínimo seis meses, com certeza!”

A dificuldade de acesso a consultas de média e alta complexidade também foi observada nos estudos de Trad et al (2002) na Bahia, de Pedrosa e Teles (2001) em Teresina, Piauí, de Santos et al. (2000) em Acari, RN e no de Schimith e Lima (2004) em um município da 4^a Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

No presente estudo, os profissionais da equipe de Odontologia citam que o serviço especializado nesta área não é um problema. Conforme a descrição feita pela dentista, não existe dificuldade para conseguir consultas de média e alta complexidade, pois é realizada uma grande mobilização da equipe de saúde bucal nos dias em que ocorre a marcação das consultas por telefone junto à Secretária de Saúde. Este esforço é realizado porque acreditam que só o atendimento integral é que conseguirá fazer com que a comunidade entenda os objetivos do programa.

Conselhos de Saúde

A participação da população no Conselho de Saúde, conforme a maioria dos profissionais, é pouca. Gerscham (2004), no Rio de Janeiro e Lopes e Almeida (2004), em Londrina – PR, também citaram que a população participa muito pouco das reuniões.

A maioria dos profissionais deste estudo acham que isso se deve ao pouco interesse da população e porque as reuniões são nos horários em que a população tem outras atividades a realizar. Isto pode ser evidenciado na descrição do profissional 8:

“Eu acho que as pessoas não vão porque não querem mesmo! Porque tem a novela pra assistir, tem alguma coisa mais interessante para fazer!”.

Labra e Figueiredo (2002), no Rio de Janeiro, e Gonçalves e Almeida (2002) em Ribeirão Preto – SP, citaram que falta à população cultura cívica e tradição de participar e que isto permite o surgimento de políticas de saúde que não refletem a sua realidade.

A partir destas citações, pode-se concluir que cabe aos profissionais e lideranças da comunidade realizarem ações que esclareçam a importância da participação no Conselho, para que desta forma ocorram discussões entre os profissionais, gestores e usuários com o intuito de formular políticas de saúde que permitam melhorar a qualidade de vida da população do bairro ou do município.

No entanto, ainda em relação à não participação da comunidade, o profissional 3 citou que existe pouca participação porque quando eles vão às reuniões muitas coisas são discutidas e nada é resolvido, como descrito abaixo:

“Acho porque as coisas,..... muita coisa vai prá lá, e são discutidas! Não decidem muita coisa! Só ficam naquela discussão e a pauta fica para outra

reunião, muita coisa não é discutida! Eu acho que acaba cansando e a pessoa acaba não indo mais”.

Um outro fato levantado pelo profissional e também citado por uma liderança na outra parte deste estudo, permite levantar a hipótese de que os moradores têm a informação de como participar do Conselho e dele estariam participando. No entanto, a forma como as reuniões são realizadas, faz com que os moradores acreditem que as suas opiniões não irão influenciar na formulação das políticas aprovadas nos Conselhos. Portanto, cabe aos conselheiros realizar reuniões que realmente permitam que a população participe das formulações propostas, que permitirão o surgimento de ações que resolvam seus problemas.

Os profissionais também foram indagados se eles divulgam a forma de como a comunidade pode participar do Conselho de Saúde. A maioria relatou que a comunidade é avisada de alguma maneira, ou pelos agentes comunitários ou pela rádio da comunidade. Isto é descrito pelo profissional 2:

“A gente tem os mosquitinhos como a gente chama. A gente distribui, sendo que tem junto o Conselho Distrital, o horário da odonto! A gente tem esses mosquitinhos para distribuir!”

No entanto, pela descrição realizada pelo sete moradores cadastrados no outro estudo deste trabalho, estes citam que nunca foram avisados pelos profissionais de que forma poderiam participar do Conselho e que gostariam de participar das reuniões do Conselho.

Lopes e Almeida (2004) citam que os representantes do Conselho da cidade de Londrina–PR reconhecem que uma das suas funções é incentivar a comunidade a participar dos Conselhos.

O Conselho de Saúde foi uma conquista da sociedade a partir dos anos noventa, que permitiu à população participar na implementação e regulamentação das políticas de saúde no Brasil. Não obstante, tanto a população como a maioria dos profissionais não tem o costume de participar, o que favorece, principalmente, os gestores a fazer do Conselho de Saúde um local onde eles apenas formalizam as suas políticas de saúde, e estas muitas vezes não refletem as necessidades da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações nos domicílios e na unidade de saúde realizadas pela equipe do Programa Saúde da Família–PSF permitem o aumento do vínculo com a população. No entanto, para que o programa seja resolutivo, é necessário que o número de famílias que a equipe multiprofissional tem que atender seja adequado às condições da microárea em que cada agente atua, não devendo ser preconizados números pelo Ministério da Saúde–MS.

Não foram observadas atitudes de resistência às ações que a equipe do PSF tem realizado, pois o aumento do número de equipes e a implantação do acolhimento permitiram equanimidade de acesso e satisfação da comunidade bem

como da equipe, já que permite que o usuário procure o serviço na unidade de saúde independente de estar ou não agendado, e tenha o seu problema resolvido.

Consultas de média e alta complexidade continuam não disponíveis de acordo com as necessidades, pois os recursos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pelos estados e pelos municípios não permitem a contratação de recursos humanos mais especializados e a compra de equipamentos e a construção de centros de atendimento especializados que necessitam de uma maior infra-estrutura. Mudanças foram detectadas na área de Odontologia, mas por empenho diferenciado da equipe.

Apesar das dificuldades apresentadas, observa-se que a população entende que os profissionais realizam um bom atendimento com os recursos que têm disponíveis; portanto, ela reconhece o esforço que a equipe multiprofissional faz para realizar um atendimento de melhor qualidade.

Acredita-se que apenas a boa vontade dos profissionais de saúde não permitirá que as políticas de saúde sejam melhoradas, mas sim a discussão ao nível dos Conselhos tanto locais, como regionais e federais. Mas cabe aos profissionais orientar a população de que é através da participação que conseguirão as melhorias das políticas de saúde para que os principais problemas de saúde sejam resolvidos.

REFERÊNCIAS

BELLONE, G.J. **Senso Percepção**. Psicoweb 2003. Disponível em <www.psicoweb.med.br/cursos/percep.html>. Acesso em 31 jan 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica - Portaria de Normas e Diretrizes. **Diário Oficial da União**, 2001.

BREILH, J. Las Tecnicas Intensivas (Qualitativas) Em La Invetigacion En Salud: Debates Sobre Sus Usos y Distorsiones. In_____.**Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**. 2ed. Quito: CEAS, 1995. Cap.4, p.107-45.

CARVALHO, G. A Inconstitucional Administração Pós-constitucional do SUS Através de Normas Operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.2, p.435-44, 2001

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. Técnicas de Entrevista e Questionário. In_____.**Pesquisa Empírica em Ciências Humanas - com ênfase em comunicação**. São Paulo: Futura, 2001. Cap. 13, p.155-67.

FARIAS, L. O. Estratégias Individuais de Proteção à Saúde: Um Estudo da Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.45-16, 2001.

FORTES, P.A.C; SINETTI, S.R. O Agente Comunitário de Saúde e a Privacidade das Informações dos Usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1328-1333, set-out, 2004.

GERSCHMAN, S. Municipalização e Inovação Gerencial. Um balanço da Década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.417-34, 2001.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: Atuação e Representação das Comunidades Populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1670-81, nov – dez, 2004.

GONÇALVES, M.L; ALMEIDA, M. C. P de. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.61, p.167-75, maio/ago, 2002

JANDREY, C. M. **Absenteísmo no Atendimento Clínico-Odontológico**: o caso do Módulo de Saúde Comunitária do CPOS. 1999.135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO. J. S. A. Associativo, Participação e Cultura Cívica. O Potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.537-47, 2002.

LOPES, M.L.S; ALMEIDA, M,J de. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): Realidade e Desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.59, p. 16-28, set/dez, 2001.

MIRANDA, A. S et al.. A Importância do Treinamento Periódico dos Agentes Comunitários de Saúde frente a Enfermidades como Formar sua Atuação junto a Comunidade. **Revista Eletrônica**. Disponível em < [www.nutrição](http://www.nutrição.com.br) em pauta.com.Br >. Acesso em 24 jan 2004.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1996, 269p.

NUNES, M. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde: Construção da Identidade desse Personagem Híbrido e Polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, p.1636-46, dezembro 2002.

OLIVEIRA, M.R de; PALHA, P.F. Prevenindo a Doença ou Promovendo a Saúde? O Discurso dos Trabalhadores de Saúde do Nível Médio e Elementar nas Equipes de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.28, n.67, p.100-111, maio/ago, 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Projeto Integrado: Desenvolvimento Sustentável da Lomba do Pinheiro**. Julho, 2003.

RODRIGUES, M. C. Fatores de (in) satisfação e Stress Organizacional: o Caso dos Funcionários da Seguridade Social. **Revista Eletrônica**. Disponível em < [www. asp. pt. /iv cong.cts](http://www.asp.pt./iv%20cong.cts) >. Acesso em 24 março 2004.

SANTOS et al. O PSF em Acari. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 77-83, 2000.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e Vínculo em uma Equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.20, n.6, p.1487-94, nov – dez, 2004.

SOUZA, M. F. Gestão da Atenção Básica: Redefinindo Contexto e Possibilidades. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, dezembro 2000.

TRAD, L. A. B et al.. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-89, 2002.

TRIVIÑOS. A. N. S. Pesquisa Qualitativa. In _____ **Introdução à Pesquisa em Ciências** - A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987. Cap.5, p.116-70.

PERCEPÇÃO DE LÍDERES DE UMA COMUNIDADE DE PORTO ALEGRE, RS,
EM RELAÇÃO AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Leaders Perception of one Community In Relation To The Family
Health Program In Porto Alegre, RS,**

ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA
TANIA MARIA DREHMER

Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia da UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS
CEP: 90035-003
e-mail: emidio3@ig.com.br

RESUMO

O presente trabalho foi baseado em uma pesquisa qualitativa, que teve como objetivo avaliar a percepção dos líderes da comunidade do Centro de Saúde da Lomba, onde funcionam as três unidades do Programa Saúde da Família – PSF, do bairro Lomba do Pinheiro na cidade de Porto Alegre–RS, para verificar a existência de melhorias na saúde e a relação da equipe de saúde com a comunidade. Também foram abordadas com os líderes questões referentes à participação da comunidade no Conselho de Saúde. Os dados da pesquisa foram coletados através de entrevistas semi–estruturadas com perguntas abertas. Foram entrevistados três líderes da área adscrita a estas unidades. Verificou–se, através da análise das entrevistas, que os líderes observam que a comunidade percebe melhorias no que se refere ao serviço prestado pela equipe de saúde, destacando que a maioria da população aceita bem as visitas domiciliares e que existe um bom relacionamento entre os moradores cadastrados e a equipe de saúde. Um ponto negativo citado pela comunidade, segundo as lideranças, foi a questão do acesso às consultas de média e alta complexidade. Em relação ao Conselho de Saúde, os líderes relataram que a comunidade participa pouco por falta de motivação, apesar de a comunidade ser notificada pelos profissionais sobre as datas das reuniões.

Palavras Chaves: Percepção. Conselhos de Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The present work was based on a qualitative research aimed to evaluate the perception of leaders of the community of the Lomba's Health Care Center, where there are three health units belonging to the Family Health Program - PSF of Lomba do Pinheiro neighborhood in the city of Porto Alegre – RS, to check the existence of improvements in health, as well as in the relationship of the health staff with the community. Topics referring to the participation of the community in the Health Council were also raised. Research data were collected by means of semi-structured interviews with open-ended questions. Three leaders of the adstricted area of these units were interviewed. By the analysis of the interviews, it was verified that the leaders mention that the community perceives improvements in respect to the service provided by the health staff, highlighting that the majority of the population accepts well the house visits, and that there is a good relationship between the enrolled inhabitants and the health staff. One negative point named by the community, according to the leaders, is the access to medium and high complexity appointments. In relation to the Health Council, the leaders reported that the community's participation is little due to lack of motivation, even though the community is made aware of the dates of the meetings by the health providers.

Key words: Perception. Health Councils. Family Health Program.

1 INTRODUÇÃO

A importância da participação popular na busca de melhorias das ações de saúde no Brasil foi uma preocupação deflagrada no movimento da Reforma Sanitária, no final da década de 70, sendo consolidada pela Constituição de 1988 e pelas leis 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 2004b).

Dentro desta perspectiva, as lideranças da comunidade se tornam peças importantes para a efetivação do controle social através das organizações de bairro, Conselhos de Saúde e, também, para incentivar e motivar a participação popular na implementação e nas melhorias das políticas do Ministério da Saúde – MS, voltadas para a atenção básica, como o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS, iniciado em 1991 e o Programa Saúde da Família – PSF, em 1994.

Dentro do propósito do PSF, que é priorizar ações para a proteção das doenças, promoção e recuperação da saúde, os líderes comunitários são atores sociais que podem facilitar as ações da equipe de saúde para a conscientização da população do objetivo do programa, que não é apenas de realizar atendimento curativo e, sim, de vigiar a saúde das famílias cadastradas, com ações multiprofissionais e intersetoriais, permitindo, dessa forma, melhorar a qualidade de vida da população.

Um dos locais em que a população, os profissionais e os líderes podem discutir as políticas de saúde são nos Conselhos de Saúde, que se tornaram obrigatórios nas políticas voltadas para a atenção básica (BRASIL, 2004b; LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

Dos diversos trabalhos apresentados na literatura, observa - se que a população não se sente motivada e pouco participa dos Conselhos de Saúde (GERSCHAM, 2004; LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Desta forma, a comunidade perde a chance de efetivar o controle social, exercendo a sua cidadania.

Os Conselhos de Saúde, criados pela lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990 (BRASIL, 2004b), são responsáveis por aprovar e examinar as políticas de saúde, realizando a fiscalização dos compromissos assumidos pelos gestores e também ajudando na concretização dessas políticas de saúde (CAMPOS, 2003). Labra e Figueiredo (2002) realizaram uma pesquisa com os representantes dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Dos cento e vinte e dois conselheiros existentes, sessenta responderam ao questionário. Dentre os respondentes, trinta e três disseram que o gestor aceita as resoluções do Conselho de Saúde e, vinte, atribuem o problema do controle social à falta de vontade política. Esse estudo e o de Gonçalves e Almeida (2002), na cidade de Ribeirão Preto – SP, com conselheiros, usuários, prestadores de serviço e ex-secretários de saúde, observaram que falta à população cultura cívica e tradição de participar, o que enseja o surgimento de políticas de saúde que não refletem a sua necessidade.

De acordo com Labra e Figueiredo (2002), os representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde não têm conseguido com suas atitudes e pensamentos impor mudanças. Isso, na opinião dos autores, deve-se à questão do preparo dos conselheiros, principalmente em relação à verificação dos orçamentos, e, além disso, como o presidente do Conselho pode ser o gestor da saúde, faz com que apenas os interesses da Secretaria de Saúde prevaleçam.

Aciole (2003), também observou que os gestores atuam de forma burocrática, autoritária e manipuladora, dando ao Conselho um reconhecimento apenas formal, e influenciam para que a agenda cotidiana se restrinja a questões periféricas ou pontuais.

Como o PSF, é um programa novo, que estimula um contato maior da equipe da saúde com os usuários, alguns estudos mostram que estes resistem às recomendações da equipe de saúde e reclamam da demora nas visitas realizadas pelos agentes comunitários (TRAD et al, 2002); da existência do problema com o sistema de referência (consultas de média e alta complexidade) (TRAD et al, 2002; CONILL, 2002; PEDROSA; TELES, 2001); e do favorecimento da equipe de saúde para marcar consultas para determinados membros da comunidade (SOUZA, 2000). Nenhum deles referencia as percepções e opiniões dos líderes sobre o serviço oferecido pelo Programa Saúde da Família.

Portanto, este estudo teve como objetivo descrever as opiniões dos líderes da comunidade do Centro de Saúde da Lomba onde funcionam as unidades do Programa Saúde da Família – PSF, do bairro Lomba do Pinheiro na cidade de Porto Alegre – RS a respeito das seguintes questões:

1. a existência de melhorias para a comunidade a partir do início do programa, comparado ao serviço que era prestado anteriormente;
2. a relação existente entre a equipe de saúde e os moradores cadastrados, e
3. a existência de participação da população nos Conselhos de Saúde.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Esse trabalho foi um estudo qualitativo, que como cita Triviños (1987), tem como característica ser essencialmente descritivo.

Conforme Porto Alegre (2003), o bairro Lomba do Pinheiro apresenta uma superfície de aproximadamente 15,22 km², com uma população de aproximadamente 54.000 habitantes, conforme o censo realizado pelo IBGE em 2000. Jandrey (1999, p.31), cita que:

“A área conhecida como Lomba do Pinheiro se distingue ao longo da Avenida João de Oliveira Remião, a qual está demarcada, em toda sua extensão, pelos pontos de paradas das linhas de ônibus, com vilarejos às margens direita e esquerda de cada parada”.

A autora ainda relata que a população é heterogênea, existindo um contraste, pois se observa a presença entre imóveis pertencentes às camadas de alto poder aquisitivo um grande número de moradias precárias, do tipo barraco.

Atualmente, o bairro Lomba do Pinheiro apresenta 6 Unidades de Saúde com 9 equipes do Programa Saúde da Família–PSF. Dentre essas, a unidade onde foi realizada a pesquisa, denominada Centro de Saúde da Lomba, com três equipes do PSF. Cada equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários e está localizada na parada 12 da Avenida João de Oliveira Remião. Desde 2002, junto a essas atuam duas Equipes de Saúde Bucal-ESB, com duas cirurgiãs-dentistas, duas auxiliares de consultório odontológico, e dois técnicos de higiene dental. Conforme a Portaria nº 267, de 06 de março de 2001 essas equipes são da modalidade tipo 2 (BRASIL, 2001).

Em 2003, de acordo com as informações da Coordenadora das equipes do Programa Saúde da Família–PSF e dos agentes comunitários de saúde encontravam-se cadastradas 2427 famílias e eram representadas pelas seguintes entidades: Associações de Moradores São Franciscano, Associação Comunitária Goiás, Conselho Distrital de Saúde, Clube das Mães, Conselho Municipal de Assistência Social e Associação dos Moradores da Vila São Carlos.

3 PROJETO PILOTO

Para a avaliação da metodologia que seria utilizada na pesquisa, foi realizado, em março de 2004, um projeto piloto. Com este objetivo escolheu-se intencionalmente um representante dos líderes da comunidade para a aplicação da entrevista do estudo.

4 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra do estudo foi do tipo intencional, que, conforme Triviños (1987), deve incluir os indivíduos essenciais ao esclarecimento do assunto. Portanto, a amostra foi composta pelas lideranças comunitárias do bairro, que representavam a população adscrita ao Programa Saúde da Família do bairro Lomba do Pinheiro da cidade de Porto Alegre.

Minayo (1996) cita que, no estudo qualitativo, a preocupação é com o aprofundamento e abrangência do tema que se está estudando; portanto, o critério do tamanho da amostra não é numérico será suficiente quando houver compreensão dos padrões e das relações do que se está investigando, o que é também apoiado por Breilh (1995).

Então, com o fim representar a liderança da comunidade do bairro Lomba do Pinheiro, foram escolhidos para serem entrevistados os dois mais citados pela Coordenadora das três equipes do Programa Saúde da Família – PSF e pelos doze agentes comunitários de saúde numa conversa prévia. A amostra final do estudo, no entanto, foi formada por três líderes, pois a entrevista realizada no projeto piloto foi incluída, por não haver ocorrido alterações nas perguntas da entrevista.

5 MÉTODO DE COLETA DOS DADOS

A avaliação consistiu de entrevista semi-estruturada com um roteiro pré-elaborado de perguntas abertas, visando ao entendimento da realidade do Programa Saúde da família. Segundo Minayo (1996), esse tipo de entrevista tem como qualidade esclarecer, da forma mais abrangente possível, as questões que se quer abordar e, conforme Denker e Viá (2001), tem a vantagem de ser flexível, pois permite ao entrevistado dar informações mais complexas, emotivas ou mesmo comprovar os sentimentos que estão subjacentes a uma opinião.

Para cada participante da pesquisa, foi questionado como a população recebeu a implementação do Programa Saúde da família, citando os aspectos positivos e negativos em relação à visita domiciliar, o relacionamento com a equipe de saúde e se esse serviço de saúde prestado pelo programa é de melhor qualidade e traz mais satisfação que o serviço prestado anteriormente a essa população.

Também foi questionado se a população relata falta de um serviço especializado de saúde, que não é oferecido pelo programa, e se é de seu conhecimento que existem famílias que se recusam a participar do programa e por quê.

Foi verificado se a satisfação do usuário, do ponto de vista da liderança da comunidade está relacionada com: o nível de participação nas tomadas de decisões; a existência de recompensas (materiais e / ou simbólicas); a comparação com os outros serviços ou indivíduos (equidade) ou com as relações sociais dentro da comunidade (RODRIGUES, 2004).

Para a avaliação da percepção foi considerada a descrição das experiências anteriores dos moradores cadastrados em relação aos serviços de saúde no entendimento das lideranças da comunidade, considerando os elementos da memória, do raciocínio, do juízo e do afeto, portanto, ligando as qualidades objetivas dos sentidos a outros elementos subjetivos próprios de cada indivíduo (BELONE, 2003).

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Objetivou-se com isto captar as informações com maior precisão possível. Essas entrevistas e a transcrição foram realizadas pelo próprio pesquisador.

6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, esses foram analisados, seguindo os passos de análise de pesquisa qualitativa proposta por Minayo (1996), de forma a interpretar e compreender o significado da percepção dos indivíduos estudados. Esta forma de análise leva o pesquisador a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social e de conhecimento, frutos de múltiplas determinações e com significados específicos.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os participantes da pesquisa foram informados da importância do estudo e da sua participação, tendo acesso a todas as informações sobre o trabalho, e de que poderiam a qualquer momento desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo pessoal; todos assinaram o Consentimento Informado, conforme a Resolução 196/96 sobre pesquisas que envolvam seres humanos.

O termo do Consentimento Informado foi confeccionado em duas vias, ficando uma com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa (BRASIL, 2002).

Esse trabalho foi submetido aos comitês de ética da Secretaria de Saúde, da cidade de Porto Alegre-RS, e também da Faculdade de Odontologia–UFRGS.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do quadro com a transcrição das principais falas obtidas nas entrevistas realizadas com os líderes comunitários, alguns conteúdos serão discutidos.

Figura 3- Principais relatos dos Líderes da comunidade da Unidade de Saúde da Lomba – PSF, do bairro Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre –RS. Porto Alegre - RS, 2004.

Perguntas	Líder1	Líder2	Líder3
Quem são os líderes?	Professor do sexo masculino, com o 3º grau completo. Vice-coordenador do Conselho Distrital de Saúde. Faz 5 anos que está no bairro.	Comerciante do sexo masculino, com o segundo grau. Representante do Conselho Municipal de Assistência Social e presidente da Associação dos moradores. Faz 30 anos que está no bairro.	Do lar do sexo feminino, com o primeiro grau. Presidente da Associação. Faz 22 anos que está no bairro.
Como a comunidade recebeu a implementação do PSF.	“Demorou um pouco para as pessoas perceberem os objetivos do PSF. Mas hoje, a comunidade entende isso, e aceita bem”.	“Acho que recebeu bem., hoje estão mais interessados do que é o programa. E muita gente ainda não percebeu que esse é o caminho, em vez de ir ao Hospital, eu vou me tratar”.	“Tem gente que ficou meio assim., que achavam que estavam se intrometendo na sua vida. Mas, a maioria, digamos 90% aceitou bem”.

<p>Visita Domiciliar, quais são os elogios e reclamações da comunidade?</p>	<p>“Anteriormente, os agentes faziam uma visita mais contínua, com isso as pessoas gostavam mais. Mas, hoje parece que os agentes estão assumindo outras atividades no posto, que está fazendo com o que algumas pessoas reclamem. 90% pessoas reclamam que não recebem visita, grande maioria gostaria de receber”.</p> <p>Cita que a recusa das famílias é porque, os filhos estão envolvidos com drogas, e por isso essas famílias não querem se expor. No que se refere a ter plano privado, não é motivo para a recusa.</p>	<p>“ É porque a família não está precisando naquele momento, pois não tem nenhum problema de saúde. Essas famílias, mesmo não tendo problemas, precisam de informações, pois pode ter uma criança drogada ou mesmo uma criança em situação de risco, e elas podem ajudar”.</p> <p>“Mas, eu acho que o pessoal é bem recebido, na proporção da necessidade da família”.</p> <p>Não houve reclamação que as visitas estão diminuindo.</p>	<p>“Antes as pessoas achavam que os agentes eram responsáveis para marcar consulta, só agora que estão aceitando que os agentes são para ter um controle das pessoas”.</p> <p>“Acho que a maioria aceita numa boa e acha que é importante. Contudo alguns acham que o agente está se metendo ou que veio para tomar tempo”.</p>
<p>Relação da comunidade com toda a equipe?</p>	<p>“O relacionamento é muito bom, claro que existem problema que estão sendo discutidos no Conselho Distrital de Saúde”.</p> <p>“Muitas vezes o que não ocorre é uma melhor comunicação entre os usuários e o posto. Uma forma de resolver isso foi a criação dos conselhos gestores dos postos”.</p>	<p>O relacionamento da população com o posto é bom.</p> <p>A única reclamação é que tem que esperar para conseguir as consultas.</p> <p>Não conheço nenhuma pessoa que foi maltratado pelo médico.</p>	<p>“Na parte dos médicos e da enfermagem não há reclamações. Contudo existe reclamação que as agentes comunitárias tratam mal as pessoas dentro do posto, mas não durante as visitas”.</p> <p>Outra reclamação é que não existe uma pessoa responsável para dar informações dentro do posto. Indo desde quem ira atender a pessoa que está esperando e também aonde a pessoa tem que ficar esperando para ser atendida.</p>
<p>Comparação do programa atual com o que tinha anteriormente?</p>	<p>“Com certeza com melhoria. A comunidade sabe a diferença da saúde que tem hoje, para a saúde que eles tinham antes”.</p>	<p>“A comunidade está vendo com bons olhos e está atingindo o objetivo do programa, que é a integração da comunidade com o posto de saúde”.</p> <p>O acesso ao serviço está muito melhor do que era anteriormente.</p>	<p>“Os postos que tinham eram só emergência. Agora está bem melhor, porque existe um acompanhamento para aquelas pessoas que precisam de um tratamento”.</p>
<p>O que aconteceu quando a população necessita de um serviço especializado?</p>	<p>“É muito difícil conseguir. Às vezes tem que esperar uma consulta 3 a 4 meses dependendo da especialidade”.</p> <p>“A população sabe que o problema de demorar para conseguir uma consulta não é do posto, é uma questão maior da saúde como um todo”.</p>	<p>“A população fala que na realidade demora”.</p> <p>O posto não é culpado, o posto faz o que tem que fazer.</p>	<p>“Muitas vezes demora 3 a 4 meses numa coisa que tem mais urgência”.</p> <p>Eles sabem que não depende do posto, o problema é geral da saúde e não liberam tanta ficha.</p>

<p>Por que a população se recusa a participar do programa?</p>	<p>“Houve a recusa de uma família a participar do programa por problemas com o agente comunitário”.</p>	<p>Na realidade, não sei de nenhum caso. “Se existir isso é por falta de informação da família e falta de colaboração com o serviço que é útil para toda a comunidade”.</p>	<p>“Como na minha área as pessoas são mais idosas demoram um pouquinho para aceitar às mudanças. Então, elas acham que estão invadindo a sua privacidade”.</p> <p>“Se existir recusa, eu acho que é pouca. Na minha redondeza, não conheço nenhum caso, assim. Pelo contrário, vejo o pessoal querendo se cadastrar e às vezes querendo colocar parentes que não são da redondeza”.</p>
<p>Sobre o Conselho de Saúde: se as agentes divulgam para a população as reuniões; se a população consegue discutir bem os assuntos dentro do Conselho.</p>	<p>Divulgação: “As reuniões do conselho têm uma agenda fixa. Além disso, temos a rádio comunitária da Lomba que divulga diariamente toda essa agenda. Como são datas fixas, não tem tanto problema. As agentes comunitárias fazem normalmente o chamamento da comunidade, já faz parte das suas atribuições”.</p> <p>Participa da Discussão: “A comunidade tem um pouco de dificuldade de se expressar. Mas as pessoas se manifestam mesmo com dificuldades”.</p> <p>Interesse da comunidade: “A comunidade poderia participar muito mais. Tem uma parte que tem condições de participar e tem outra que trabalha durante o dia inteiro e não tem condições”.</p>	<p>Divulgação: “As agentes comunitárias fazem o trabalho delas, elas convidam a comunidade a participar das reuniões”.</p> <p>Participa da Discussão: “Pode existir inibição, mas eu sempre vejo do mais humilde ao mais sábio se expressar sem problemas”.</p> <p>Interesse da comunidade: “As pessoas mesmo trabalhando durante o dia, eles têm condições de participar do conselho porque eles chegam em casa perto da seis horas. Então a participação depende de cada pessoa. Não vão por falta de motivação”.</p>	<p>Divulgação: “A agente comunitária sempre avisa o líder e o restante da população quando há reunião”.</p> <p>Participa da Discussão: “Muitos líderes da população são humilhados pelos responsáveis da saúde... isso fez com que muita gente se afastasse do conselho por causa disso”.</p> <p>Interesse da comunidade: “Acho que falta participação da comunidade. Essa falta de motivação deve-se ao fato que eles vão nas primeiras reuniões, ocorre muita discussão, só que nada é resolvido”.</p>

A formação educacional dos líderes da comunidade

Os 3 líderes da comunidade entrevistados têm formações educacionais diferentes (um com pós-graduação, um com segundo e um com o primeiro grau). Durante as entrevistas, observou-se que o líder que possuía pós-graduação tinha um entendimento melhor dos problemas de saúde do Brasil, pois quando perguntado sobre as dificuldades que o PSF vem enfrentando, ele consegue relacionar os aspectos políticos, econômicos e sociais que envolvem a saúde no

Brasil, bem como as causas que levam a população à não entender os objetivos e as ações realizadas pela equipe do programa. No entanto, o relato dos outros dois líderes mostra que eles interagem mais com a população, conhecendo as dificuldades que o programa vem enfrentando no seu bairro, já que este programa proporciona à população um novo tipo de assistência com ações multiprofissionais e intersetoriais, diferente do modelo anterior que era centrado na figura do médico.

Como a comunidade recebeu o Programa Saúde da Família – PSF

Os 3 líderes citaram que demorou um pouco para a população entender os objetivos do programa, como na fala do líder 2:

“ Na verdade a medicina preventiva que é o que o Programa Saúde da Família vem trazendo prá nós aqui, é uma coisa muito boa. Eu acho que a comunidade recebeu bem, e o processo deverá melhorar muito ainda quando começarem entender bem! Porque muita gente ainda não sabe! Muita gente ainda não se deu conta de que..... Bom!..... que esse daqui é o caminho! Em vez de ir ao hospital eu vou me tratar, né!”.

De acordo com os líderes, a população tem à disposição um programa de saúde, cujo objetivo é trabalhar com as famílias na prevenção das doenças e na promoção da saúde. No entanto, trabalhar apenas com prevenção, não é recomendável, porque ainda existe uma grande parte da população com necessidades de tratamento curativo, já que de acordo com o CFO (2005), 27

milhões de brasileiros nunca tiveram acesso ao dentista. Isto vem ocorrendo mesmo com o aumento do número de Equipes de Saúde Bucal – ESB, que de 2002 a 2005 passou de 4 mil para 12 mil equipes.

As necessidades curativas, de acordo com o Levantamento de Saúde Bucal – SB Brasil realizado em 2003, mostram que as pessoas entre 35 a 41 anos têm em média 20,1 e os idosos (mais de 60 anos) têm 27,8 dentes cariados, perdidos ou obturados (BRASIL, 2004a). A população tem, portanto, ainda muitas necessidades de tratamento restaurador e, antes de receber ações de promoção e proteção, precisa realizar a adequação do meio bucal para que realmente o tratamento seja efetivo. Além disso, trabalhar com promoção e prevenção é difícil, pois os poucos profissionais e a pequena quantidade de unidades de saúde disponíveis não permitem que o número de consultas preventivas seja o ideal.

Em decorrência destes dados, o Governo Federal criou o Programa Brasil Sorridente, que tem permitido o aumento dos recursos financeiros (1,2 bilhão de 2004 a 2006) e conseqüentemente a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOS, que possibilitará a resolução dos problemas de maior complexidade em Odontologia.

Importância da visita domiciliar e a relação da comunidade com a equipe de saúde

Em relação às visitas domiciliares, os três líderes da comunidade entrevistados citaram que a maioria das pessoas que fazem parte do PSF aceitam bem as visitas domiciliares, e isto é assim descrito pelo líder 1:

“ 90% das pessoas reclamam que não recebem visita, a grande maioria gostaria de receber “.

Isto também foi relatado por famílias de um programa de PSF de Florianópolis no estudo de Conill (2002), que citaram como aspecto positivo as visitas domiciliares dos agentes comunitários, pois estes facilitaram o acesso aos serviços de saúde.

A demora dos profissionais em realizar e até mesmo de não estar realizando as visitas foi relatada pelo líder 2:

“É..., é que hoje, assim, né....., né, no início, né....., no início que os agentes de saúde faziam uma visitação mais contínua, né! Praticamente as pessoas recebiam uma visita, né, semanal! E, às vezes, até dependendo do caso, diária, né! As pessoas gostavam mais então! Mas agora me parece que as agentes de saúde têm....., elas estão iniciando outras atividades dentro do posto, que está dificultando um pouco mais esse trabalho, né! Então, realmente algumas pessoas têm reclamado que não tem sido visitadas pelos agentes, né!”

As visitas que os agentes realizavam no início do programa eram mais freqüentes, pois era um momento que os profissionais estavam conhecendo a comunidade, realizando o cadastramento das famílias, levantando as necessidades e identificando as áreas de risco e os grupos prioritários (gestantes, idosos, hipertensos etc...). Os agentes comunitários priorizam estes grupos e áreas para a realização de uma visita mensal, ficando as outras famílias com uma

visitação menos freqüente. Uma outra causa que tem influenciado a diminuição das visitas domiciliares está relacionada ao fato de que os agentes trabalham com outros tipos de atividades, tais como os grupos de rua (atividades de informação sobre saúde para toda a população de uma rua através de teatros, gincanas etc..) e também auxiliando a equipe de saúde na atividade do acolhimento (início da manhã) da população, que vai até a unidade de saúde da família sem um agendamento prévio. Um outro motivo que pode estar relacionado ao fato é que cada agente comunitário tem que atender, conforme o Ministério da Saúde-MS, em média duzentas e cinqüenta famílias o que, dependendo das necessidades da sua microárea, dificulta a realização de uma visitação mais freqüente a todas as famílias.

Trad et al (2002), observaram que nos 5 municípios da Bahia em que realizaram a pesquisa, a demora entre uma visita e outra é de em média 3 meses.

O grande problema está relacionado ao fato de que os investimentos em Saúde no Brasil ainda são escassos. Nos investimentos na saúde, conforme a EC-29, os municípios têm obrigatoriedade de aplicar 15% dos impostos arrecadados, o governo do estado tem que empregar 12% do seu orçamento em nível Federal, o governo tem que aplicar 30% da Seguridade Social, acrescidos de 10% dos impostos arrecadados. Conforme dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, apenas 65,5% dos 5 558 municípios cumpriram a resolução da EC-29. Esses valores arrecadados não têm permitido aumentar o número de unidades e de profissionais de saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos serviços que são prestados à

população. Mas também muitas vezes falta planejamento dos gestores no que se refere à melhor forma de empregar esses recursos.

Em relação ao Programa Saúde da Família – PSF, em Maio de 2005 já existiam 22,4 mil equipes que atendiam em torno de 100 milhões de pessoas, o que tem possibilitado o aumento do acesso aos serviços, ainda que insuficiente para toda a população.

Sistema de Referência – Consultas de média e alta complexidade

Os 3 líderes da comunidade foram unânimes em afirmar que o que tem gerado insatisfação na população é a grande demora em conseguir uma consulta de serviços especializados. O líder 1, assim como o líder 3, disse que muitas vezes demora 3 a 4 meses para conseguir uma consulta, dependendo da especialidade. Isto também foi verificado nos estudos de Pedrosa e Teles (2001) na cidade de Teresina – Piauí, de Conill (2002) na cidade de Florianópolis – SC e no estudo de Santos et al. (2000), em Acari – RN sobre o PSF. No entanto, os três líderes dos três programas citaram que a população entende que a demora no atendimento especializado não é responsabilidade da equipe Saúde da Família e sim um problema da saúde no Brasil, como pode ser observado na fala da liderança 2:

“...o posto não é culpado. O posto faz o que tem que fazer! Recebe ali, avalia o caso, né, alguns já são conhecidos! E faz o encaminhamento. Mas claro,

daí a gente sabe que depois tem toda uma fila de espera lá, que é um problema que o posto não tem como resolver! Mas isso daí a população também sabe!”.

A importância de a população conhecer o que o PSF pode proporcionar em termos de assistência é de extrema importância, pois permite o aumento da satisfação e, por consequência, o aumento do vínculo com a população. Diante do relato da liderança, percebe-se que a população adscrita a essa equipe reconhece o que os profissionais podem ou não fazer.

Para conscientizar a população de qual é a responsabilidade de uma equipe do PSF é necessário realizar oficinas entre os profissionais e a comunidade, como foi proposto por Moraes, Oliveira e Silva (2004) na Unidade de Saúde da família em Camaragibe–PE. Através da discussão dos problemas que apareciam na unidade de saúde, eles buscaram mostrar que os profissionais não são os responsáveis por prover o atendimento de média e alta complexidade, e que a dificuldade decorre do fato de a prefeitura não dispor de recursos financeiros para a implementação deste serviço.

As dificuldades de investimento para a realização do atendimento de média e alta complexidade decorrem dos problemas de contratação de pessoal e de aumento da infra-estrutura. O obstáculo segundo os gestores de saúde são os poucos recursos que hoje estão disponíveis. Para tentar melhorar a qualidade do atendimento no que se refere às consultas de média complexidade na Odontologia, o Governo Federal criou o Brasil Sorridente, já relatado. No entanto, para a sua implementação, os municípios precisam também disponibilizar recursos financeiros para a infra-estrutura e a contratação de profissionais, o que

tem dificultado a construção dos CEOS, pois com a lei de responsabilidade fiscal, as prefeituras não podem gastar mais do que arrecadam, caso contrário os prefeitos podem ser até presos (LEI COMPLEMENTAR FEDERAL 101).

Já em relação ao fato de a população recusar-se a participar do Programa Saúde da Família do bairro Lomba do Pinheiro, foi citado que apenas uma família se negou a participar, devido a problemas com a agente comunitária de saúde. Isto foi assim relatado pelo líder 1:

“Já! Já aconteceu de...., de numa das reuniões do Conselho nós termos que ir na vila Herdeiros para resolver o problema, que era justamente isso! Era..., era questões pessoais das pessoas com o agente comunitário, né!”

O líder 2 também assim se expressou:

“Eu na realidade, eu não sei de nenhum caso, né, mas eu considero que isso daí é uma falta de [.....], é uma falta de informação da família que não quis receber. É, eu diria que além disso é falta de colaboração com o serviço que é útil para toda a comunidade. Porque, na medida que aquela família receba a visita, né, ela pode ser um agente de informação para outras famílias, né! Então eu critico aquelas pessoas que não....., até eu não sei nenhum caso, né! [.....] . Eu sei que algumas famílias, pelo fato de não terem nenhum problema de saúde, não gostam de receber, mas não se recusam. Sabem que existem o serviço, sabem quais os serviços que existem no posto, né! Agora família que não quer, ‘Não quero!’ “Eu não conheço, sabe!”

Contudo, a líder 3 citou que muitas famílias querem colocar familiares de outros bairros para serem atendidos no Programa Saúde da Família. Ela afirma:

“Bem ao contrário! Eu vejo muita gente brigando, pelo menos na minha região, aqui! Eu tô falando pelo Jardim Franciscano! O pessoal querendo se cadastrar, e às vezes, querendo colocar parentes que não são da redondeza!”.

Os agentes comunitários observam que há moradores que não querem que a sua privacidade seja invadida, crendo não necessitarem daqueles conhecimentos que a equipe da saúde leva. No entanto, muitas vezes essas informações podem ser de grande importância para melhorar a qualidade de vida da sua família e também das famílias vizinhas, como comentou o líder 2.

Portanto, nesta região, conforme os líderes, não há problemas com os moradores cadastrados em relação às visitas e a população reconhece que o atendimento prestado na unidade de saúde é de boa qualidade e resolutivo, e tendo melhorado com o Programa Saúde da Família, que permite uma abordagem familiar com ações multiprofissionais.

Na região Serrana do Rio de Janeiro, Farias (2001) detectou que o principal motivo da recusa das famílias para não participar do PSF era o medo de não conseguir a consulta médica num momento de urgência e, por esse motivo, optavam por um serviço privado.

Já o líder 1 citou que a recusa muitas vezes pode estar relacionada ao fato de a família ter um problema com filhos envolvidos em tráfico de drogas e por isso não querer se expor. Levy, Matos e Tomita (2004) quando da implementação

do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município de Bauru–SP, em 2000, observaram que nas áreas onde existe tráfico de drogas o cadastramento e a criação do vínculo são mais difíceis.

Conselhos de Saúde

Um outro ponto abordado com os líderes da comunidade foi a questão dos Conselhos de Saúde. As três lideranças citaram que os agentes comunitários fazem a divulgação dos dias da reunião e convidam a população a participar do Conselho de Saúde. O líder 2 disse:

“Agora.... as agentes de saúde fazem a parte dela, elas convidam aqui mesmo no balcão¹! Tem que uma das moças, não me lembro qual delas, veio aqui e me trouxe prá mim distribuí”

Lopes e Almeida (2004) observaram que os conselheiros reconhecem que uma das suas funções é incentivar a comunidade a participar dos Conselhos. O líder 1 citou que realmente há parte da população que não tem condições de participar do Conselho de Saúde, como descrito abaixo:

“A gente chama, né, a comunidade para participar! Mas aí é aquele negócio, né. Como tu disseste, tem uma parte da comunidade que tem condições, né, e tem outra, a maioria, né, são aquelas pessoas que trabalham o dia inteiro,

¹ Este líder era dono de uma vidraçaria no bairro Lomba do Pinheiro.

né, não tem condições. Às vezes tem que se deslocar, pegar ônibus! Então, isso dificulta um pouco, né! Muita gente chega do serviço e aí é aquela coisa, né! Tem que estar muito interessado! Tem que ser uma pessoa, né, muito consciente prá saber que aquilo faz parte e que vai te trazer benefício para ti! E não ficar em casa descansando, né. “

Labra e Figueredo (2002), que realizaram um estudo com os representantes do Conselho de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, citam que os representantes dos usuários não têm condições de participar do Conselho de Saúde por falta de preparo, principalmente em relação à verificação dos orçamentos.

Dois líderes comunitários citaram que a população não participa das reuniões do Conselho por falta de motivação e a líder 2 acha que a população não vai às reuniões porque nada é resolvido, como pode ser observado abaixo:

“ vai na reunião, vai na reunião e faz queixa e continua tudo na mesma..... história! Então o pessoal se cansa de ir! Porque não tem solução!”

Labra e Figueredo (2002) citaram que a população não participa por falta de cultura cívica e tradição. Gerscham (2004), no seu estudo realizado em 5 municípios do Rio de Janeiro, cita que os conselheiros que representam os usuários consideram que a participação da população é de grande importância, pois permite que ocorram mudanças, pois eles sozinhos acham que têm baixa capacidade de influenciar nas decisões do presidente do órgão.

Os Conselhos de Saúde foram espaços sugeridos a partir da luta da sociedade organizada, que pretendia criar um local democrático em que gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde pudessem discutir os principais problemas de saúde, buscando a resolutividade destes. No entanto, as políticas sociais no Brasil são mais assistencialistas, e não motivam a população a participar e, desta forma, lutar para que ocorra uma transformação da sua realidade. O que se observa na fala dos líderes é que a população não conhece meios de melhorar as políticas de saúde e conseqüentemente as suas condições de vida. Gerscham (2004) cita que mesmo as questões que o Conselho delibera, ainda que centrais à orientação do SUS, fogem da capacitação adequada dos conselheiros, ou seja, estes não possuem a força política, nem a informação, nem conhecimentos especializados necessários para agir de maneira decisiva nas questões do Conselho.

Os Conselhos de Saúde são de grande importância para que toda população, e, principalmente, as famílias que se recusam a participar saibam a importância do PSF e dos programas que são desenvolvidos em seu bairro. Essa participação permitirá fazer do Conselho um local de discussão dos projetos e não como os gestores acreditam que ele seja, apenas um local para legitimar as suas políticas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas entrevistas realizadas com as lideranças comunitárias do Programa Saúde da Família do bairro Lomba do Pinheiro da cidade de Porto Alegre –RS, Unidade Centro de Saúde da Lomba, que compreende três equipes de saúde da Família, observou – se que como as três lideranças têm formações educacionais diferentes, aquele líder que tinha grau de instrução maior conseguiu responder as questões sobre o Programa Saúde da Família com um maior conhecimento da saúde no Brasil, mas com um conhecimento menor dos problemas do dia a dia do bairro. Ao contrário, aquelas lideranças com menor grau de escolaridade responderam às questões relatando com exemplos de fatos que ocorreram dentro da comunidade e não relacionaram os problemas do serviço de saúde do bairro com os problemas de saúde que existem no Brasil.

Neste estudo, as lideranças relataram que o relacionamento da comunidade com a equipe de saúde é muito bom. Houve apenas reclamação quanto ao tratamento que as agentes de saúde dão à comunidade quando estão trabalhando dentro da unidade de saúde.

Este programa, como a maioria dos Programas Saúde da Família do Brasil está ainda com dificuldades de proporcionar consultas de média e alta complexidade e, por conseqüência, um atendimento integral para a população.

Ainda é muito cedo para afirmar se o Programa Saúde da Família – PSF é resolutivo ou não. No entanto, nos diversos estudos, bem como neste, observa-se que os líderes citam que a população considera o programa como de boa

qualidade em relação à assistência a saúde. No entanto, convém lembrar que a assistência que a população tinha antes era pouca ou quase inexistente.

Acredita-se que a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde possam melhorar quando a população e os profissionais da área reconhecerem o Conselho como um local para discussões, que permite melhorar as políticas de saúde atuais e futuras.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. Algumas Questões para o Debate do Controle Social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.63, p.63-73, jan/abr, 2003.

BELLONE, G.J. **Senso Percepção**. Psicoweb 2003. Disponível em <www.psicoweb.med.br/cursos/percep.html>. Acesso em 31 jan 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **SB Brasil – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira**. Ano V. Julho/agosto, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142**. Disponível em: <[www. Conselho. Saúde. gov.br](http://www.Conselho.Saude.gov.br)>. Acesso em: 08 fev 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica - Portaria de Normas e Diretrizes. **Diário Oficial da União**, 2001.

BREILH. J. Las Tecnicas Intensivas (Qualitativas) Em La Invetigacion En Salud: Debates Sobre Sus Usos y Distorsiones. In_____.**Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación.** 2ed. Quito: CEAS, 1995. Cap.4, p.107-45.

CAMPOS, C. E. A. O Desafio da Integralidade Segundo as Perspectivas da Vigilância da Saúde e da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-84, 2003.

CFO. Brasileiro ainda vai pouco ao Dentista. **Jornal do CFO**, ano15, n.60, p.11, maio-junho, 2005.

CONILL, E. M. Políticas de Atenção Primária e Reformas Sanitárias: Discutindo Avaliação a partir de Análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18(suplemento), p.191-202, 2002.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. Técnicas de Entrevista e Questionário. In_____. **Pesquisa Empírica em Ciências Humanas - com ênfase em comunicação.** São Paulo: Futura, 2001. Cap. 13, p.155-67.

EC – 29. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/EMC/Emc29.htm>. Acesso em outubro de 2005.

FARIAS, L. O. Estratégias Individuais de Proteção à Saúde: Um Estudo da Adesão ao Sistema de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.45-16, 2001.

GERSCHMAN, S. Municipalização e Inovação Gerencial. Um balanço da Década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.417-34, 2001.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: Atuação e Representação das Comunidades Populares. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1670-81, nov – dez, 2004.

GONÇALVES, M.L; ALMEIDA, M. C. P de. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.61, p.167-75, maio/ago, 2002.

JANDREY, C. M. **Absenteísmo no Atendimento Clínico-Odontológico: o caso do Módulo de Saúde Comunitária do CPOS**. 1999.135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO. J. S. A. Associativo, Participação e Cultura Cívica. O Potencial dos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.537-47, 2002.

LEI COMPLEMENTAR 101. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em < www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em outubro de 2005.

LEVY, F.M; MATOS, P.E.S; TOMITA, E.T. Programa de Agentes Comunitários da Saúde: A Percepção de Usuários e Trabalhadores da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.20, n.1, p.197-203, jan – fev, 2004.

LOPES, M.L.S; ALMEIDA, M,J de. Conselhos Locais de Saúde em Londrina (PR): Realidade e Desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.59, p. 16-28, set/dez, 2001.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 1996, 269p.

MORAES, J.G.M; OLIVEIRA, J.C.T; SILVA, V.X.L. Avaliação do Sistema Local de Saúde: Mudando a Realidade a partir dos Usuários. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 31, p. 105-07, 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e Diferenças em Equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.3, p.303-11, 2001.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Projeto Integrado: Desenvolvimento Sustentável da Lomba do Pinheiro**. Julho, 2003.

RODRIGUES, M. C. Fatores de (in) satisfação e Stress Organizacional: o Caso dos Funcionários da Seguridade Social. **Revista Eletrônica**. Disponível em < [www. asp. pt. /iv cong.cts](http://www.asp.pt/ivcong.cts) >. Acesso em 24 março 2004.

SANTOS et al. O PSF em Acari. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 77-83, 2000.

SIOPS. Situação de Cumprimento da EC-29/200 pelos Municípios, por UF. **Revista Eletrônica**, Disponível em < http://siops.datasus.gov.br/dados_informados.html>. Acesso em outubro de 2005.

SOUZA, M. F. Gestão da Atenção Básica: Redefinindo Contexto e Possibilidades. **Divulgação em Saúde para o Debate**, Rio de Janeiro, n.21, p.7-14, dezembro 2000.

TRAD, L. A. B et al.. Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p.581-89, 2002.

TRIVIÑOS. A. N. S. Pesquisa Qualitativa. In _____ **Introdução à Pesquisa em Ciências** - A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 1987. Cap.5, p.116-70.

APÊNDICE A

Roteiro da entrevista com usuário do Programa Saúde da Família

- Quando e como foi seu contato inicial com o PSF?
- Hoje, como você vê a sua saúde?
- Como eram os serviços de saúde que lhe foram prestados anteriormente na sua vida?
 - Existe na sua opinião alguma diferença no serviço que hoje está sendo prestado, com os outros tipos de serviço que você já foi usuário?
 - Como deveria ser o serviço de saúde para lhe trazer satisfação?
 - Qual o seu relacionamento com a equipe de saúde?
 - Algum profissional de saúde do PSF já conversou com você sobre a questão da cidadania?
 - O que você acha de ter um profissional de saúde, indo a sua casa?
 - Você já necessitou de um serviço especializado, que não é oferecido pelo Programa Saúde da Família?
 - Você tem algum conhecimento do Conselho de Saúde de sua regional?

APÊNDICE B

Roteiro da entrevista com os profissionais do Programa Saúde da Família

- Como você vê o programa de saúde que você faz parte? Você acha, que ele é justo em todos os seus pontos? Quais são? Quais não são?
- Você consegue observar, qual é o problema de saúde mais comum da população que você atende?
- Qual é o relacionamento entre todos os membros da equipe de saúde?
- Como funciona quando a população necessita de algum atendimento especializado?
- Você observou ou não, alguma mudança no comportamento da população, como por exemplo, mudanças nas atitudes, sejam elas, positivas ou negativas, a respeito da forma de atenção à saúde que o Programa Saúde da Família está implantando?
- Como você acha que a população vê o trabalho da equipe da saúde, que você faz parte?
- Como você enxerga a atuação do Conselho de saúde?

APÊNDICE C

Roteiro da entrevista com as pessoas que tem influência na comunidade

- Como a comunidade recebeu a implantação do Programa Saúde da Família?
- Em relação à visita familiar, quais são os elogios e reclamações da comunidade?
- Como você enxerga o relacionamento da equipe de saúde e comunidade?
- Como a população observa o atual programa de saúde em relação ao anterior?
- O que a população relata quando da necessidade de um serviço especializado?
- Na sua opinião porque um membro da comunidade recusa-se a participar do programa?

APÊNDICE D**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL****FACULDADE DE ODONTOLOGIA****PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA****MESTRADO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA**

Termo de Consentimento Informado

Por este instrumento de consentimento, por mim assinado, dou plena autorização ao cirurgião dentista, aluno de pós-graduação em odontologia, ALEXANDRE EMIDIO RIBEIRO SILVA do Curso de Mestrado em Saúde Bucal Coletiva, da Faculdade de Odontologia da UFRGS, orientado pela Professora Dr^a Tania Maria Drehmer, para a utilização das informações por mim prestadas através da entrevista sobre o Programa Saúde da Família-PSF, que é desenvolvido no Bairro Lomba do Pinheiro da cidade de Porto Alegre-RS. Estou ciente dos objetivos do trabalho, e qual é a sua importância para a comunidade que está sendo alvo do estudo do qual faço parte, e também que não terei nenhum prejuízo participando desta entrevista, e que a mesma será gravada e os dados serão utilizados exclusivamente para a pesquisa. O presente estudo não tem como propósito oferecer nenhum tratamento para os participantes.

Caso necessite maiores informações poderei contatar a professora Dr^a Tania Maria Drehmer, na Faculdade de Odontologia da UFRGS, pelo telefone 33165015.

Pelo presente termo, declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, sobre o presente projeto de pesquisa e que tive minhas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador. Fui igualmente informado sobre a garantia da manutenção do anonimato e de receber resposta a outros esclarecimentos acerca dessa pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2004.

Assinatura do participante da pesquisa