

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DA COMUNIDADE¹

THE PROGRAM HEALTH OF THE FAMILY UNDER THE OPTICS OF THE COMMUNITY

Descritores

programa saúde da família; participação comunitária; enfermagem em saúde comunitária

Descriptors

family health program; consumer participation; community health nursing

Biografia

2 Enfermeira. Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e orientador. E-mail: ezia.corradi@yahoo.com.br

3 Fonoaudióloga do Hospital Municipal Maternidade Rio Branco e da Secretaria Municipal de Educação e Cultura em Rio Branco do Sul – PR

4 Cirurgião Dentista - São Bento do Sul – SC

5 Fonoaudióloga Clínica - Ponta Grossa – PR

6 Enfermeira da USPSF Irmã Tereza de Araújo, Curitiba – PR

7 Farmacêutica e bioquímica, Guarapuava – PR

Ezia Maria Corradi²

Adriana Geffer Lobo³

André Luiz Pessin⁴

Ismênia Maria Peixoto Abu-Jamra⁵

Lourdes Mitiko Bancho Freitas⁶

Michele Fabrícia Tolotti⁷

RESUMO

Estudo exploratório que objetivou identificar o conhecimento de uma comunidade sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), em unidade de saúde de Curitiba. Foi utilizado um formulário de entrevista com 52 usuários da unidade. Os resultados mostraram que 92,3% utilizam a unidade para consultas médicas, 86,5% para dispensação de medicamentos, 76,9% para exames, 73,1% consulta de enfermagem e 69,2% consulta odontológica. Quanto ao conhecimento das atividades da unidade, 67% as conhecem, 81% desconhecem o que é o PSF. Dos profissionais que os atendem 26,1% é o enfermeiro, 24,8% médico, 19,8% Agente Comunitário de Saúde (ACS) e 18,6% odontólogo. Dentre o grupo pesquisado 77% receberam visita domiciliar e 53% participaram de alguma atividade da unidade. O estudo mostra o perfil das ações da unidade, caracterizada pela população como de atendimento em saúde, mas equidistante das proposições em PSF.

ABSTRACT

Exploratory study to identify the knowledge of a community on the Program of Health of Family (PSF), in unit of health of Curitiba. It was used a form of interview with 52 users of the unit The results had

1 Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva Multiprofissional da PUCPR, 2006.

shown that 92.3% use the unit for medical office, 86.5% for dispensing, 76.9% for exams, 73.1% consultation of nursing and 69.2% consultation of dentist. The users answered about the knowledge of the activities of the unit, 67% know it, 81% do not know what it is the PSF. The professionals who take care of them are the nurse to 26.1%, 24.8% the doctor, 19.8% communitarian agent of health and 18.6% dentist. They told that 77% had received domiciliary visit and 53% had participated of some activity of the unit. The study it shows the profile of the actions of the unit, characterized for the population as of attendance in health, but equidistant of the proposals in PSF.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994 pelo Ministério de Saúde, tendo como objetivo modificar os paradigmas da prática das ações de saúde, com o abandono do modelo tradicional de assistência hospitalar e individual, para uma ação mais direta e coletiva dentro do ambiente físico e social da família⁽¹⁾.

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas⁽¹⁾.

Como estratégia o PSF prioriza ações promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde e no domicílio e, incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

O PSF fundamenta seu campo de atuação em princípios que buscam solucionar os problemas de saúde no nível local, a partir de prioridades. As soluções devem ser encontradas de forma participativa, envolvendo a população, desde o diagnóstico de necessidades, passando pelo planejamento até a implementação de intervenções⁽²⁾.

Esse fundamento permite o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária no sistema de saúde com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema⁽³⁾.

Apesar de se ter garantido em Lei o direito de assistência à saúde, muitas vezes, observa-se situações que apontam para o descaso e o desrespeito de autoridades e de profissionais em relação aos problemas de saúde da população. Percebe-se a falta de conhecimento do usuário em relação à função de uma Unidade de Saúde (US) PSF, resultando em uma série de problemáticas entre a proposta de atendimento da

unidade e a necessidade, expectativa da comunidade que busca o serviço.

Deste desconhecimento originam-se diversos problemas, como: falta de adesão aos programas oferecidos pelas unidades de saúde; pouca aceitação do usuário ao papel do médico generalista; visão distorcida do usuário em relação ao papel da equipe de saúde no atendimento domiciliar; e pouco interesse da comunidade em participar ativamente das ações de controle social.

Há famílias que constroem representações sociais negativas, mostrando total desconhecimento do PSF. A falta de informações sobre o programa parece estar atrelada a pouca divulgação dos meios de comunicação e à falta de respostas às necessidades da população⁽⁴⁾. Ainda existe um alto grau de insatisfação da população em relação à saúde da família por desconfiança nos profissionais que atuam nas unidades de saúde⁽⁵⁾.

Tais afirmações sugerem a necessidade de avaliação dos serviços de saúde. A prática de avaliação, por meio da pergunta aos usuários, difundiu-se a partir dos anos 60 na Europa e EUA. Inicialmente identificaram-se estudos sobre a adesão ao tratamento, já nas décadas de 70 e 80 foi ampliada pelo movimento da qualidade dos serviços de saúde. No Brasil, os estudos têm maior ênfase a partir da metade dos anos 90⁽⁶⁾.

A incorporação da avaliação do usuário constitui-se num indicador de qualidade do serviço no que tange a eficácia e à eficiência, bem como possibilitar ao mesmo melhor percepção da qualidade dos serviços oferecidos. Esse é o objetivo desta pesquisa, ou seja, identificar opiniões de uma comunidade sobre o Programa de Saúde da Família.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa Saúde da Família é uma estratégia adotada como modelo para a garantia de oferta das ações e serviços na atenção básica em saúde, fundamentando-se na concepção de atenção que se focaliza na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, com o objetivo de trabalhar práticas de saúde, que gerem integração entre as ações individuais e coletivas⁽¹⁾.

O programa assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo, deve ser resolutiva à população na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco e intervindo de forma apropriada⁽⁷⁾.

O PSF foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, cumprindo assim um dos princípios constitucionais do Estado, que é o de garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo para os serviços assistenciais.

Nos últimos anos foi a mais importante mudança já realizada na saúde pública no Brasil. Junto ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, permite a inversão da lógica anterior que sempre privilegiou o tratamento das doenças nos hospitais⁽⁸⁾.

O que se percebe, contudo, é que o PSF foi inserido no nosso meio com divulgação ineficiente, com serviços de saúde que pouco conhecem de seu usuário, bem como a expectativa do usuário encontra-se em desacordo com a real proposta do programa⁽⁹⁾.

O PSF é formado por uma equipe multidisciplinar, com diversos saberes científicos e também do encontro de várias subjetividades das pessoas que o compõem. Ali há o saber do médico, da enfermeira, do psicólogo, do dentista, do agente comunitário de saúde, do paciente, e de todos os outros membros que participam do PSF⁽¹⁰⁾.

Há no programa a proposta de atuação inovadora, logo, acredita-se que a população deve conhecer como funciona o trabalho da equipe do PSF e qual é a sua finalidade, como mais uma possibilidade do usuário do PSF integrar-se aos programas de unidades de saúde.

Por outro lado, todo profissional da equipe de saúde do PSF, segundo normas do Ministério da Saúde, precisa ser capaz de atuar com criatividade e senso crítico mediante uma prática humanizada e competente que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Deve ser capaz de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde⁽⁸⁾.

Entre a atuação da equipe de saúde e a participação do usuário deve-se considerar a satisfação, nesta vista pela comunidade como reação que tem diante do contexto, do processo e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço⁽³⁾.

Abordar a satisfação do usuário implica o julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade⁽¹¹⁾. As avaliações podem trazer informações relevantes sobre como o programa é percebido pelo usuário, oferecendo, também, aos profissionais envolvidos, conhecimento sobre aquele a quem presta seus serviços, contribuindo para adoção de estratégias que venham a atender as duas partes aí envolvidas, no que diz respeito às expectativas de um e de outro.

A satisfação do usuário deve ser o objetivo final de todo o serviço e a busca do alcance deste objetivo deve fazer parte de uma avaliação permanente, em que os usuários falem sobre suas expectativas em relação ao serviço e quais têm sido os resultados⁽⁹⁾.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado no município de Curitiba, em uma Unidade de Saúde PSF, com 52 famílias usuárias.

Para a coleta de dados, que ocorreu ao longo de 2006, foi elaborado um instrumento aplicado sob a forma de entrevista, com questões fechadas sobre: acesso, tempo de espera para uma consulta e de duração da consulta, avaliação dos profissionais, resolução do problema de saúde, instalação física da unidade de saúde, conhecimento dos objetivos da Unidade de Saúde de PSF, bem como características sócio-econômicas e demográficas (idade, sexo, renda, tempo de residência na região).

Para a seleção das famílias que participaram do estudo foram adotados os seguintes passos: a) identificação do número de famílias cadastradas na unidade; b) seleção por meio de sorteio de 52 famílias; c) visitas em residências das famílias sorteadas pelo grupo de pesquisadores; d) entrevista com membro da família representadas por um indivíduo acima de 18 anos de idade.

Em respeito às questões éticas o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR sob n. 1298 e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba em setembro de 2006.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Dentre os 52 usuários entrevistados 34 (65,38%) eram do sexo feminino e 18 (34,62%) do sexo masculino.

A Tabela 1, a seguir, mostra que 28,9 % dos participantes apresentam idade entre 39 a 48 anos e 25% apresentam idade entre 29 a 38 anos.

TABELA 1: IDADE DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.

IDADE EM ANOS	N	%
18 a 28	9	17,3
29 a 38	13	25,0
39 a 48	15	28,9
49 a 58	9	17,3
59 e mais	6	11,5
TOTAL	52	100

Em relação ao nível de escolaridade, a Tabela 2, mostra que 19,2% têm 1º grau completo, 5,8% têm 2º grau incompleto e 32,7% têm 2º grau completo. As tabelas referidas mostram que os participantes encontram-se na idade de classe trabalhadora e possuem diferentes níveis de escolaridade.

TABELA 2: ESCOLARIDADE DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.

ESCOLARIDADE	N	%
Sem escolaridade	6	11,5
1º grau incompleto	16	30,8
1º grau completo	10	19,2
2º grau incompleto	3	5,8
2º grau completo	17	32,7
TOTAL	52	100

De acordo com a Tabela 3, 84,6% residem a mais de 10 anos no município e 63,4% no bairro. Estes dados nos possibilitam sugerir que os usuários devem conhecer os serviços ofertados pela Unidade de Saúde (US), bem como a equipe de saúde da unidade.

TABELA 3: TEMPO DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO E NO BAIRRO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.

MUNICÍPIO			BAIRRO		
Tempo (anos)	N	%	Tempo (anos)	N	%
Menos 1	2	3,8	Menos 1	5	9,6
1 a 3	3	5,8	1 a 3	7	13,4
4 a 6	1	1,9	4 a 6	4	7,7
7 a 10	2	3,9	7 a 10	3	5,8
Mais 10	44	84,6	Mais 10	33	63,5
TOTAL	52	100	TOTAL	52	100

A Tabela 4 refere-se ao salário recebido pela família, mostrando que 42,3% percebem 1 a 2 salários mínimos e 32,7% de 3 a 4 salários mínimos. Houve 9,6% de

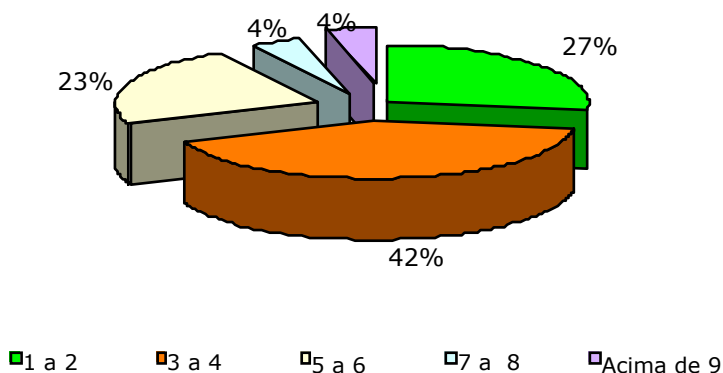
entrevistados com menos de 1 salário mínimo.

TABELA 4: RENDA FAMILIAR DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.

RENDA (SALÁRIOS MÍNIMOS)	N	%
Sem renda	3	5,8
Menos de 1 SM	2	3,8
1 a 2 SM	22	42,3
3 a 4 SM	17	32,7
5 a 6 SM	5	9,6
7 e mais	1	1,9
Não sabe/informar	2	3,9
TOTAL	52	100

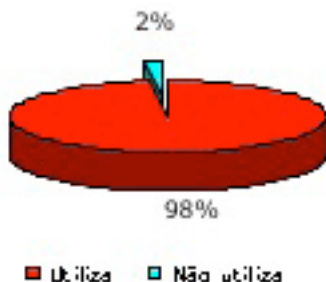
Observando que no Gráfico 1, 42% dos participantes tem 3 a 4 pessoas na família, 27% de 1 a 2 e 23%, de 5 a 6 pessoas. Estes dados nos possibilitam afirmar que a renda percebida pela família é, provavelmente, aquém de suas necessidades.

GRÁFICO 1: NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.



Dos entrevistados a grande maioria utiliza os serviços da US, como pode ser observado no Gráfico 2.

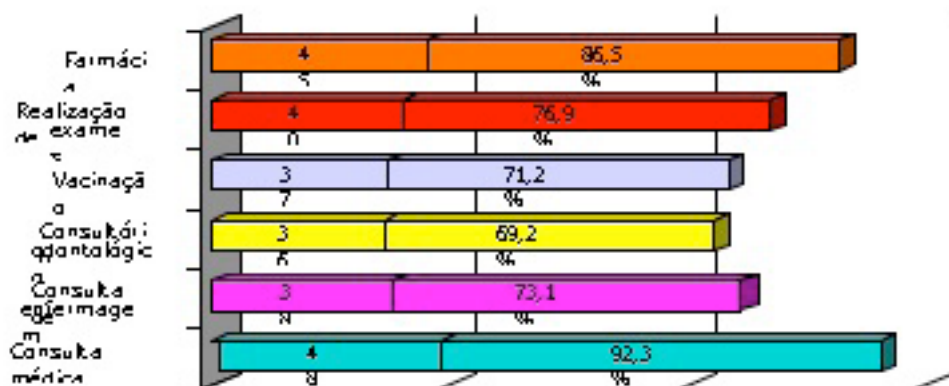
GRÁFICO 2: USUÁRIOS QUE UTILIZAM A UNIDADE DE SAÚDE PSF. CURITIBA, 2006.



O gráfico 3 mostra os serviços da US utilizados pelos participantes do estudo e suas famílias. Do total 92,3% são para consulta médica, 86,5% a farmácia, 76,9% realização de exames e 73,1% a consulta de enfermagem. Estes dados mostram que a maioria dos serviços procurados - consulta médica, farmácia e exames - estão relacionados mais diretamente ao profissional médico.

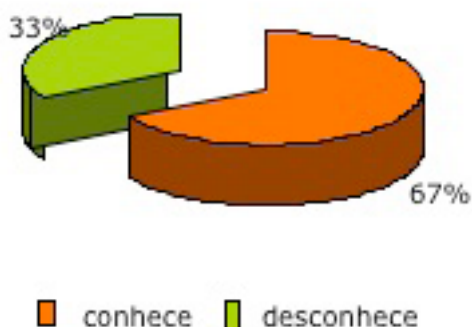
Também, que o grupo pesquisado utiliza-se com bastante frequência dos outros serviços, mostrando quão importantes devem ser a essa comunidade.

GRÁFICO 3: SERVIÇOS UTILIZADOS PELOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E SUA FAMÍLIA NA US. CURITIBA, 2006.



O Gráfico 4, nos mostra que 67% conhecem as atividades que são oferecidas pelas Unidades de Saúde e 33% não. Fato preocupante, se comparamos o tempo que o participantes do estudo moram no bairro, conforme Tabela 3.

GRÁFICO 4: CONHECIMENTO DAS ATIVIDADES QUE A US REALIZA NO BAIRRO SEGUNDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.



De acordo com o Quadro 1, percebe-se que os principais serviços utilizados pelos participantes do estudo se referem principalmente aos diversos programas de saúde, tendo como destaque o Programa de Hipertensão e Diabetes. Este quadro mostra também que o usuário participa pouco de outros programas de igual importância ofertados pelo PSF.

QUADRO 1: ATIVIDADES DA US IDENTIFICADAS PELOS PARTICIPANTES. CURITIBA, 2006.

ATIVIDADES REFERIDAS	N
Programa hipertenso e diabético	28
Programa pré-natal	9
Visita domiciliar	7
Programa lactente	6
Palestras	3
Agendamentos de consultas	2
Odontologia	2
Fisioterapia	1
Fitoterapia	1
Saúde da mulher	1
Exames laboratoriais	1

O Gráfico 5, mostra que 81% dos participantes do estudo não sabem o que é o Programa de Saúde da Família e somente 19% sim. Os que dizem conhecê-lo afirmam que:

- Atende a família na integralidade através de programas
- Tem visita médica e enfermagem no domicílio
- Tem uma equipe sempre mais próxima do paciente
- Tem acompanhamento da equipe de saúde à família, criança
- Fazem controle de pressão arterial
- Os médicos são generalistas
- Tem farmácia
- Há reuniões de idosos

E um dos participantes afirma que:

- Já ouvi falar, mas não sei o que é

GRÁFICO 5: CONHECIMENTO DO QUE É PSF SEGUNDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.



Outro dado significativo é que 85% dos participantes do estudo não sabem a diferença entre o que é a Unidade Básica e Unidade com Programa de Saúde da Família. Este dado é bastante significativo, uma vez que o PSF na Unidade de Saúde em que o estudo foi desenvolvido está implantado no ano de 1999 e, conceitualmente, é um modelo de reorganização da atenção básica. Observamos que os moradores ainda não têm, em sua grande maioria, o entendimento sobre este modelo. Quando opinam referindo seu conhecimento, tem uma idéia vaga e/ou distorcida, o que pode fragilizar o sucesso desta estratégia.

O PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco

aos quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania⁽¹²⁾.

Ao serem questionados sobre a facilidade no uso dos serviços oferecidos pela US, 92% afirmam que sim e 8% não.

Observa-se na Tabela 5, que para 26,09% são os enfermeiros os que têm maior contato com o usuário, seguido do médico com 24,84%, agente comunitário de saúde com 19,88% e 18,63% do dentista. Vale ressaltar que 3,11% dos usuários referiam a pessoa que estava no balcão, sem referir ao nome ou função.

TABELA 5: PROFISSIONAIS QUE ATENDEM OS PARTICIPANTES DO ESTUDO NA US. CURITIBA, 2006.

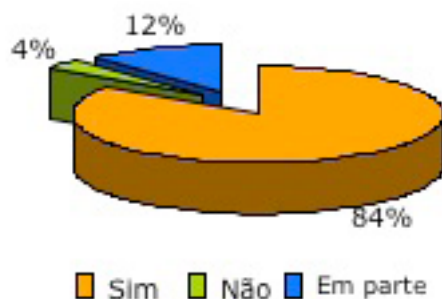
PROFISSIONAIS	N	%
Enfermeiro	42	26,09
Médico	40	24,84
Agente Comunitário de Saúde	32	19,88
Cirurgião dentista	30	18,63
Autoridade sanitária	11	6,83
Não sabe informar*	5	3,11
Psicólogo	1	0,62
TOTAL	161	100,00

* Aquele que está no balcão

No Gráfico 6, percebe-se que segundo os participantes do estudo 84% tem seu problema de saúde resolvido pela Unidade de Saúde PSF. Dentre os que afirmam em parte ter sido resolvido o problema de saúde salientam que os mesmos foram encaminhados para outros exames ou especialistas.

Quanto às visitas dos profissionais de saúde no domicílio, 77% dos participantes afirmam terem-na recebido e 23% não receberam visita.

GRÁFICO 6: RESOLUÇÃO DO PROBLEMA DE SAÚDE PELA US SEGUNDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.



Observa-se na Tabela 6, que o maior número de visitas é realizado pelo Agente Comunitário de Saúde com 46,9%, seguido do enfermeiro com 23,5%. Correlacionando-se com os princípios e as diretrizes do PSF, que prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação das pessoas, de forma integral e contínua, percebe-se que estes resultados não coadunam. Estes resultados são semelhantes a outros estudos realizados, identificando que as estratégias de atendimento às demandas da comunidade representaram temáticas emergenciais ao grupo de agentes, pois a eles coube a solução imediata para os problemas na relação comunidade e serviço⁽¹³⁻¹⁴⁾.

TABELA 6: PROFISSIONAIS DA US QUE VISITARAM OS PARTICIPANTES DO ESTUDO NO DOMICÍLIO. CURITIBA, 2006.

PROFISSIONAIS	N	%
Agente Comunitário de Saúde	38	46,9
Enfermeiro	19	23,5
Autoridade Sanitária	11	13,6
Médico	7	8,7
Equipe odontológica	4	4,9
Atendente	1	1,2
Não sabe o nome	1	1,2
TOTAL	81	100,0

É preconizado que o Agente Comunitário de Saúde realize, “no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos demais profissionais da Unidade de Saúde PSF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos ACS”^(15:5).

Quanto à visita domiciliar da autoridade sanitária, citada na Tabela 6, cabe ressaltar que o faz como profissional da área de enfermagem. O atendente referido pelo usuário pode ser a ACS ou auxiliar de enfermagem.

Os participantes do estudo que receberam a visita no domicílio relatam que estas variam muito, de uma a duas vezes trimestralmente. Os motivos das visitas podem ser verificadas no Quadro 2, sendo que acompanhamento da saúde familiar foi citada 19 vezes e consulta especializada citada 20 vezes.

Entende-se a visita domiciliar como um conjunto de ações de Saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. A visita, como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica aos programas de atenção à saúde. A visita domiciliar constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando a promoção da saúde da coletividade^(16:35).

QUADRO 2: MOTIVOS DAS VISITAS DOS PROFISSIONAIS DA US NO DOMICILIO, SEGUNDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO. CURITIBA, 2006.

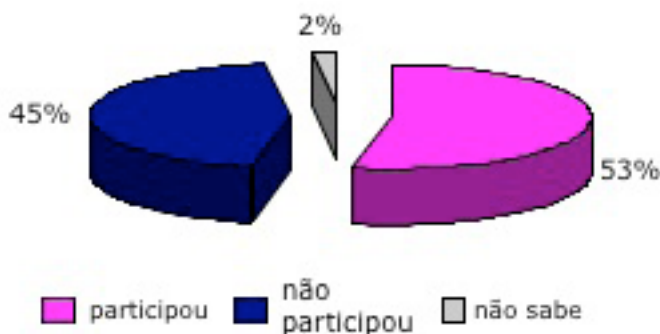
Motivo da visita	N
Consulta especializada	20
Acompanhamento: hipertenso, criança, gestante, puericultura, idoso, tratamento, criança, e saúde mental.	19
Confirmação cadastro	7
Atendimento puerpério	2
Orientações	1
Visita de rotina	1
Não sabe	1
TOTAL	51

Segundo os participantes do estudo, 100% afirmam terem compreendido na íntegra todas as orientações fornecidas pelos profissionais da Unidade de Saúde (US). Cabe ressaltar que nem todos os usuários foram atendidos por todos os profissionais da equipe PSF.

No Gráfico 7, 53% dos participantes do estudo apontam que tanto ele ou sua família já participaram ou participam de algum Programa oferecido pela US. Os que afirmaram que sim, estes foram em sua maioria ao Programa de Hipertenso

e Diabéticos (17), Programa de Saúde da Mulher (5), lactente (3), saúde bucal (3) ginástica (2) e Programa de Saúde Mental (1).

GRÁFICO 7: PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS DO ESTUDO OU DE SUA FAMÍLIA EM ALGUM PROGRAMA DA US. CURITIBA, 2006.



No que se refere as sugestões dos participantes do estudo, para melhoria do atendimento da US, esses apontam:

- Mais profissionais, especialmente o médico
- Agendamento de consulta
- Melhoria do espaço físico
- Mais medicamentos
- Permanência da Chefia mais tempo na US
- Mais dedicação e educação dos funcionários
- Diversificar as informações da televisão

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo mostram que a maioria dos participantes do estudo reside no município e, ou no bairro há mais de 10 anos e utilizam a unidade de saúde. A condição sócio-econômica sugere ser insuficiente para atender as necessidades da família. Acredita-se que estes moradores conhecem bem o local e as pessoas que ali estão o que não quer dizer que tem conhecimento do que é o PSF e dos programas que são desenvolvidos.

Em relação à resolutividade do trabalho da equipe do PSF os entrevistados referem satisfação com a unidade; facilidade de atendimento; compreensão das orientações fornecidas pelas equipes; problemas de saúde resolvidos e participação de alguns programas. Contudo, os usuários procuram em sua maioria a unidade para ações curativas, quando 92,3% buscam por consulta médica, 86,5% por dispensação de medicamentos e 76,9% por exames.

Estes dados nos permitem refletir que os demais profissionais da equipe saúde da família e seus programas não estão suficientemente visíveis para a comunidade, ou seja, realizam suas ações, porém o usuário não sabe correlacioná-las às ações em PSF.

A visita domiciliar é realizada freqüentemente pelo agente comunitário de saúde, ficando os demais profissionais da equipe distanciados dos domicílios, contrariando as diretrizes do programa.

Sabemos que é possível, hoje, atender a população em um SUS: universal, humanizado e de qualidade. Para chegarmos a isso é necessária a firme vontade política dos nossos líderes de assumir o compromisso social com nossas propostas. Dessa forma estaremos todos construindo uma sociedade mais justa e democrática⁽¹⁷⁾.

Há sem dúvida uma longa jornada para a efetivação do PSF, pois a mudança de paradigma de serviços de saúde voltados às ações comunitárias participativas e de educação em saúde requerem infra-estrutura, formação profissional e tomada de consciência coletiva dos benefícios da prevenção em detrimento de ações curativas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Programa Saúde da Família. Secretaria de Políticas Públicas - Departamento de Atenção Básica. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2000.
2. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um Distrito de Caucaia-CE. Revista Brasileira em Promoção da Saúde (UNIFOR) 2004; 17(4): 163-169.
3. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência & Saúde Coletiva 2002 jul-set; 7(3): 581-589.
4. Almeida MI. Modalidade de conhecimento socialmente elaborado: atores sociais no programa de saúde da família. Acta Sci. Health Sci 2003 jul-dez; 2: 227-235.
5. Oliveira Filho SM. Saúde da Família: uma realidade. Rev. Associação Saúde Pública de Piauí – RASPP 1999 jun; 2(1).
6. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência & Saúde Coletiva 2005 set-dez; 10(sup.): 303-312.
7. Lucchese PTR. Equity in decentralized management of the SUS: reducing health inequalities - the challenges. Ciência & Saúde Coletiva 2003 abr-jun; 8(2): 439-448.
8. Reis CCL, Hortale VA. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. Cad. Saúde Pública 2004 mar-abr; 20(2): 492-501.
9. Santos SM, Ushimura KY, Lang RMF. Percepção dos usuários do PSF: uma experiência. Cadernos de Saúde Coletiva 2005; 13(3): 687-704.
10. Cardoso CL. Relações interpessoais na equipe do programa saúde da família. Revista APS 2004 jan-jun; 7(1): 47-50.
11. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública 2006 ago; 40(4): 727-733.
12. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública 2006 ago; 40(4): 727-733.
13. Pedros JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública 2001 jun; 35(3): 303-311.
14. Gomes ACCN, Torres GV. Opinião das famílias pelo PSF em uma unidade de saúde da família do Distrito Oeste de Natal. Texto Contexto Enfermagem 2003 out-dez; 12(4): 495-503.
15. Ministério da Saúde (BR). Programa Agentes Comunitários de Saúde. Secretaria Executiva. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.
16. Marasquin HG, Duarte RVC, Pereira RBL, Monego ET. Visita domiciliar: o olhar da comunidade da quadra 603 Norte - Palmas(TO). Revista da UFG 2004 dez; 6(Esp). Disponível em: www.proec.ufg.br
17. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro(RJ): 2006.