



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS-CIPE
SECRETARIA DE ENSINO A DISTÂNCIA - SEAD
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE**

BRUNA MOURA DA SILVA

Percepção dos Usuários sobre a Estratégia Saúde da Família no Município de Fagundes-PB

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

BRUNA MOURA DA SILVA

Percepção dos Usuários sobre a Estratégia Saúde da Família no Município de Fagundes-PB

Monografia apresentada ao Curso de Especialização **Gestão em Saúde** da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientador: Profº Drº Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto

CAMPINA GRANDE – PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

S586p

Silva, Bruna Moura da.

Percepção dos usuários sobre a estratégia saúde da família no Município e Fagundes - PB [manuscrito] / Bruna Moura da Silva. – 2012.

42 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Profº.Dr. Asdrubal Nóbrega Montenegro Neto, SEAD”.

1. Usuário. 2. Atenção Básica. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

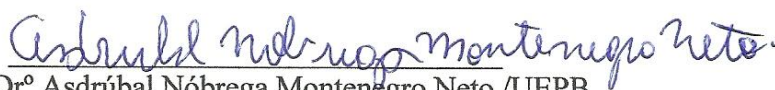
21. ed. CDD 362.25

BRUNA MOURA DA SILVA

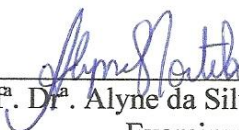
**Percepção dos Usuários sobre a Estratégia Saúde da Família no
Município De Fagundes-PB**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização **Gestão em Saúde** da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.


Aprovada em 26/05/2012.



Profº Drº Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto /UEPB
Orientador



Profª. Drª. Alyne da Silva Portela / UEPB
Examinadora



Profª Mst. Cinthya Maria Pereira de Souza / UEPB
Examinadora

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Francisco e Iolanda, pelo exemplo de vida que são, e por me ensinarem à importância de lutar pelos meus sonhos, com determinação, pelo apoio, dedicação e incentivo em todos os momentos da minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Mônica, coordenadora do curso de Especialização, por seu empenho.

Ao professor Drº Asdrúbal Nóbrega pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação. Obrigada pela paciência, enfim deu tudo certo!

A minha caríssima mãe Iolanda, meu porto seguro, meu norte, meu espelho, por seu sublime amor, seu apoio, confiança, por todos os momentos em que estivesse ao meu lado, por cada dia da minha vida, por cada noite mal dormida por tudo que eu sou hoje, devo tudo a você.

Ao meu pai Francisco, pelo apoio e confiança em mim depositada durante toda à jornada da minha vida. Agradeço pelo sacrifício realizado para nos proporcionar o mais belo dos presentes: o Conhecimento!

Aos meus irmãos Bruno e Breno por toda força e estímulo. Obrigada pelo apoio e até mesmo pelas discussões familiares, pois até nos momentos mais complicados podemos tirar alguma lição de vida!

Aos professores do Curso de Especialização Gestão em Saúde da UEPB, que contribuíram ao longo deste curso, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa.

À tutora Ivete Brito pela contribuição e disponibilidade em dividir conhecimentos.

À banca examinadora, pela disponibilidade e boa vontade na avaliação desse trabalho, contribuindo de forma positiva para o enriquecimento do mesmo.

Aos funcionários da UEPB, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

A todos que fazem parte do meu ciclo de amizade que contribuíram de forma direta ou indiretamente.

A todos, a minha gratidão.

RESUMO

A assistência à saúde no Brasil vem melhorando com o passar do tempo e precisamente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Mais recentemente, com a criação do Programa Saúde da Família em (1994) a população brasileira vem tendo acesso à promoção e prevenção da saúde e doenças, com o cuidado centrado na preservação da Saúde da Família. O presente estudo tem como objetivo avaliar a concepção dos usuários em relação à funcionalidade, atendimento e o modelo técnico-assistencial que são desenvolvidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Fagundes-PB. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Como meio de instrumento de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, nos quais foram feitas análises de conteúdos, segundo o que propõe Bardin (2007). Constatou-se que a maioria dos participantes é do sexo feminino, com grau de instrução primário, apresentaram pouco conhecimento sobre o funcionamento das unidades de saúde investigadas, relataram a falta de médico, à demora na marcação e realização dos exames e a desorganização do atendimento. Ao final, verificamos que a necessidade de uma maior interação entre a equipe e a comunidade para a criação de vínculo e confiança, a fim de propiciar ações e melhorias que visam identificar a real necessidade da população, e a efetividade desta estratégia.

Palavras-Chave: Usuário; Atenção Básica; Estratégia Saúde da família.

ABSTRACT

Health care in Brazil has improved over time and specifically with the creation of the Unified Health System (SUS) in 1988 and more recently the Family Health Program(1994) the Brazilian population has had access to promotion and prevention health and disease, respectively centered care is the preservation of Family Health. The present study aims to evaluate the design of users with respect to functionality, technical visits and the model of care that is developed by Family Health Strategy in the county of Fagundes-PB. This is an exploratory, descriptive, qualitative approach. As a means of data collection instrument was used semi-structured interviews, in which the contents were analyzed according to Bardin proposing (2007). It was found that most participants are women with primary education level, had little knowledge about the functioning of health facilities surveyed reported a lack of doctors, and the delay in marking the exams and disruption of care. At the end, we find that the need for greater interaction between staff and the community to create a bond and trust, in order to provide actions and improvements that are intended to identify the real needs of the population, and the effectiveness of this strategy.

Keywords: User, Primary Care, Family Health Strategy.

LISTA DE TABELAS

TABELA 5.1 –	Descrição do perfil dos usuários entrevistados segundo a idade, nível de estudo e tempo que frequenta no PSF. Unidades Básicas de Saúde da Família. Fagundes – Paraíba.	
	2012.....	22

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitário de Saúde

CF - Constituição Federal

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

PACS - Agente Comunitário de Saúde

PB - Paraíba

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivos Gerais.....	12
2.2 Objetivos Específicos.....	12
3. REFERENCIAL TEORICO.....	13
3.1 Sistema Único de Saúde.....	13
3.2 Níveis da Assistência na Atenção a Saúde Pública.....	14
3.3 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	15
3.4 Educação em Saúde.....	18
4. METODOLOGIA	19
4.1 Tipo da Pesquisa.....	19
4.2 Cenário da Pesquisa.....	19
4.3 População.....	19
4.4 Instrumento de Coletas de Dados.....	19
4.5 Procedimento de Coleta de Dados.....	19
4.6 Processamento e Análise de Dados.....	20
4.7 Aspectos Éticos: Resolução 196/96 CNS/MS.....	20
5. ANALISE E DISCUSSAO DOS DADOS.....	22
5.1 Caracterização da População.....	22
5.2 A percepção dos Usuários em Relação ao SUS.....	23
5.3 Conhecimento dos Usuários Sobre a ESF.....	25
5.4 Os Profissionais da ESF Realizam Educação em Saúde.....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
7. REFERENCIAS.....	33
ANEXOS.....	36
Anexo A – Termo de Compromisso do Pesquisador.....	36
Anexo B Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.....	37
Anexo C - Termo de Autorização Institucional.....	38
Anexo D - Declaração de Concordância Com O Projeto de Pesquisa.....	39
APENDICES.....	40
Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados.....	40

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a política da saúde brasileira é definida pelo Ministério da Saúde e oferecida à população através do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 na Constituição Federal e consolidado através da Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BAPTISTA 2005).

O estabelecimento do SUS foi alicerçado por amplos debates em diferentes segmentos objetivando: “a democratização do direito à saúde, no entanto foi na VIII Conferencia Nacional de Saúde em 1986, que se reafirmou a saúde como direito de todos e dever do estado” (DUCAN, et al, 2004, p.70).

Com o intuito de nortear a proposta do novo sistema de saúde foram enunciados os princípios fundamentais do SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização, Resolutividade e Participação Popular (BAPTISTA, 2005).

De acordo com Serra (2008), o sistema de saúde pública apresenta uma fragmentação bem concebida em seus setores, essa divisão se dava através dos níveis de complexidade na assistência, ou seja, a atenção poderá ser primária, secundária ou terciária dependendo da complexidade do problema de saúde apresentado.

A divisão na assistência da saúde em níveis de complexidade oportunizou a criação de estratégias específicas para cada nível, e foi nessa proposta que em 1994 surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), e este nasceu com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, com o estilo de promover e reorganizar os serviços de atenção primária à saúde em, novas bases, mudando o modelo tradicional hospitalocêntrico, levando os serviços de saúde para mais perto da família e com isso, melhorando a qualidade de vida da população (TORVÃO, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) mesmo não tão recente representou uma grande mudança na assistência primária a saúde e institui ainda uma lacuna entre a proposta do programa e a compreensão dos usuários, que habituados a reportar-se apenas para os hospitais gerais, produzindo uma grande influência na demanda do atendimento deste setor, visto que, as emergências hospitalares estão sobrecarregadas com atendimentos da atenção básica e esta sobrecarga influencia diretamente nos profissionais e conseqüentemente na qualidade do serviço prestado, além de representar um risco para o cliente, que, quando recorre ao hospital e não uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) fica exposta desnecessariamente a agentes biológicos nocivos a saúde.

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos: A população é conscientizada sobre a ESF e qual o seu papel? Os usuários conhecem a finalidade de cada profissional que está inserido na ESF? Com base nesses questionamentos, o objetivo deste estudo foi avaliar a concepção dos usuários em relação à funcionalidade, atendimentos e ao modelo técnico-assistencial que é desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família lotada no município de Fagundes - PB.

Observou-se um número limitado de estudos explanando a concepção dos usuários com relação ao sistema. Portanto, no cotidiano das práticas em saúde, percebem-se dificuldades tanto por parte dos profissionais como dos usuários para aderirem e compreenderem as propostas de promoção da saúde, estando ainda atrelados ao modelo hospitalocêntrico com enfoque predominante na doença.

Com o desenvolvimento deste trabalho, acredita-se ser possível melhorar a assistência prestada à clientela a ser estudada, considerando que o usuário é o ator principal nesse processo.

2 Objetivos Geral e Específicos

2.1 Geral:

- Avaliar a concepção dos usuários em relação à funcionalidade, atendimentos e o modelo técnico-assistencial que são desenvolvidos pela ESF.

2.2 Específicos:

- Investigar o conhecimento dos usuários em relação ao modelo técnico-assistencial;
- Identificar se os profissionais oferecem Educação em Saúde de acordo com a proposta da ESF;
- Expor as principais insatisfações dos usuários com relação à atenção primária da saúde através da ESF.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) está definido na Lei n. 8080/90, art. 4º, como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 2006, p.11) organizado, nos termos do art. 198 da Constituição Federal (CF), como uma rede regionalizada e hierarquizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral e com a participação da comunidade (BRASIL, 2007).

Em 1990 o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988. A Lei 8.080/90 dispôs-se a regulamentar o SUS, a definir com maior nível de detalhamento seus objetivos e atribuições, a aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, regionalização e hierarquização do sistema, da participação popular, dentre outras, mas o contexto político no momento de negociação dessa lei (último ano do governo Sarney e primeiro ano do governo Collor) não possibilitou rapidez na sua aprovação, foram 390 dias de tramitação no Congresso Nacional e uma aprovação parcial da lei, que sofreu vetos presidenciais (Collor) nos aspectos relativos ao financiamento, participação popular, organização da estrutura ministerial, da política de cargos e salários e entre outros (BAPTISTA 2003).

Após três meses da aprovação da lei 8.080 foi aprovada outra lei a 8.142, complementar a esta, deliberando algumas propostas vetadas na lei original, de maneira especial no que diz respeito ao financiamento e à participação popular.

Conforme Oliveira *et al* (2008) o SUS, tem como princípios éticos doutrinários os seguintes:

- A universalidade que diz respeito ao direito que o cidadão possui de atendimento;
- A equidade que defende que todo cidadão é igual perante o SUS e que seu atendimento deve ser de acordo com suas reais necessidades diminuindo-se assim as desigualdades existentes;
- A integralidade implica que todas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formem um todo indivisível.

Foram definidos como Diretrizes organizativas do SUS:

- A regionalização e a hierarquização onde a rede de serviços do SUS se organize de forma que todas as regiões tenham serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção;
- A resolutividade onde os serviços de saúde possam resolver suas necessidades de saúde dentro de sua competência;
- A descentralização onde há uma redistribuição de responsabilidades no setor saúde nos diversos níveis de governo;
- A complementaridade do setor privado, através da contratação de serviços privados para complementar os serviços públicos e assim garantir o acesso das pessoas a saúde;
- O controle social que é relevante na construção de políticas de saúde, onde a participação da comunidade é imprescindível (OLIVEIRA *et al*, 2008).

Por meio da concepção do SUS, os serviços de saúde deixam de ser restritos e passam a ser universais; deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. O município torna-se o responsável pela política de saúde da população, por conhecer melhor os problemas de saúde local e a população passa a participar mais das decisões de saúde local através dos conselhos de saúde (BRASIL, 2000).

A participação da comunidade na gestão do sistema é importante, e trazem subsídios para o fortalecimento das ações em saúde, e se dá através dos conselhos de saúde, que são órgãos ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo em cada esfera de governo. O funcionamento dos Conselhos de Saúde é condição essencial e obrigatória ao funcionamento do SUS. O conselho deverá ser composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, prestadores de serviço de saúde e usuários (*idem*, 2000).

3.2 Níveis da Assistência na Atenção a Saúde Pública

A promoção, proteção e recuperação da saúde são importantes para as ações e serviços de saúde. Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde e visa à melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006). A educação em saúde visa capacitar à população a melhor maneira de cuidar de si, da família e da coletividade trazendo para o indivíduo autonomia e qualidade de vida. São ações promovidas pelos profissionais de saúde junto à população visando à compreensão das pessoas quanto aos condicionantes do processo saúde-doença, promovendo reflexões que conduzam modificações nas suas atitudes e comportamentos (MACHADO *et al*, 2007). A prevenção de doenças e de seus agravos é fator crucial na assistência a saúde e se dá através de ações específicas como a solicitação de

exames e encaminhamentos. Ressaltando-se a importância de prestar assistência aos danos e reabilitação, havendo articulação entre as ações preventivas e curativas (CAMPOS, 2003).

No SUS o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que outro porque a atenção à saúde deve ser integral (BRASIL, 2009).

3.3 Estratégia Saúde da Família (ESF)

No início da década de 80 o Programa de Saúde da Família (PSF) foi iniciado no mundo, onde alguns países deram os primeiros passos na implantação dos Programas de Atenção à Família no aspecto preventivo como foi o caso do Canadá, Cuba e Inglaterra, sendo eles os pioneiros da mudança nos serviços primários da saúde de resolutividade e impacto mundial (SOBREIRO, 2005).

No Brasil o PSF surgiu através da implantação do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) em junho de 1991, foi a partir desse programa que se deu início a perspectiva das ações de saúde à família ao invés de indivíduo apenas. As experiências, praticadas em saúde dos “Agentes Comunitário de Saúde”, “M.S.” (ACSs), principalmente no Ceará, foram preponderantes para que o Ministério da Saúde percebesse a importância de reformular a organização do serviço básico de saúde no país (ROSA; LABATE, 2005; VIANA; POZ, 2005).

O PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 e este nasceu com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, com o estilo de promover e reorganizar os serviços de atenção primária à saúde em novas bases, mudando o modelo tradicional hospitalocêntrico, levando os serviços de saúde para mais perto da família e com isso, melhorando a qualidade de vida da população (TROVÃO, 2004).

Destarte apareceu como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional ao indivíduo e as comunidades. Nesse sentido, a Saúde da Família reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: Universalidade, Integralidade, equidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Por isso que o PSF é uma estratégia que valoriza as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde recém-

nascidos aos idosos de maneira integral e contínua, tendo assim um acompanhamento completo dos tratamentos e recuperação (SOBREIRO, 2005).

Diante desta premissa foi primordial o surgimento do Pacto pela Saúde através da portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, na tentativa de superar a fragmentação da política e programa de saúde, através de uma organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, diante dessa realidade o PSF deixa de ser programa e passar ser ESF tendo como principal finalidade reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. Tendo como objetivos centrais:

- Prestar assistência integral, continuada com resolubilidade e boa qualidade as necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos qual a população está exposta;
- Humanizar;
- Proporcionar o estabelecimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para democratização do conhecimento do processo saúde-doença;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como o direito de cidadania, e, portanto, expressão de qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para efetivo exercício de controle social.

Para atingir tais objetivos, requer-se abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (SOBREIRO, 2005).

As ESF são formadas basicamente pelo médico generalista ou família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitário de saúde.

Essa equipe de saúde é a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade, por intervir sobre os fatores de riscos aos quais à comunidade está exposta, por prestar assistência integral, permanente e de qualidade, por realizar atividades de educação e promoção da saúde. Atua de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos - famílias -comunidade (BRASIL, 2009).

As atribuições comuns a todos os profissionais inseridos na ESF são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis em sua integralidade (pensando sobre as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas de cada um);
- Identificar os problemas de saúde e situações de riscos mais frequentes da população onde atua;
- Preparar, em conjunto com a comunidade, um plano local para a resolução dos problemas que afetam mais a população atendida;
- Fazer, conforme a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e epidemiologia, nas diversas etapas da vida;
- Valorizar o relacionamento entre usuário e família, buscando propiciar um vínculo de confiança, afeto e respeito;
- Efetuar visitas domiciliares conforme planejamento;
- Solucionar as dificuldades de saúde em nível de atenção básica;
- Avaliar acesso à continuidade da terapêutica dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complicação ou que precisem de internação hospitalar;
- Ofertar assistência integral à população adscrita, atendendo a demanda de maneira contínua e racionalizada;
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação voltados à promoção da saúde;
- Fomentar ações intersetoriais e parcerias com as mais diversas organizações na comunidade, visando o enfrentamento conjunto dos problemas da comunidade;
- Promover a participação popular, dialogando com as famílias temas como: cidadania, direito à saúde e outros;
- Estimular a formação e/ou participação comunitária nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde;
- Auxiliar na implantação do Cartão Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Portanto os profissionais que compõem a ESF devem estar capacitados para enfrentar os problemas da comunidade em que atuam e atender a demanda familiar através de uma assistência holística, integral e de qualidade executada pela equipe multiprofissional na sua unidade de saúde em ambiente domiciliar, asilos, em escolas dentre outros.

3.4 Educação em Saúde

A educação é o artifício utilizado para se adquirir conhecimento, seja ela informal adquirida espontaneamente sem intenção, durante a trajetória da vida podendo estar relacionada à família, de geração em geração, ou na rua. Formal que é um direito universalizado adquirido através de uma instituição de ensino é uma educação intencional com objetivos a serem alcançados. A não formal é uma educação pela prática social durante ações coletivas que caracterizam movimentos sociais, processo vivido em grupo (VALLA, CARVALHO & ASSIS, 1993 *apud* ASSIS, 1998).

A Educação em Saúde é uma prática de intervenção que se configurou como um instrumento político de saúde do Estado, no sentido de contribuir para que as ações de controle e prevenção de patologias e ou agravos à saúde fossem mais efetivas e tivessem adesão da população. Devido à situação do Brasil no início de século, afligido pelas epidemias e graves problemas sociais decorrentes da intensa urbanização e rápido crescimento populacional (ASSIS, 1998).

As práticas educativas numa perspectiva ampla são possibilidades fundamentais para a discussão da qualidade de vida e saúde, que é, e continuará sendo, um dos grandes desafios para as próximas décadas, pois as profundas desigualdades sociais ainda persistem (COCCO, 1991).

Atualmente, Educação em Saúde é uma estratégia de promoção e prevenção à saúde, utilizada individual e coletivamente com o objetivo de educar, ensinar, conscientizar mudanças de hábitos que contribuem para a prevenção e controle de doenças. As práticas educativas em saúde têm estado presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde, com o objetivo de gerar grandes transformações, que tenham impacto no modo de vida da população, em suas condições de saúde e na construção de sua cidadania (OHARA; SAITO, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Tratou de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa.

Este tipo de pesquisa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Assim sendo realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993).

4.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado nas duas unidades urbanas da Estratégia Saúde da Família no município de Fagundes /PB que segundo fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2010) possui uma população de 11.405 habitantes. Sua área da unidade territorial é de 189,025 Km² e sua densidade demográfica é 60,34 hab./Km² (IBGE; CENSO, 2010).

4.3 População

A população desta pesquisa correspondeu aos usuários das duas equipes da Estratégia Saúde da Família, lotados na zona urbana do município de Fagundes/PB. Sugerindo uma amostragem não probabilística e intencional, compreendendo 50 usuários, os quais encaixaram em todos os critérios de inclusão (Usuários inscritos na estratégia a mais de seis meses; Usuários maiores de dezoito anos; Usuários que sejam exclusivamente da zona urbana) e exclusão (Os usuários transferidos da zona rural para a zona urbana, com menos de 6 meses de transferência; Menores de dezoito anos; Não aceitar participar da pesquisa).

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento utilizado na pesquisa para realização da coleta de dados foi uma entrevista (Apêndice A) com enunciados de linguagem clara e objetiva para facilitar a compreensão do entrevistado independente de seu nível de instrução escolar. Para tanto, foi elaboradas doze perguntas abordando as questões mais relevantes do estudo. As técnicas utilizadas foram às observações sistemáticas e o instrumento o Diário de Campo.

4.5 Procedimento de Coleta de Dados

A entrada em campo caracterizou por duas fases. A primeira foi realizada, a partir de um contato prévio com a Secretaria de Saúde de Fagundes/PB; e a segunda, compreendeu a coleta de dados, propriamente dita.

Na 1ª fase, na qual foi realizada nossa primeira entrada no campo de pesquisa nós nos dirigimos à coordenadora da Atenção Básica de Fagundes/PB, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e, para tanto, apresentamos o Termo de Compromisso do Pesquisador (Anexo A) e solicitamos o termo com a devida autorização do serviço para a realização da pesquisa (Anexo C).

Na 2ª fase, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UEPB, os participantes da pesquisa foram escolhidos aleatoriamente e explicado os objetivos da pesquisa, solicitado anuência em participarem da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B).

Esta pesquisa foi realizada através de duas visitas semanais, pelo turno da manhã, às duas unidades de saúde onde foram entrevistados os usuários.

4.6 Processamento e Análise dos Dados

Para tanto, observamos o conteúdo resultante das falas dos usuários entrevistados e das anotações/registros de Diário de Campo ancorando-nos no referencial teórico-metodológico de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2007), o qual optamos pela modalidade de Análise Temática, na qual as variáveis subjetivas formaram categorias e temas que confrontamos com a literatura pertinente.

4.7 Aspectos Éticos: Resolução 196/96. CNS/MS

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas às pesquisas que envolvem, diretamente ou indiretamente, seres humanos, baseando-se nos princípios básicos da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Para tanto, foi apresentado o Termo de Compromisso do Pesquisador.

As informações sobre a pesquisa foi: a identificação dos pesquisadores, objetivos do estudo, metodologia. Isso foi repassado aos participantes, que assinaram em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), em que os mesmos atestaram a voluntariedade de participação no estudo, à retirada, a qualquer momento, da pesquisa, sem prejuízos pessoais ou profissionais, garantia de esclarecimentos antes, durante e depois da pesquisa e a autorização da divulgação dos resultados no relatório da pesquisa.

Diante disto foram garantido o sigilo de informações confidenciais e o anonimato em qualquer divulgação dos resultados. Para dar execução a esse requisito, as fitas, os formulários e suas transcrições serão mantidos pelo orientador, evitando a manipulação dos dados por técnicos exteriores à pesquisa e o vazamento acidental de informações que possam vir a envolver os participantes. As transcrições deverão ser guardadas por um período de 5 anos, após a finalização do estudo, como preconiza a Resolução 196/96. Para garantia desde anonimato, os participantes foram identificados por um código ou número que não permita a revelação de suas identidades.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 Caracterização da População

Foram realizadas 33 entrevistas com os usuários que se encontravam nas duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da zona urbana do município de Fagundes – Paraíba. Deste universo pesquisado 87,8% são do sexo Feminino e 12,2% são do sexo Masculino.

De acordo com Queiroz (1993), a mulher é, na família, a personagem principal no que se refere às questões relacionadas à saúde e doença, pois é ela quem avalia as condições de saúde, tanto a sua própria como a dos demais membros da família e procura os profissionais necessários para resolução de cada caso, sendo maior a sua busca pelos serviços de saúde.

Outro dado relevante diz respeito aos resultados obtidos quanto à escolaridade dos participantes: cerca de 60,6% tem o fundamental incompleto o que talvez tenha dificultado a compreensão dos participantes de escolaridade mais baixa nas questões referentes ao estudo.

Tabela 5.1: Descrição do perfil dos usuários entrevistados segundo a idade, nível de estudo e tempo que frequenta no PSF. Unidades Básicas de Saúde da Família. Fagundes – Paraíba. 2012

Variáveis	Nº	%
Idade		
18-25	9	27,3
26-35	9	27,3
36-45	6	18,1
+45	9	27,3
Total	33	100
Nível de estudo		
<i>Fundamental Incompleto</i>	20	60,6
<i>Fundamental Completo</i>	6	18,1
<i>Primeiro Grau Incompleto</i>	2	6,1
<i>Primeiro Grau Completo</i>	0	0
<i>Segundo Grau Incompleto</i>	1	3
<i>Segundo Grau Completo</i>	2	6,1
<i>Superior Incompleto</i>	0	0
<i>Superior Completo</i>	2	6,1
Total	33	100
Variável		
Tempo que frequenta o PSF		
+ 6 meses	3	9,1
+ 1 ano	1	3
+ 2 anos	29	87,9
Total	33	100

5.2 A Percepção dos Usuários em Relação ao SUS

O nascimento do SUS foi em 1988 e trouxe um novo olhar à saúde pública no Brasil, mais democrática, justa e equânime, ao contrario do modelo anterior. À saúde passa a ser dever do estado que deverá desenvolver políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988, art. 196).

Atualmente o sistema presta serviços garantindo o atendimento profissional especializado, distribuição de medicamentos, realização de exames, internação hospitalar, entre outros serviços de acordo com os níveis da assistência, atendendo a todas as necessidades dos usuários, desde o cuidado primário na prevenção e promoção da saúde ate o cuidado mais especializado, dispondo de toda tecnologia necessária.

O PSF representa o primeiro nível da assistência à saúde, desenvolve ações primárias de prevenção, promoção e reabilitação da saúde dentro de suas possibilidades, os Centros de Saúde e Policlínicas estão no segundo nível da assistência, oferecendo além de ações primárias, atendimentos mais especializados, os Hospitais Gerais, Especializados e Escola representam o terceiro e último nível da assistência e dispõem de serviços especializados e equipamentos de alta tecnologia.

Quando questionados sobre a preferência entre o PSF ou Hospital no momento de busca por uma consulta médica, sabendo que o PSF representa o primeiro nível da assistência e o Hospital o terceiro nível. Percebemos nas falas abaixo a adesão e preferência pelo Hospital da maioria dos entrevistados, pela acessibilidade e melhor relação com os profissionais.

“Hospital, porque o funcionamento do PSF não é muito bom é irregular pelo menos aqui” (021).

“Prefiro o hospital, porque as informações são mais claras e objetivas. O PSF é uma perda de tempo, nem sempre tem médico” (007).

“O hospital, porque é melhor por ter mais equipamento” (022).

“O Hospital porque fica fácil de resolver e ser atendido” (033).

“O hospital porque é mais rápido, você encontra tudo pronto dependendo da sua necessidade” (023).

No entanto tiveram entrevistados que optaram pelo PSF no momento de buscar uma consulta médica, mesmo se queixando da pouca resolubilidade do PSF e da burocracia para se obter uma consulta.

“Prefiro o PSF porque o hospital tá fechado e não tem atendimento só tem o PSF” (031).

“O PSF, pois no PSF apesar de demorar um pouco o atendimento é adequado” (020).

“É melhor vim pra cá o PSF, porque é mais fácil de ter medico, só tem aqui mesmo pra vim” (032).

“Procuro o PSF, porque aqui sempre tem equipe para atender” (002).

A locação do SUS democrático tem exigido grandes esforços do governo federal que possui a maior responsabilidade principalmente no funcionamento e concretização dos serviços de saúde, mas ainda existe uma grande lacuna entre o que se propõe ao que se realiza, pois a descentralização das responsabilidades entre as três esferas do governo (união, estados e municípios) enfrentam resistência e dificuldades no estabelecimento das atribuições e encargos no que diz respeito à saúde pública no Brasil (SERRA, 2008).

Quando interrogados sobre a principal queixa em relação ao SUS, percebemos que diferentes entrevistados responderam ter queixas em relação ao SUS, alegando que existem falhas, mas que falhas têm em todo serviço prestado pelo sistema, entretanto relataram a demora para a marcação de exames, consultas, falta de médico e falta de organização dos profissionais que compõem a equipe do PSF como podemos ver nas seguintes falas:

“A demora do atendimento você marca uma consulta e demora de mais” (007).

“São muitas queixas, a falta de atendimento, não tem medico, e as fichas são poucas e as enfermeiras não vão fazer atendimento não é função” (014).

“A principal é a falta de médico para o atendimento diário que sempre falta” (004).

“Mau atendimento, não atende bem a pessoa” (024).

“Às vezes não somos bem assistido não, uma vez vim mostrar o exame ao medico e ele rejeitou a mim atender, tem que melhorar o atendimento medico” (003)

“Falta de organização” (017).

“As demoras de exames, pouco atendimento aqui de repente você adoece e não tem médico” (011).

“Eu acho muita demora para fazer exame, para marcar mando para secretaria e demora muito um exame de urgência, ela marca com urgência se não for com urgência demora muito passa mais de 5 meses ou mais e tem que ficar no pé se não, não marca.” (029).

Não basta apenas idealizar uma boa ideia ou elaborar um plano inteligente, mas fazê-lo funcionar, torná-lo realidade. Poucas propostas têm sido tão elogiadas quanto o SUS, mas encontra-se distante do que descreve o projeto. Construí-lo a partir do papel, fazê-lo acontecer, funcionar, avançar e aperfeiçoar, moldando-o às necessidades particulares das diversas regiões de um país continental como o Brasil, exige uma conjunção de esforços principalmente de todos os brasileiros (AMARAL, 2008).

5.3 Conhecimento dos Usuários Sobre a ESF

A ESF surgiu em 1994 e abordou ao fim de 2005 com mais de 24 mil equipes, presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendendo a aproximadamente 44% da população brasileira (ANDRADE; *et al*, 2006 *apud* ANDRADE, BARRETO & BEZERRA, 2008).

Neste estudo quando foi perguntado aos entrevistados se eles acreditam que o SUS e o PSF existem em outros municípios além de Fagundes-PB, os mesmos relataram que:

“Sim, em todo o Brasil” (030).

“Sim, todo o município tem a responsabilidade de ter o programa” (004).

“Sim, é algo do governo e em outras cidades tem que existir” (007).

“Sim, tem e é melhor do que o de Fagundes” (005).

“Sim, a gente ver falar no radio, no jornal, em outra cidade e o SUS só é atendido se tiver o cartão” (002).

Portanto, os entrevistados afirmam que o SUS e o PSF existem em outros municípios, mostrando conhecer que a dimensão do sistema e da estratégia não é apenas local ou regional, porém teve alguns entrevistados que relataram que não existe.

O PSF é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias adscritas, localizadas em uma área geográfica delimitada, onde os profissionais têm responsabilidade de prestar assistência primária, porém integral à saúde de toda a família (BRASIL, 2001).

A equipe multiprofissional mínima deverá ser composta por um médico generalista responsável pelo atendimento integral a todos os membros da família, um enfermeiro que é o profissional responsável pela unidade como um todo, realiza consulta de enfermagem, visita domiciliar, também é responsável pela prestação dos serviços dos demais profissionais, atua na supervisão dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária, um ou dois técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde que são responsáveis por um número de famílias determinadas por microáreas, podem também ser incorporados a equipe outros profissionais dependendo das necessidades locais (OHARA & SAITO, 2008).

Com relação à pergunta: A equipe do PSF contém médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde? 90,9% respondentes conhecem os profissionais que compõe a equipe e o compromisso que os mesmos têm em manter a saúde da comunidade, e ainda relataram ter o dentista como profissional da equipe. Concluímos que os usuários conhecem os profissionais da unidade.

Quando questionados sobre qual outro profissional além do médico poderia realizar uma consulta em você. Constatamos que:

“Só o medico mesmo, quando ele atende” (030).

“Enfermeiro, porque ele tem experiência como o médico tem” (033).

“Enfermeiro, ele pode da alguma diga orientar sobre o que a gente precisa” (019).

“Só o médico porque ele é especialista e estudou para isso” (029).

“Só o medico, porque o médico é especializado em atendimento, principalmente o clinico geral que atende toda especializada” (031).

Como foram exposto alguns acreditam que nenhum outro profissional além do médico poderá realizar uma consulta, onde teve outros que confirmam que o Enfermeiro é o único profissional que além do médico está habilitado para realizar uma consulta.

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, tais como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (ARDIGÓ, 1995 *apud* CAPRARA; FRANCO, 1999).

Foi perguntado aos participantes se as informações fornecidas pelos profissionais do PSF são fáceis de entender e dão certo? E a maioria destes relatou que sim:

“Sim, eles informam bem, principalmente exames falam do horário e dia” (029).

“Sim, eles orientam direito e é fácil de entender” (004).

“Sim, eles tem que explicar da maneira que podemos entender, entendo quando explica” (033).

“Sim, eles explicam bem as coisas, mesmo não tendo condição necessária para o atendimento.” (023).

Constatamos que os profissionais são compromissados em orientar os usuários embora existiu discordância da parte de muitos dos entrevistados:

“Não, acho assim porque nunca fui bem recebida aqui. Chego aqui a recepcionista não me atende bem e fica me humilhando e nunca tem ficha pra mim sempre diz que acabou” (030).

“Não, porque os médicos daqui não explicam, mau conversa com você, só faz passar o remédio, tome isso aqui se não ficar bom volte novamente” (024).

“Não, eles não tem informação e quando pedem informação eles não dão certos” (005).

As informações prestadas pelos profissionais inseridos no PSF aos usuários do programa são fundamentais tanto para um bom entendimento com relação ao funcionamento do programa, como os cuidados com a sua saúde tais como tratamentos, uso de medicamentos, realização de exames, entre outros.

Diante do mesmo contexto outra problemática foi colocada, questionando quando alguém da família precisou de atendimento em hospital, a equipe de saúde da família fez o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

“Sim, quando precisa de um atendimento especializados eles encaminham e se aqui não resolver mandam pra Campina Grande” (029).

“Sim, se aqui não tem condição eles encaminham para outro lugar melhor que tenha condição” (027).

“Sim, sempre encaminham para campina quando não tem atendimento específico” (009).

“Sim, eles dão encaminhamento para procurar o médico em outra cidade e às vezes marcam consulta com um mês depois” (007).

Os usuários identificam a ESF como facilitador para atendimento às especialidades através de encaminhamentos, apesar de ainda existir dificuldade nos aspectos de referência e contra-referência, foi relatado pelos participantes que as unidades fazem encaminhamentos para a cidade mais próxima do município de Fagundes que é Campina Grande onde contém uma infraestrutura que possa oferecer aos pacientes um atendimento de alto complexidade.

Portanto, as unidades de saúde devem estar habilitadas tecnicamente e possuir condições de infraestrutura física, de pessoal, recursos materiais e equipamentos para prestarem o primeiro atendimento ou a estabilização dos quadros de urgência, e, posteriormente, encaminhar o paciente para unidades de maior porte.

Quando questionado quais os serviços que os usuários mais utilizavam no PSF Concluimos que a maioria busca a consulta médica principalmente para requisição de exames preventivos de rotina para acompanhar o estado de saúde, outro serviço bastante utilizado é o acompanhamento do diabetes e hipertensão (HIPERDIA), vacinação, dentista e o pré-natal, como estão descritos abaixo:

“Procuo mais o dentista” (026).

“A vacinação para os meninos e o pré-natal que venho” (025).

“Sempre verifico pressão e pego remédio, sou hipertensa, quando preciso para fazer exame procuro o médico” (002).

“Fazer consulta sempre, dentista, ginecologista que é o citológico” (029).

“O que eu mais faço aqui é pegar anticoncepcional e vim ao médico” (006).

A ESF é atualmente a unidade de saúde que melhor representa o cuidado primário a saúde dentro da atenção básica por avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (SUS, 2008).

Foi abordado também se a equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários para realização das atividades, a falta de recursos humanos e materiais, embora não seja constante, foi apontada por todos os usuários entrevistados e também identificada durante a observação do campo.

“Não, não tem todos é muito precário, não tem equipamento suficiente e o que tem é muito precário” (023).

“Não, é precário, não tem material nem pra fazer uma injeção” (004).

“Não, às vezes a gente vem fazer um curativo e não tem material, então nem material e nem equipamento suficiente” (007).

“Não, porque aqui sempre falta, às vezes você vem ao dentista tem a massa, mas o motor ta quebrado, o motor esta bom mas falta água, falta luva” (024).

“Não, que eu chego a enxergar não, até os meus medicamentos não recebo porque nunca tem” (016).

Cabe destacar que essas dificuldades são encontradas na maioria das unidades básicas de saúde do país. Elas são visivelmente expressas por meio da estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados, capacitação insuficiente para o trabalho, baixa cobertura do atendimento pré- hospitalar móvel, número insuficiente de unidades de pronto atendimento.

Essa deficiência dificulta não só o atendimento como também as relações entre trabalhadores e usuários, que demonstram insatisfação. Quando questionado se a população está satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela equipe do PSF.

Como podemos ver abaixo os entrevistados relataram estarem insatisfeitos com o atendimento:

“Não porque é ruim, mal tem atendimento, tem medico que não atende direito passa os remédios tudo errado” (025).

“Não, falta de muita coisa, pra mim o principal que falta é o medicamento de pressão e diabético e de estomago que nunca tem pra mim” (016).

“Não, sempre reclamam porque não tem médico todos os dias ai o pessoal ficam reclamando, quando tem é muita gente para atender e não atende todos. Porque um médico só não da conta de todos” (002).

“Não, toda vez que eu venho sempre tem uma desculpa para não me atender, muitos não vão com minha cara, mas que Deus ninguém. É muito fraco não tem assistência precisa” (003).

“Não, a população em geral não está, por falta da desorganização dos funcionários” (031).

“Não, pela deficiência do atendimento, principalmente pela falta de medico diária” (004).

“Não, porque deixa muito a desejar, devido faltar médico, só tem atendimento pela manhã” (014).

A sociedade está insatisfeita com a dificuldade de atendimento, com a falta de recursos materiais e humanos. Para esta comprovação basta comparecer a um serviço público de saúde, ver as filas e verificar o drama das pessoas que ali sofrem em busca de um serviço que, segundo o artigo 196 da Constituição, é um “direito de todos e dever do Estado” e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

5.4 Os Profissionais da ESF Realizam Educação em Saúde

Contatou-se na pesquisa se a equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a sua saúde, a grande parte dos entrevistados relataram que não realizam as reuniões como expresso nas falas a seguir:

“Não, fazem muito tempo que não tem reunião” (004).

“Não, por falta de organização” (017).

“Não, nunca participei desse negocio não” (025).

“Não, aqui eu nunca vir, de primeiro tinha só para gestante, mas não sei se ainda tem” (019).

“Não, aqui não, com minha pessoa e minha família não têm, eles nunca fazem” (016).

Embora tivesse participantes que afirmaram ter palestras e reuniões sobre saúde como ilustrado nas falas a seguir:

“Sim, sempre falam sobre saúde e sobre remédio” (032).

“Sim, porque quer o melhor pra comunidade” (027).

“Sim, para orientar a população” (015).

“Sim, aqui tem quando o pessoal vem pegar remédio para as pessoas que são hipertensas e diabéticas e para gestante” (029).

“Sim, porque às vezes tem pessoas que não sabem tudo e fazem reuniões pra entrega de medicamentos” (006).

A Educação em Saúde é um instrumento empregada desde as primeiras ações sanitárias, além de contribuir na conscientização da prevenção de doenças e do cuidado da saúde, é fundamental também da orientação do modelo assistencial do sistema público de saúde como também das unidades que o compõe nos três níveis da assistência (BAPTISTA, 2005; SUS, 2009).

Os profissionais da saúde devem ser compromissados como educadores em saúde em todos os âmbitos utilizando sempre de forma positiva desse método, com o objetivo de evitar o sofrimento do usuário dentro do sistema por desorientação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde no Brasil deu um grande passo com a criação do SUS (1988) passando a ser um direito humano obrigatório, e o estado passa a ser o responsável na atenção à saúde de todos os brasileiros. O Ministério da Saúde implanta uma estratégia em 1994 com o objetivo de reorganizar a atenção primária a saúde, que foi o Programa Saúde da Família (PSF) que instituiu uma assistência à saúde voltada para o processo saúde/doença, e o cuidado em todas as etapas deste processo (OHARA & SAITO, 2008).

Esse progresso na assistência à saúde resultou em grandes mudanças no quadro da saúde do País, revelando a importância da promoção a saúde, prevenção de agravos e doenças, principalmente na diferenciação dos custos que se tornam maiores no financiamento de procedimentos que dependem de altas tecnologias.

A pesquisa realizada apresentou resultados relacionados à percepção dos usuários sobre a Estratégia Saúde da Família no município de Fagundes-PB revelando os pesquisados em sua maioria do sexo feminino com grau de instrução primário, sendo cadastrados no programa há mais de dois anos mostraram conhecerem um pouco sobre SUS.

A população em estudo mostrou preferir o PSF diante de um problema de saúde principalmente por sua acessibilidade e por ser o único meio que existe no município, porém uma queixa bastante relevante foi levantada no que diz respeito ao sistema público de saúde como um todo, que seria em relação, a falta de médico, à demora na marcação e realização dos exames, o que pode estar ligado na operacionalização do sistema de cotas entre municípios, serviços de referência, repasse e distribuição de recursos, ou outros motivos que influenciam na assistência pública e refletem na insatisfação dos usuários.

O compromisso profissional com a educação em saúde deverá ser estabelecido em todas as instituições de saúde, visando à conscientização a partir da informação, buscando assim orientar em todos os aspectos relacionados ao cuidado da saúde, principalmente na preservação da mesma. Neste contexto o estudo mostrou que os profissionais ainda não estão conscientes e compromissados com o papel de educadores em saúde.

Os resultados alcançados não foram relativamente positivos, porém apresentam ainda problemáticas que merecem ser analisadas para possíveis mudanças que contribuam no melhoramento do sistema e assistência pública de saúde, almejando alcançar os objetivos da proposta, ultrapassando obstáculos e desafios de um país de diversidades regionais, e desenvolvimento econômico caracterizado por uma história política instável que exerce grande influência na boa operacionalização do sistema.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C; BEZERRA, R. C; Atenção Primária a Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *In: Tratado de Saúde Coletiva*. Orgs: CAMPOS, G.W.S.; *et al.* São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AMARAL, J. L. G de. O Sistema Único de Saúde. *In: SUS, O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*, Org: Associação Brasileira de Medicina. vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2008.

ASSIS, M. Educação em Saúde e Qualidade de Vida: Para Além dos Modelos, A Busca da Comunicação. *In: Série: Estudos de Saúde Coletiva*. Org: Instituto de Medicina Social. UERJ. Rio de Janeiro: 1998.

BAPTISTA, T. W. F. Políticas de Saúde no Pós-constituinte: Um estudo da política Implementada a partir da produção normativa dos poderes executivos e legislativos no Brasil. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. *In: Textos de apoio em políticas de saúde.* / Org.: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed. Lisboa: LTDA, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. p.208 Série E. Legislação de Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>. Acesso em 04 fevereiro 2012.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 72p.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República do Brasil**. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº. 55, de 20 de setembro de 2007. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 10 fevereiro 2012.

_____. Ministério da saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**, 3. ed. Ver. e ampl. Brasília, DF, 2003. 66p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000. 44p.

_____. Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/asocial/loas.htm>>. Acesso em janeiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: 2008.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196/96. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Data de acesso: 16 de Jul. 2009.

_____. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Art. 196. Disponível em: http://duvas.saude.pi.gov.br/legislacao_do_sus/const_fed_art_196_a_200.pdf>. Data de Acesso: 16 de Jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

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

CAMPOS, S. Qualidade de vida - QV. **Medicina avançada**, 203. Atualizada em: 09 ago. 2007. Disponível em <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/21620>>. Acesso em: 25 maio 2009.

COCCO, M. I. M. Práticas Educativas em Saúde e a Construção do Conhecimento Emancipatório. *In: Série: Educação, Saúde e Trabalho: Antigos Problemas, Novos Contextos, Outros Olhares*. Org: Instituto de Medicina Social. São Paulo: Cortez, 1991.

DUCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidencia**. 3 ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População do município de Fagundes, Paraíba**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=25>. Acesso em 10 de fevereiro 2012.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342. 2007.

MINAYO, M.C. S; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.237-248, jul./set. 1993.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, D.C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.197-206, jan. 2008.

Queiroz MS. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad. Saúde Pública**. 1993;9:279-82.

SOBREIRO, D.B. Programa de Saúde da família: **uma proposta de integralidade do profissional de educação multidisciplinar**. Campina Grande, Junho, 2005.

SERRA, J. As Duas Reformas da Saúde. In: **SUS, O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. Org.: Associação Paulista de Medicina. vol. 1. São Paulo: Atheneu, 2008.

SOBREIRO, D.B. Programa de Saúde da família: **uma proposta de integralidade do profissional de educação multidisciplinar**. Campina Grande, Junho, 2005.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino. am. Enfermagem**, v.13, n.6, p 1027 – 34, nov./dez. 2005.

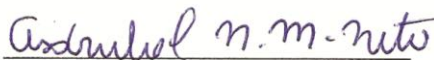
TROVÃO, A. L. C. É como se fosse uma caverna escura: **Representações sociais sobre Saúde Mental, elaborada para os profissionais de PSF de Boqueirão**, 2004.

Anexo A**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL****Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FAGUNDES-PB**

Eu, Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto, professor, orientador da Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 2000841 e CPF: 01894458400, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.



Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto

Campina Grande - PB, 08/03/2012

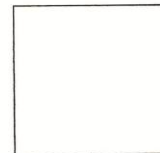
Anexo B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FAGUNDES-PB”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho, Compreensão do usuário acerca dos atendimentos e finalidades da estratégia de saúde da família no município de Campina Grande – Paraíba terá como objetivo determinar a compreensão dos usuários acerca dos atendimentos e finalidades da Estratégia de Saúde da Família.

- Ao voluntário só caberá a autorização para coleta dos dados e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário,
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.
- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a pesquisadora no número (083) 8800-3837/9906-0326, residente na Siqueira Campos, 899, Apto 108, centro, Campina Grande – PB.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.



Priscila Moreira da Silva
Pesquisador

Participante

Fagundes-Paraíba ____ / ____ /2012.

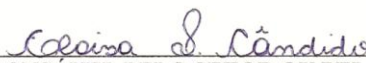
Anexo C

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL FAGUNDES
SECRETARIA DE SAUDE
08.737.694/0001-56
RUA QUEBRA QUILOS S/N

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FAGUNDES-PB" desenvolvida pela aluna Bruna Moura da Silva do Curso de Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto.

Campina Grande - PB, 08/03/2012.


RESPONSÁVEL PELO SETOR OU PELA INSTITUIÇÃO
Fabiana S. Cândido
Coord. Saúde Básica

Anexo D

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FAGUNDES-PB

Eu, Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto, professor, orientador da Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG: 2000841, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Asdrúbal N. M. Neto

Orientador

Bruna Moura da Silva

Orientando

Campina Grande - PB, 08/03/2012.

Apêndice A

Código do Entrevistado: _____

ASPECTO SÓCIO-CULTURALQual sua Idade? () entre 18 e 25 () entre 26 e 35 () entre 36 e 45 ()
+ 45

Sexo: () FEMININO () MASCULINO

Qual o seu nível de estudo?

() Fundamental incompleto () Fundamental completo
() 1º Grau incompleto () 1º Grau completo
() 2º Grau incompleto () 2º Grau completo
() Superior incompleto () Superior completo

Qual o tempo que faz que vem frequentando o Posto de Saúde?

() + 6 meses () + 1 ano () + 2 anos

FORMULÁRIO DE DADOS

1 Você acredita que o Sistema Único de Saúde – SUS e o PSF existem em outros municípios além de Fagundes - PB?

() SIM () NÃO

Por quê? _____

2 Além do médico, qual outro profissional que pode consultar você?

() Agente Comunitário de Saúde () Enfermeiro

() Auxiliar de Enfermagem

Por quê? _____

3 A(s) equipe(s) do PSF contém médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde?

() SIM () NÃO

4 A equipe de saúde da família realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com a sua saúde?

() SIM. () NÃO

Por quê?

5 A equipe de saúde da família dispõe de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades?

() SIM () NÃO

Por quê?

6 Quando alguém da família precisou de atendimento em hospital, a equipe de saúde da família fez o encaminhamento para realização de exames e tratamentos?

SIM NÃO

Por quê?

7 As informações fornecidas pelos profissionais do PSF são fáceis de entender e da certo?

SIM NÃO

Por quê? _____

8 Quando você precisa de um atendimento médico você prefere procurar o PSF ou prefere o hospital. Por quê?

9 Qual o serviço que você mais utiliza no PSF?

10 Qual a sua principal queixa em relação ao sistema único de saúde.

11 A população está satisfeita com a qualidade do atendimento prestado pela equipe do PSF?

SIM NÃO

Por quê?
