

Karine Mota Xavier Gonçalves

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA DA PALMA-MG**

**CORINTO
2010**

KARINE MOTA XAVIER GONÇALVES

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA DA PALMA-MG**

Trabalho de Conclusão apresentado a Universidade Federal de Minas Gerais como parte das exigências do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para obtenção do título de Especialista.

Orientador (a): Prof^a Dra Helena Hemiko Iwamoto.

**Corinto-MG
2010**

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VÁRZEA DA PALMA–MG

Trabalho de Conclusão apresentado a Universidade Federal de Minas Gerais como parte das exigências do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para obtenção do título de Especialista.

Orientador (a): Prof^a Dra Helena Hemiko Iwamoto.

Examinador (a): Ângela Maria de Lourdes

Examinador (a): Dayrell de Lima

DEDICATÓRIA:

Dedico esse trabalho a toda a minha família, ao meu marido, que sempre está ao meu lado me ajudando, me encorajando, não deixando nunca que eu desanime de alcançar os meus objetivos e, aos meus filhos que fazem da minha vida a mais feliz de todas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar força e coragem para alcançar meus objetivos, e pela perseverança de não desistir nunca.

Aos meus pais, pelo incentivo e por acreditarem nos meus sonhos.

Ao Filipe, por estar sempre ao meu lado, pelo apoio e carinho.

Ao Luís Filipe à Luiza, que fazem a minha vida ser completa.

À Dra. Helena, pela compreensão e dedicação na conclusão desse trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	08
1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVO	10
3 MATERIAL E MÉTODO	10
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
5 CONCLUSÃO	25
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

RESUMO

Gonçalves, Karine Mota Xavier. 2010. Percepção dos usuários sobre a Saúde da Família no Município de Várzea da Palma–MG, 2008 (Monografia–Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG-Corinto-MG*

Na perspectiva de compreender o elevado índice de usuários que procuram a Unidade de Saúde, para agendamento de consulta médica, realizou-se o presente estudo com o objetivo de descrever qual a percepção dos usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Várzea da Palma-MG. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de natureza quantitativa. Os participantes foram previamente selecionados através da análise dos prontuários, tendo como critério de inclusão os usuários que compareceram mais de três vezes ao ano para consulta médica. Dos 144 usuários cadastrados na Unidade de Saúde 118 (81,94%) eram do sexo feminino, 95 (65,9%) estavam desempregados e 64,48% utilizavam os serviços da ESF, por não possuírem plano de saúde, 101 (70,14%) freqüentam a Unidade de Saúde há mais de três anos. Ressalta-se que 102 (70,83%) dos usuários utilizam os serviços da Unidade de Saúde mensalmente, em busca de consulta médica, vacinação, exames de rotina e dor, e ainda 95,0% dos usuários estão satisfeitos com os serviços oferecidos pela ESF, por entender que os seus problemas foram solucionados. Entretanto, 87 (60,41%) dos usuários têm retornado para consulta médica pelo mesmo problema de saúde e 85,4% entenderam as orientações médicas quanto a uso de medicamentos. E, 87 (60,42%) dos usuários consideram a Unidade de Saúde como forma de melhoria da assistência à saúde para a comunidade, entretanto 110 (76,39%) relataram que não conhece como funciona a ESF. O médico e os ACS foram considerados os profissionais mais capacitados para resolverem os problemas de saúde e prevenir doenças da população. Concluindo, embora os usuários conheçam a definição da ESF eles mantêm o conceito tradicional de atendimentos realizados nos postos de saúde no qual a figura principal gira somente em torno da consulta médica.

* Orientadora: Dra Helena Hemiko Iwamoto (Orientadora).

ABSTRACT

Gonçalves, Karine Mota Xavier. 2009. Perception of users on Family Health in the city of Varzea da Palma, MG) Monograph Specialization Course in Family Health Program. Universidade Federal de Minas Gerais UFMG

In order to understand the high rate of users who seek the Health Unit to schedule a medical consultation this study has been designed to describe the kind of perception the users on Family Health Strategy in Várzea da Palma have. This is a descriptive, retrospective and quantitative study. Participants were first screened by analyzing medical records and patients were included according to the number of medical appointments, more than three times a year. 144 users were registered at the Health Unit, 118 (81.94%) female and 95 (65.9%) were unemployed and 64, 48% used the services of ESF, not having Health Insurance, 101 (70.14%) attending the Health Unit for more than three years. It is worth noting that 102 (70.83%) of users use the Health Unit every month to medical appointments, vaccinations, routine exams and pain and 95% are happy with the services offered by the ESF as they concluded their problems were solved. However, 87 (60.41%) of users have returned to medical appointments for the same health problem and 85,4% understood the guidelines regarding the use of medical drugs. 87 (60.42%) of users consider the Health Unit as a way of improving health care for the community, but 110 (76.39%) reported they do not know how the ESF works. The doctor and the ACS were considered the most qualified professional to address health problems and prevent disease in population. In conclusion, although users know the definition of FHS they keep the traditional concept of care provided by Health Units, in which the main character is medical consultation.

*Guidance: Dra Helena Iwamoto – UFMG (Major Professor).

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito do usuário aos serviços de saúde tem sido palco de discussões, principalmente, a partir da década de 70 do século passado. Após o período de repressão política, os debates sobre as políticas de saúde se voltaram para questões como a ampliação da cobertura dos serviços e o reconhecimento do direito da população à saúde. Com a Constituição Federal de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080, cujo princípio fundamental é a atenção à saúde enquanto direito de cidadania, com acesso universal e igualitário a todos os níveis de atenção.

Os anos 90 foram marcados pela crise econômica e fiscal do país e pela busca de alternativas para a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Neste contexto, foram implantados, em 1991, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), visando promover ações, com objetivo de aumentar os níveis de equidade e eficácia do SUS (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como uma das atribuições da equipe o atendimento integral à família. Sob esta ótica, os profissionais devem compreender e valorizar as características peculiares de cada família, buscando contribuições para a superação dos conflitos danosos à saúde de seus membros. Entretanto, por diversas razões, pode ser que a equipe não consiga identificar ou tenha dificuldades para atender às necessidades dos usuários, quer seja pela organização operacional, quanto pelo desconhecimento do espaço social em que o usuário está inserido.

Além disso, a população coberta pela ESF pode não ser que não demonstre interesse em entender como funciona essa prática assistencial e nem tampouco a esta nova concepção de fazer saúde que envolve os aspectos da promoção da saúde e prevenção de doença, uma vez que a maioria da população brasileira acredita que o binômio saúde-doença está restrita à tão somente a consulta médica.

Enfim, sob este ponto de vista, pode ser que a prestação da assistência por uma equipe multidisciplinar passa a ser subvalorizada, uma vez que muitos consideram o médico como o único profissional capaz de solucionar os problemas de saúde das pessoas e através de práticas curativas.

Ao atuar em duas equipes da ESF, observei que alguns usuários da Estratégia Saúde da Família em Várzea da Palma voltavam frequentemente Unidade Básica de Saúde em busca dos serviços de saúde. Esse fato me levou a questionamentos: Por que será que esses usuários retornam à unidade com tanta frequência, alguns chegam a retornar cinco vezes ao mês para consulta médica. Qual será o problema do usuário. Será que o médico tem orientado quanto ao retorno? E, as condutas terapêuticas estão sendo adequadas? Qual a o ambiente social em que esse usuário está inserido? Será que o usuário conhece a dinâmica da ESF? Em busca de respostas para estas perguntas realizamos o presente estudo na perspectiva de buscar subsídios que facilitem a elaboração de novas estratégias para a consolidação da ESF no município de Várzea de Palma.

2 OBJETIVO

Descrever a percepção dos usuários sobre a ESF do município de Várzea da Palma.

3 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e exploratório realizado junto as equipes do PSF do município de Várzea da Palma, localizada na região norte de Minas Gerais. Participaram desta pesquisa todos os usuários cadastrados na equipe da ESF, que procuraram atendimento médico de forma espontânea, no período de 2005 a 2007.

Utilizou-se como critério de inclusão aqueles usuários que compareceram de no mínimo três vezes ao ano, critério este estabelecido pelo Ministério da Saúde como número de consulta por habitante por ano (Brasil, 2002), e excluíram-se as consultas de usuários gestantes, hipertensos, diabéticos, hanseníase, tuberculose e leishmaniose, uma vez que o Ministério da Saúde (2006) adota como critério um número diferenciado de consultas para estas categorias.

Inicialmente houve a seleção de 307 usuários, com no mínimo três consultas no ano, através da análise dos prontuários de consultas. O fato dos usuários serem cadastrados e terem seus endereços atualizados mensalmente, através da visita domiciliar realizada pelo ACS, facilitou a identificação dos usuários. Todos os

participantes foram selecionados via sorteio. A coleta de dados foi realizada nos respectivos domicílios dos 144 usuários, pela pesquisadora, e acompanhada pelos ACS.

Em relação às questões éticas, houve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea da Palma e aprovação do Comitê de Ética da UninCor sob o protocolo de nº 0003.0.380.000-08.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da Estratégia Saúde da Família em Várzea de Palma

A equipe da ESF em Várzea de Palma está constituída por um enfermeiro (gerente da equipe), um médico, um cirurgião-dentista, um auxiliar de enfermagem um auxiliar de cirurgião dentista e sete ACS. A unidade não possui sede própria e está localizada em uma área central do bairro, e de fácil acesso para a comunidade. Uma das características das equipes de SF é a forma de identificação, por cores e cada família cadastrada recebe o cartão correspondente a sua cor, contendo o nome, endereço, data de nascimento de cada membro da família.

Participaram desta pesquisa 144 usuários sendo 118 (81,94%) do sexo feminino, o que significa uma participação de 4,5 vezes maior das mulheres quando comparado aos homens. Pode-se dizer que esta diferença já era esperada, uma vez que o número de mulheres cadastradas no PSF era superior ao dos homens (SIAB, 2007). Há estudos que relatam que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens (Goldbaum, et al. 2005). Quanto ao estado civil, 70 (48,61%) usuários eram casados, 35 (24,31%) solteiros, 31 (21,53%) viúvos, (2,7%) desquitados, e 4 (2,7%) em outras categorias. Muitos dos usuários daquela região estavam desempregados 95 (65,9%), ou seja 47 (32,64%) apenas responderam que tinham emprego e 2 (1,46%) não responderam a questão. Como pode ser observada na Tabela 1, 44 (30,5%) dos usuários eram “do lar”, 30 (20,8 %) empregados domésticos, 20 (13,9%) aposentados ou pensionistas, 7 (4,9%) profissionais do comércio (vendedores ou comerciantes), 5 (3,5%) lavradores, 5 (3,5%) ACS, 5 (3,5) motoristas, 4 (2,7%) vigias, 4 (2,7%) pensionistas, 3 (2,1%) trabalhadores na área de saúde (auxiliar ou técnico de enfermagem). As profissões professor, monitor, costureira, auxiliar de serviços gerais e mecânicos foram descritas igualmente por 2

(1,4%) usuários. As demais profissões indicadas não totalizaram 1% e 2 (1,4%) não responderam.

TABELA 1. Distribuição dos usuários da área de cobertura da ESF de Várzea da Palma segundo a categoria profissional.

Categoria Profissional	N	%
Do lar	44	30,5
Doméstica	30	20,8
Aposentado e pensionista	20	13,9
Comerciante	7	4,9
Lavrador	5	3,5
ACS	5	3,5
Motorista	5	3,5
Vigia	4	2,7
Trabalho em salão de beleza (manicure ou cabeleireira)	4	2,7
Trabalhador de saúde (auxiliar ou técnico de enfermagem)	3	2,1
Professor	2	1,4
Monitora	2	1,4
Costureira	2	1,4
Auxiliar de serviços gerais	2	1,4
Mecânico	2	1,4
Escriturário	1	0,7
Servente de pedreiro	1	0,7
Auxiliar administrativo	1	0,7
Artesã	1	0,7
Desempregada	1	0,7
Não respondeu	2	1,4
Total	144	100

Em relação ao número de moradores por residência, 48 (33,3%) usuários residiam em casa com três pessoas, 37 (25,69%) de quatro pessoas, 26 (18,06%) de duas pessoas e 20 (14,50%) de cinco pessoas. O número de usuários que residiam com seis pessoas foi 6 (4,17%) usuários e com sete pessoas 3 (2,08%). Residências com apenas dois moradores foi descrita por apenas 3 (2,08%) dos usuários (Figura 1).

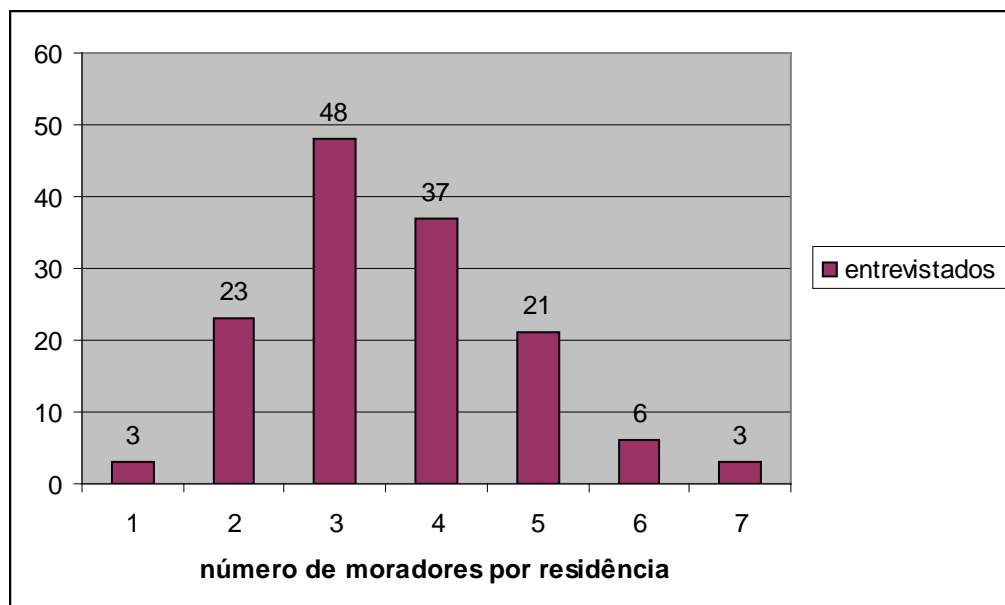


FIGURA 1 Distribuição do número de moradores por residência de acordo com os usuários na área de cobertura da ESF de Várzea da Palma.

Nas últimas décadas, o Brasil vem conquistando importantes avanços no campo da saúde, como o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), outorgado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado através de Leis Complementares. O SUS vem gradativamente ganhando espaço nas esferas da saúde sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Entretanto, em algumas localidades brasileiras, o modelo assistencial vigente ainda é caracterizado por uma prática médica voltada para as questões biológicas e hospitalares, resultando em baixa cobertura populacional e pouca resolubilidade e por um custo relativamente elevado, o que tem gerado certa insatisfação entre os gestores, profissionais de saúde e população de um modo geral.

Para reorganizar o modelo tradicional através da reestruturação da atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde, a partir de 1994, idealizou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o qual representa uma inovação na organização dos serviços básicos de saúde e na relação destes com a comunidade nos diversos níveis de complexidade.

Através do ESF assume-se o compromisso de reconhecer a saúde como um direito de cidadania, humanizando as práticas de saúde e buscando a satisfação do usuário pelo seu estreito relacionamento com os profissionais de saúde.

Na ESF, o serviço de saúde deve prestar assistência resolutiva e de boa qualidade à população, tanto na unidade de saúde, como no domicílio, tendo como núcleo básico de abordagem do atendimento à saúde a família em seu contexto social. Compete aos serviços de saúde identificar os fatores de risco a qual a população está exposta e neles intervir de forma apropriada, proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações intersetoriais para manutenção e a recuperação da saúde da população e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 2006).

A ESF é uma proposta de grande impacto na diminuição da mortalidade, fornecendo à equipe uma compreensão mais abrangente do processo saúde/doença (Reis e Hortale, 2004), por privilegiar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Outros autores como Mendes (1993) já citava a ESF como parte das propostas inovadoras com vistas à formulação de novas práticas de saúde, consistindo num paradigma da produção social da saúde, por intermédio do desenvolvimento de ações direcionadas às famílias e à comunidade, de forma contínua, personalizada e ativa, sem se descuidar do aspecto curativo reabilitador, com alta resolubilidade e baixos custos.

A ESF propõe uma ruptura com o modelo assistencial biomédico, tanto na formação profissional quanto na prática assistencial hegemônica, na mudança do objeto de atenção, na forma de atuação e na organização geral dos serviços (Ribeiro; Pires; Blank, 2004).

Os usuários e sua relação com a Estratégia Saúde da Família

Os principais motivos que levam os usuários a procurarem os serviços de saúde da ESF no município de Várzea de Palma foram 93 (64,48%) por não possuírem plano de saúde, 42 (29,2%) por gostarem dos serviços prestados, 21 (14,6%) pela proximidade de sua residência, 13 (9,0%) por não existir outro serviço acessível e 5 (3,5%) por outros motivos.

É importante ressaltar que a comunicação efetiva entre equipe e usuário é o ponto chave no estreitamento da relação de trabalho (Pfuetzenreiter, 2001). O vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde depende da reciprocidade de compreensão e comunicação. A partir do momento em que os profissionais escutam cuidadosamente a queixa do usuário, demonstrando interesse em resolver seus problemas este pode se tornar compreensivo e aceitar a situação. Toda proposta da ESF, deve estar organizada e estruturada de modo a garantir e possibilitar a integralidade da assistência e a criação de vínculos, de compromisso e de responsabilidade (Brasil, 2006).

Quanto a frequência de uso dos serviços de saúde da ESF de Várzea de Palma, constatou-se que 102 (70,83%) usuários utilizam os serviços da Unidade de Saúde mensalmente, 23 (15,97%) duas vezes ao mês, 6 (4,17%) três vezes e 13 (9,03%) quatro vezes ou mais. Estes dados não são concordantes aos preconizados pelo Ministério da Saúde de três consultas ao ano.

Por mais que os números apresentados possam ser considerados acima do modelo assistencial preconizado pela ESF, vale ressaltar que a equipe de saúde da família em permanente contato com o usuário e seus familiares, nas suas casas, pode resolver determinadas situações, sem que haja necessidade de se deslocar para a unidade básica. As ações desenvolvidas nas casas privilegiam tanto ações de promoção, quanto de proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família (Hortale, 2004).

As situações de risco à saúde do usuário devem ser identificadas pelos profissionais das equipes, para que estes, juntamente com a comunidade enfrentem os determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença através do desenvolvimento de ações educativas e de promoção à saúde (Brasil, 1997).

A busca pela consulta médica

Em Várzea da Palma 119 (82,63%) usuários procuram a Unidade de Saúde para consulta médica, 83 (57,64%) para vacinação, 81 (56,25%) para realizar exames de rotina, 78 (54,17%) quando sentem dor, 58 (40,2%) para aferir pressão arterial, 31 (21,5%) para participar de reuniões, 20 (13,8%) para tirar dúvidas e 6 (4,17%) quando se sentem sozinhos (Tabela 2).

O fato de alguns usuários procurarem o serviço para conversar, significa provavelmente que eles encontram nos profissionais de saúde certa segurança para discutir os problemas do dia a dia, que também faz parte da saúde mental. E, quanto a resolatividade, 90 (62,5%) responderam que sim.

Os dados desta investigação são diferentes de outros estudos realizados em Minas Gerais, com os usuários do PSF de Rio Pomba e Santos Dumont. Estes estudos apontam que o motivo mais freqüente para a ida dos usuários às unidades de saúde foram o de aferir a pressão arterial (14,4%), apenas 14,4% dos usuários participavam de atividade “extra-consulta” e somente 7,6% dos familiares participavam de grupos, como o de hipertensos (Ronzani e Silva, 2008).

Ressalta-se que na pesquisa citada anteriormente, tanto o usuário como seus familiares, buscavam apenas assistência médica e não participavam de outras atividades, e uma das razões citadas, foram de que as demais atividades não atendiam às suas necessidades, falta de interesse e desconhecimento das atividades ofertadas pelo serviço. De forma semelhante é provável que em Várzea de Palma, os usuários não buscam os serviços por falta de conhecimento dos serviços que a ESF oferece.

TABELA 2. Distribuição dos motivos de busca dos serviços de saúde dos usuários da ESF de Várzea da Palma.

Motivo	Sim		Não	
	N	%	N	%
Consulta médica	119	82,6	25	17,4
Vacinação	83	57,6	61	42,4
Exames de rotina	81	56,2	63	43,8
Dor	78	54,2	66	45,8
Aferir pressão arterial	58	40,2	86	59,8
Reuniões ou palestras	31	21,5	113	78,5
Dúvidas	20	13,8	124	86,2
Conversar	6	4,2	138	95,8
Outro motivo	5	3,5	139	96,5

Em Várzea de Palma a equipe multidisciplinar da ESF é composta por sete categorias profissionais, Enfermeiro, Médico, Dentista, Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Técnico em Higiene Dental (THD) e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Cada um deles tem atribuições

claramente definidas na equipe, com atividades coletivas e individuais, na unidade e no domicílio, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Quanto à utilização dos serviços de saúde privado existe desigualdades relacionadas ao sexo, idade, escolaridade e renda, bem como na procura por assistência segundo idade, escolaridade e situação de trabalho. Dessa forma, os serviços são mais usados por mulheres, crianças e idosos, mais ricos e escolarizados, detentores de planos de saúde e doentes (Goldbaum et al., 2005).

O trabalho em equipe é a base para atingir os objetivos propostos do PSF, onde cada profissional contribui nos processos diagnósticos de realidade, no planejamento das ações, na organização horizontal do trabalho, no compartilhamento do processo decisório e no estímulo ao exercício do controle social. Cabe à equipe prestar a assistência integral, contínua, resolutiva e de qualidade, a partir das demandas de saúde da população adscrita, tendo como foco a família. Os profissionais das equipes devem estar aptos para identificar as situações de risco à saúde da comunidade assistida, enfrentando juntamente com esta os determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença, desenvolvendo ações educativas e de promoção à saúde seguindo um modelo humanizado e incentivando o autocuidado dos indivíduos (Brasil, 1997).

O processo de trabalho em equipe rompe a visão dominante e individualista das especialidades e propicia uma melhor organização do serviço de saúde possibilitando o estabelecimento do respeito, autonomia e vínculo entre os profissionais e os pacientes (Rosa, Labate, 2005; Fortuna et al., 2005).

Neste contexto, o vínculo representa o estabelecimento de referência dos usuários à equipe de trabalhadores. A autonomia é o resultado da produção de cuidados que representa ganhos de autonomia, melhorando as condições de "viver a vida" de forma singular. Para isso a equipe deve estar preparada para identificar as necessidades dos usuários utilizando o acolhimento, o qual implica na manutenção da unidade de saúde permeável a todos os usuários que dela necessitarem e na escuta qualificada (Franco, Merhy, 2003; Malta et al., 2000). O trabalho em equipe permite a troca de saberes, afetos e vontades, resultando na união de diferentes idéias e trabalhos voltados à promoção da saúde, prestando assistência integral às reais necessidades da população (Rosa, Labate, 2005; Fortuna et al., 2005).

Todo o sistema da ESF deve estar estruturado segundo a sua lógica, garantindo a continuidade da atenção através de um fluxo contínuo setorial, possibilitando a

integralidade da assistência e a criação de vínculos, de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população. A equipe de saúde é responsável pelo planejamento, organização, desenvolvimento e avaliação dos resultados das ações individuais e coletivas a serem implementadas, sendo necessário ter uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família (Brasil, 2006).

O profissional integrado no PSF deve ser capaz de perceber a multicausalidade dos processos mórbidos em seus aspectos físicos, mentais, sociais, individuais e coletivos, contextualizando o indivíduo em seu meio ambiente. Além disso, deve estar voltado para criação de novos valores, procurando lidar mais com a saúde do que a doença, através do trabalho interdisciplinar, atuando nos fatores que alteram o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, compreendendo a saúde em seu sentido mais abrangente (Brasil, 2006).

A presença dos ACS, a adscrição da clientela num território definido, a atuação das equipes de Vigilância em Saúde e o trabalho em equipe, característicos do PSF, integram a comunidade e equipes de saúde da família, bem como possibilitam a relação trabalhador-usuário (Crevelim; Peduzzi, 2005). O usuário não protagoniza seu próprio viver e produção de seu cuidado pela equipe, uma vez que a população encontra-se fora do âmbito das decisões sobre o que lhe dizem respeito (Matumoto, 2003).

O usuário e a relação médico-paciente

Em Várzea de Palma, quanto aos motivos que levam os usuários a procurarem a unidade de saúde foram: 119 (82,6%) para consulta médica e 87 (60,41%) retornavam à unidade pelo mesmo problema de saúde. Quanto aos motivos, 107 (74,3%) dos usuários procuram o médico quando sentem dor; 71(49,3%) para solicitar exames de rotina, 43 (29,9%) para esclarecer dúvidas sobre sua situação de saúde.

TABELA 3. Motivo de procura da consulta médica dos usuários do Programa de Saúde da Família de Várzea da Palma.

Motivo	Sim		Não	
	N	%	N	%
Dor	107	74,3	37	25,7
Pedir exames de rotina	71	49,3	73	50,7
Tirar dúvidas	43	29,9	101	70,1
Conhecer o médico	4	2,8	140	97,2

Quanto a conduta do médico após consulta, constatou-se que 108 (75,0%) o médico orientou o uso de medicamentos, 76 (53,5%) orientou sobre o tratamento prescrito, 75 (52,0 %) explicaram sobre as condições de saúde, 71 (49,3%) explicaram sobre os exames realizados, 37 (25,7%) explicaram sobre o agendamento dos exames e 16 (11,11%) não deu explicações ou orientações.

Os resultados do presente trabalho diferem dos obtidos por Caprara e Rodrigues (2004), os quais relatam que quase todos os médicos tentaram estabelecer uma relação empática com o paciente, 39,1% não explicaram de forma clara e compreensiva o problema, 58% não verificaram o grau de entendimento do usuário sobre o diagnóstico dado e 53% não verificam a compreensão do usuário sobre as indicações terapêuticas.

Historicamente, na década de 50 iniciaram-se as primeiras pesquisas na área da avaliação em saúde, em relação a satisfação co usuário, visando a obtenção de melhores resultados clínicos, através da adesão ao tratamento, comparecimento às consultas, aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos. Satisfação do paciente significa segundo Linder-Pelz, 1982 apud Vaitsman e Andrade (2005), avaliações positivas individuais em várias dimensões do cuidado à saúde.

A pesquisa realizada com usuários do PSF em Rio Pomba e Santos Dumont, de Minas Gerais, apontou que o motivo mais freqüente para a ida à unidade se refere à aferição de pressão arterial (14,4%). O pesquisador destacou o fato dos usuários não participarem de outras atividades no PSF foi o desinteresse por outras atividades, por não corresponderem à suas necessidades. O ACS foi o profissional com maior aprovação dos usuários (84,7%) pelo fato de visitarem todos os domicílios, inclusive de famílias que não freqüentam a unidade de saúde, seguido do auxiliar/técnico de enfermagem (67,8%) e do médico e enfermeiro (66,1%). Vale ressaltar que 25 a 30%

dos entrevistados desconheciam quem eram os demais profissionais, integrantes da equipe, pela alta rotatividade de profissionais (Ronzani e Silva, 2008).

A relação médico-paciente é considerada um aspecto chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde, sendo que esta depende de vários componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (Ardigò, 1995 Apud Caprara; Franco, 1999). Há necessidade da ocorrência de um processo de humanização da medicina, particularmente da relação médico-paciente, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento causado pela doença. No entanto, o desenvolvimento dessa sensibilidade e sua aplicação na prática médica constituem o mais importante desafio para a biomedicina do século 21, não estando a medicina preparada para enfrentá-lo (Gadamer, 1994 e Wulff, Pedersen e Rosemberg, 1995, apud Caprara e Franco, 1999).

De um modo geral, os médicos parecem que tem dificuldade para entender que usuário é uma pessoa que tem capacidade para assumir a responsabilidade com o cuidado da própria saúde e não incentivam a autonomia e participação no processo de adesão ao tratamento e nas práticas de prevenção e promoção da saúde. Além disso, a tecnologia tem mudado a prática da medicina, proporcionando diagnósticos mais velozes e precoces e tratamentos mais rápidos e seguros bem como reduzindo o contato do médico com o paciente (Postman, 1994 Apud Pfuetzenreiter, 2001, Caprara e Rodrigues, 2004).

A relação entre médico e paciente é permeada pelos aspectos culturais de ambos os sujeitos. Assim, a diferente forma de percepção dos problemas de saúde está relacionada aos aspectos culturais que influenciam a vida das pessoas e, para se compreender as reações das pessoas quanto à doença e à morte, é preciso compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou que assimilaram, por conveniência (Helman, 2003). Mesmo que ambos tenham a mesma origem podem encarar os problemas de saúde sob prismas diferentes. O desconhecimento da maneira como os pacientes conceituam e rotulam os problemas de saúde podem resultar em interpretação errônea dos sintomas durante a consulta, uma vez que pode existir uma “anatomia do médico” e uma “anatomia do paciente” e elas nem sempre são equivalentes, cabendo ao primeiro decifrar a linguagem do paciente (Pfuetzenreiter, 2001; Helman, 2003).

O ponto de partida para a ocorrência de um estreitamento da comunicação entre paciente e profissional está centrado na educação e na formação recebida na

universidade, pois durante este período é que se aprende a intermediar o conhecimento científico e o senso comum e mudar os conceitos relativos à saúde da população. Assim, ainda na graduação, os estudantes poderiam agrupar a compreensão dos fatores culturais e sociais da população e a sua inter-relação com a saúde a seus conhecimentos (Pfuetzenreiter, 2001).

Os dados de Caprara e Rodrigues (2004) podem ilustrar os diferentes aspectos da relação médico-paciente. De acordo com os autores, no início da consulta quase todos os médicos tentam estabelecer uma relação empática com o paciente. Apesar disso, 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema; em 58% das consultas o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado e em 53% das consultas não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas. No entanto, a comunicação efetiva entre médico e paciente vai favorecer a adesão ao tratamento (Oliveira, 2004).

A adesão ao tratamento é um processo multifatorial, estruturado na parceria entre quem cuida e quem é cuidado e inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados ao paciente, os quais envolvem aspectos quanto ao reconhecimento e aceitação por parte do paciente de sua condição de saúde e a necessidade de modificação do seu estilo de vida. O sucesso do tratamento e a perseverança do cuidado em busca da saúde dependem do vínculo entre paciente e médico (Silveira, 2005).

Satisfação do usuário

Em Várzea de Palma 92 (63,9%) usuários consideraram o atendimento satisfatório, 46 (31,9%) regular e 6 (4,17%) insatisfatório.

Os dados obtidos são concordante com os de Ronzani e Silva (2008), que coloca que os usuários estão, em sua maioria, satisfeitos e aprovam o serviço prestado pelo PSF. Convém reforçar que a satisfação do usuário, de acordo com Vaitsman e Andrade (2005), leva em conta a relação médico-paciente, as condições de acessibilidade ao serviço, a adequação das dependências e instalações, as preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento que o paciente considera justo ou equânime.

A satisfação do usuário diz respeito à relação médico-usuário, à qualidade das instalações do serviço e à qualidade técnica dos profissionais de saúde. A avaliação

desta leva em conta a agilidade, a confiabilidade, a empatia, a segurança e a tangibilidade (Parasuraman, 1988 Apud Vaitsman e Andrade, 2005), e a aceitabilidade, a qual está relacionada às expectativas e aspirações dos usuários e seus familiares (Donabedian, 1984; 1990 apud Vaitsman e Andrade, 2005), comportando as condições de acessibilidade ao serviço, a relação médico-usuário, a adequação das dependências e instalações, as preferências em relação aos efeitos e custos do tratamento e o que o usuário considera justo ou equânime (Vaitsman; Andrade, 2005).

A satisfação do usuário com relação ao serviço de saúde está relacionada com as crenças, o estilo de vida e a concepção do usuário sobre o processo saúde-doença, podendo, portanto, influenciar no modo de utilização dos serviços de saúde. O estudo sobre PSF de cinco cidades da Bahia constatou um elevado grau de satisfação de usuários em relação ao acesso aos cuidados médicos, nível de informação sobre o processo saúde-doença, visitas domiciliares como elemento proporcionando prevenção e acompanhamento do usuário. Como ponto negativo verificou a persistência das filas e a fragilidade no encaminhamento para os níveis secundário e terciário da atenção e descrevem que não havia uma identificação muito clara do PSF por parte dos usuários, apesar de haver uma associação temporal entre o período de implantação do programa com as mudanças e melhorias nos serviços de saúde ocorridos. Além disso, os usuários sentiam dificuldades em visualizar ou identificar corretamente o funcionamento do PSF, se referindo ainda a este como “posto” de saúde, e não reconhecendo a existência da equipe de saúde da família (Trad e Bastos, 2002).

O PSF na visão do usuário

As funções descritas pelos usuários de Várzea de Palma como aquelas inerentes ao PSF foram: 130 (90,3%) reconhecem a realização de procedimentos como vacinação, consulta de Pré-Natal, curativos entre outros, como funções do programa, 117 (81,3%) o controle da Pressão Arterial, 105 (72,9%) a visita domiciliar, 101 (70,1%) a realização de consulta, 97 (67,4%), a orientação quanto aos procedimentos a serem realizados em caso de adoecimento; 93 (64,6%) a realização de ações para prevenir doenças na comunidade, 91 (63,2%) as atividades que melhoram a saúde dos membros da comunidade; 90 (62,5%) o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento de crianças e adolescentes; 85 (59,0%) a orientação de como viver de modo saudável, 82

(56,9%) a orientação sobre atividade para melhorar a qualidade de vida e Planejamento familiar e 67 (46,5%) as atividades em grupo para discutir sobre saúde e doença. No entanto, procedimentos como cirurgia e parto também foram reconhecidas erroneamente como funções do programa, por 10 (6,94%) e 5 (3,5%) usuários, respectivamente

TABELA 9 Distribuição das funções da ESF de acordo com os usuários de cobertura da ESF Acolher Pinlar de Várzea da Palma.

Funções da ESF	Sim		Não	
	N	%	N	%
Realizar procedimentos (vacina, pré-natal, curativos, entrega de medicamentos.	130	90,3	14	9,7
Controle de pressão e diabetes	117	81,3	27	18,7
Realização de visita domiciliar	105	72,9	39	27,1
Realizar consultas	101	70,1	113	29,9
Orientar quanto ao que o usuário deve fazer quando estiver doente	97	67,4	47	32,6
Realizar ações de prevenção de doenças na comunidade	93	64,6	51	35,4
Realizar atividades que melhoram a saúde da comunidade	91	63,2	53	36,8
Acompanhar o desenvolvimento e crescimento de crianças e adolescentes	90	62,5	54	37,5
Dar orientações sobre hábitos de vida saudáveis	85	59,0	59	41
Orientar sobre atividades para melhorar a qualidade de vida	82	56,9	62	43,1
Orientar sobre o Planejamento Familiar	82	56,9	62	43,1
Realizar atividades em grupos para discutir sobre saúde e doença	67	46,5	77	53,5
Fazer cirurgia	10	6,9	134	93,1
Realizar partos	5	3,5	139	96,5
Não sabe	6	4,2	138	95,8

É interessante destacar que as orientações sobre hábitos de vida saudáveis e atividades para melhoria da qualidade de vida da população, apresentam-se como função do programa, para grande parte dos participantes da pesquisa. Para Reis e Glashan (2001) a terapêutica, inclui as modificações no estilo de vida e hábitos pessoais proporcionam alívio dos sintomas e melhoria da qualidade de vida.

A formação de grupos de discussão, apesar de não ter sido apontada pela maioria, também deve ser mencionada. Essa proximidade entre usuários e equipe gerada pela comunicação e informação é essencial para melhoria da situação de saúde da população, apesar de nem sempre serem valorizadas. Conforme já foi discutido, os usuários nem sempre consideram importante as atividades “extra-consultas”. Além disso, as equipes têm dificuldade em criar estratégias eficientes para a prevenção e promoção da saúde (Ronzani e Silva, 2009). No entanto, segundo Oliveira (2004), as equipes têm-se procurado levar a família para as reuniões, para transformar a informação em comunicação e incrementar a adesão, sendo esta uma das estratégias mais usadas para a adesão de pacientes e familiares ao tratamento médico.

A adesão ao tratamento

Adesão ao tratamento é um processo multifatorial, estruturado na parceria entre quem cuida e quem é cuidado e inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados ao paciente. Estes fatores envolvem aspectos ligados ao reconhecimento e aceitação por parte do paciente de sua condição de saúde e a necessidade de modificação do seu estilo de vida. O sucesso do tratamento e a perseverança do cuidado em busca da saúde dependem do vínculo entre paciente e médico (Silveira, 2005).

Há necessidade de um enfoque multidisciplinar visando à melhoria da qualidade de vida daquele que busca atendimento, através da comunicação efetiva com o usuário, de forma que ele tenha consciência da importância do tratamento, principalmente no que se refere ao uso correto de medicamentos. A adesão ao tratamento permite melhor utilização dos recursos financeiros do SUS, tendo em vista que pode reduzir a necessidade de procedimentos terapêuticos e diagnósticos mais onerosos (Dewulf, 2006).

Têm-se procurado trazer a família para as reuniões das equipes de saúde com objetivo de transformar a informação em comunicação e incrementar a adesão (Oliveira, 2004). A informação tem sido uma das estratégias mais usadas para a adesão de pacientes e familiares ao tratamento médico, pois o paciente não deve apenas ser expectador da doença e do próprio tratamento, mas ter conhecimento e informação sobre o tratamento. A terapêutica inclui as modificações no estilo de vida relacionadas ao ambiente, hábitos pessoais e organização da atenção à saúde, proporciona alívio dos sintomas e traduz-se em melhoria da qualidade de vida (Reis e Glashan, 2001).

5 CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa, os usuários de Várzea da Palma conhecem a Estratégia Saúde da Família, e associam as funções do programa com os procedimentos técnicos realizados nos antigos Postos de Saúde e Policlínicas por meio da consulta médica, que nem sempre se constituem em modelo de atenção à saúde vigente no Brasil, e voltadas para atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças.

O médico e o Agente Comunitário de Saúde são os principais profissionais considerados capazes de resolver os problemas de saúde e prevenir doenças, configurando ainda a hegemonia do modelo biomédico.

A pesquisa aponta, ainda, a maior valorização da figura do médico em relação aos demais profissionais, porém devemos destacar a evolução da ESF, quando aparece a figura do ACS, que é o profissional que está diária e intimamente relacionado com a comunidade. O que nos leva a acreditar que através do empenho da equipe, coletiva e individualmente, futuramente, a comunidade reconhecerá cada profissional dentro de sua atuação e categoria, como capaz de ajudá-la a resolver seus problemas de saúde.

Neste contexto, outros saberes e novos instrumentos são necessários para desenvolver a ESF como a cultura popular e a educação, produzidos por meio do diálogo, privilegiando a escuta, o vínculo, o acolhimento, a autonomia, entre outros.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1101. Brasília,DF: 2002.

CAPRARA, Adriana; FRANCO L. S. Ana Amélia. **A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (3): 647-665, 1999.

CAPRARA, Adriana; RODRIGUES, Josiana. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico**. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo, 9(1): 139-146, 2004.

CREVELIM, Maria Angélica, PEDUZZI, Marina. **A participação da comunidade na equipe de saúde da família: Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** Ciências e Saúde Coletiva, São Paulo, 10(2): 323-331, 2005.

DEWULF, Nathalie de L. S., MONTEIRO, Rosane Aparecida, PASSOS, Afonso D. C. et al. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário**. Revista Brasileira de Ciências e Farmacologia. 42 (4): 575-584, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudanças do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 55-124, 2003.

FORTUNA, Cinira Magali et al.. **O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Abr 13 (2): 262-268, 2005.

- GOLDBAUM, Moisés et al. **Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa de saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.39, n.1, 2005.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e educação.** 4. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 2003.
- MALTA, Deborah C.; FERREIRA, Leila Maria; REIS, Afonso T. dos; MERHY, Emerson Elias. **Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte.** Revista Saúde e debate, 24: 21-34, 2000.
- MATUMOTO, Sílvia. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento.** Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.
- OLIVEIRA, Viviane Z., GOMES, William B. **Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas.** Estudos de psicologia. Natal, 9 (3): 459-469, 2004.
- PFUETZENREITER, Márcia Regina. **A Ruptura entre o Conhecimento Popular e o Científico em Saúde.** Ensaio-Pesquisa em Educação em Ciências. Lages, 3(1): 1-15, 2001.
- REIS, Cláudia da C. L., HORTALE, Virginia A. **Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”?** Estudo de caso em município de médio porte. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 492-501, 2004.
- REIS, Maria Gorete dos; GLASHAN Regiane Q. **Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida.** . Revista Latino-Americana de Enfermagem; São Paulo, 9 (3): 51-7, 2001.
- RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK Vera Lucia. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2), 2004.
- RONZANI, Telmo Mota, SILVA, Cristiane de Mesquita. **O Program de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários.** Ciências e Saúde Coletiva, São Paulo, 13 (1): 23-24, 2008.

ROSA, Walisete de A. G., LABATE, Renata C. **Programa de Saúde da Família: A Construção de um novo Modelo da Assistência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, 13 (6): 1027-1034 2005.

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2007.

SILVEIRA, Lia Márcia C. da; RIBEIRO, Victoria Maria B. **Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes.** Interface Botucatu, 9 (16): 91-104, 2005.

TRAD, Leny Alves Bonfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza. **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14 (2):429-435, 2002.

VAITSMAN, Jeni, ANDRADE Gabriela R. B. de, **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** Ciências e Saúde Coletiva, São Paulo, 10 (3): 599-613, 2005.