

Atuação do Programa Saúde da Família: Com a palavra a comunidade

Eliany. N. Oliveira¹, Maria S. Carneiro², Francismeire B. Magalhães³, Maria do Socorro N. dos Santos⁴

Resumo - Estudo exploratório descritivo, realizado no município de Sobral, localizado a 230 km de Fortaleza-CE. O período de coleta de dados foi de abril a junho de 1999. Tivemos como objetivo, descrever a percepção das famílias/comunidade sobre a atuação do PSF nesta cidade. Foram escolhidas aleatoriamente 13 unidade de saúde da zona urbana. Nesses bairros foram entrevistadas 123 famílias. Através de visitas domiciliares, 43 estudantes do primeiro período do Curso de Enfermagem, abordaram 123 famílias. Os resultados mostram que 100% das famílias conhecem e utilizam os serviços do PSF, 73% das famílias tiveram seus problemas solucionados pelas equipes, 68% referem que melhorou o acesso aos serviços de saúde. Quanto às opiniões sobre o que deve melhorar, a maioria das famílias ainda deseja um atendimento respaldado na área curativa. Isso retrata que as perspectivas de melhora dos serviços são calcadas no modelo assistencial que imperou por muitos anos. Quanto às atividades desenvolvidas pelas equipes, as doenças e a demanda espontânea ainda são parte da rotina desses profissionais. Identifica-se tímido trabalho centrado na promoção e prevenção. Entretanto, verifica-se que existe um determinante capaz de superar vários problemas: a vontade política dos gestores locais, que acreditam na implantação de um modelo que tenha como base a atenção primária.

Introdução

Nas últimas décadas, a crise estrutural do setor público é claramente percebida, principalmente por afetar a oferta dos serviços públicos associados aos mesmos. Destacamos os serviços públicos de saúde que foram danosamente prejudicados.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram com a redação do artigo 196 da Constituição de 1988, que trata da efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde, foi um dos marcos para o resgate da saúde dos brasileiros.

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças - inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS - têm sido esboçadas ao longo do tempo. Entre essas propostas destacam-se

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem Saúde Comunitária e Professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

²Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Gerente de Serviços da Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral.

³Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

⁴Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

a criação dos Distritos Sanitários e dos Sistemas Locais de Saúde. Essas iniciativas, entretanto, apresentaram avanços e retrocessos e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estrutura dos serviços de saúde, exatamente por não promoverem mudanças significativas no modelo assistencial (Brasil, 1998).

Um novo modelo faz-se necessário para reverter tal situação, voltado para uma nova ética setorial, que rompa com os tradicionais alicerces das organizações de prestação de serviços, que trabalhe com a saúde de forma ampla e compartilhada por todos: governo, profissionais e sociedade organizada.

A estratégia de Saúde da Família vem atender às diretrizes e ao ideário deste novo modelo, apontando para a valorização de tudo que interfere com o indivíduo, o contexto de sua existência e as relações familiares e sociais que tão intensamente marcam sua realidade sanitária.

Este novo modelo deve trazer modificações na prática assistencial, calcadas na mudança das relações entre o profissional e o usuário. Agora, o indivíduo e a família passam a ser objeto de trabalho desses profissionais, e por conseguinte, a comunidade. Para tal papel, emerge um novo ator social que deixa de ser usuário de um serviço e passa a ser sujeito do processo, parceiro e co-responsável por tais serviços e pelo seu pleno e apropriado funcionamento. (Brasil, 1999).

Surge então uma luz no fundo do túnel: o PSF, como um dos caminhos para reverter um modelo que até então era excludente e verticalizado, onde a doença era prioridade e a assistência e os recursos dirigiam-se para a área hospitalar. O indivíduo era concebido em parte, fragmentado, o doente e a doença eram o objeto do cuidado.

No Ceará, o processo de descentralização progrediu rapidamente nos últimos anos, estando o gerenciamento dos serviços, atualmente, sob a responsabilidade dos governos locais, na grande maioria dos municípios. Desde a implantação em 1994, pelo Ministério da Saúde, do programa de Saúde da Família - PSF, um extenso projeto direcionado para a construção de um modelo voltado para a promoção da saúde, vem sendo adotado e expandido em todo território nacional. A Secretaria Estadual de Saúde (SESA) adota o PSF como estratégia central de atuação, assumindo-o como mecanismo de transformação do atual modelo assistencial e promovendo, nessa perspectiva, um processo de cooperação com as secretarias municipais. No Ceará 125 municípios já aderiram à proposta do Saúde da Família e 615 equipes já estão cadastradas em todo o estado.

Segundo Dominguez (1998), o Programa de Saúde da Família - PSF é um modelo de assistência que vai desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Constitui a estratégia fundamental no nível de atenção primária, que é o pilar mais importante do Sistema Único de Saúde - SUS.

Para Miranda (1998), o PSF é uma proposta explícita do Governo Federal, imposta aos municípios brasileiros como meio para obtenção de recursos financeiros. O Autor lembra que devemos ficar atentos, pois inúmeras e distintas iniciativas de organização da rede básica de serviços de saúde ao nível municipal, passarão doravante a se autodenominar "Programa de Saúde da Família" para poderem receber o referido repasse de recursos, (NOB/96 - Plano Assistencial Básico - PAB). Com isso podemos ter mais um faz-de-conta, do que propriamente serviços efetivos e resolutivos, não se constituindo em um novo modelo de atenção à saúde, guiados pelos princípios da construção do SUS.

Mediante a contextualização inicial, destacamos a importância da avaliação sistemática e processual da experiência do PSF não só em Sobral- Ce, mas em todo território nacional, pois através deste importante instrumento de monitoramento, teremos subsídios necessários para identificação de problemas, planejamento de ações, reorganização de serviços e implantação de um prática consciente.

Objetivos

Gerais: Descrever a percepção das famílias/comunidade sobre a atuação do Prog. Saúde da Família no município de Sobral.

Específicos:

- Conhecer a relação existente entre as famílias e as equipes do PSF.
- Identificar as principais atividades desenvolvidas pelas equipes e o grau de satisfação das famílias/comunidade em relação aos serviços oferecidos pela equipe.
- Averiguar a opinião das famílias sobre a implantação do PSF no seu bairro.
- Detectar as principais queixas das famílias sobre a atuação do PSF.
- Conhecer os benefícios que as famílias tiveram após a implantação do PSF.

Metodologia

Estudo exploratório descritivo realizado no município de Sobral, localizado a 230 Km de Fortaleza, no período de abril a junho de 1999.

A municipalização das ações de saúde deu-se em 1997, atualmente, com 31 equipes do PSF, abrangendo aproximadamente 100% da população sobralense. Na zona urbana onde atuam 22 equipes, foram escolhidas 13 unidades de saúde: Sumaré, Alto Novo, Padre Palhano, Alto da Brasília, Sinhá Sabóia, Expectativa, Dom Expedito, Vila União, Terrenos Novos, Pedrinhas, Junco, Tamarindo e Santa Casa. A escolha dessas unidades foi devido ao fato de serem campo de estágio de estudantes de enfermagem da Universidade Vale do Acaraú. Nesses bairros foram entrevistadas 123 famílias.

Para coleta das informações foi utilizado um questionário estruturado com 20 perguntas, compondo os seguintes dados: identificação, situação hidro-sanitária e sócio-econômica, questionamentos sobre a atuação do PSF do bairro em questão.

Os procedimentos de coleta de dados foram viabilizados pela atividade de campo dos alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Esta atividade contou com a participação de 43 alunos da Disciplina de Introdução à Enfermagem que teve o objetivo de conhecer do funcionamento do PSF e o impacto de suas ações sobre a comunidade.

Inicialmente, foi feito contato com a equipe do PSF, informando sobre a presença dos alunos nas unidades. As atividades se desenvolveram em duas etapas. A primeira etapa exigiu a permanência na unidade e a identificação e conhecimento do trabalho da equipe. Já na segunda etapa, os alunos deveriam se dirigir às famílias, para as visitas domiciliares. Nesta fase, cada aluno fez 03 visitas domiciliares com aplicação do questionário. Todos os alunos foram orientados sobre como abordar as famílias. Também foi exigido que as famílias abordadas deveriam morar a uma distância de pelo menos dois a três quarteirões da unidade de saúde.

Para esta pesquisa, utilizamos apenas os dados da segunda fase de coleta, ou seja, aplicação dos questionários nas residências durante a visita domiciliar.

Foram entrevistadas 129 famílias, obtendo-se 123 questionários completos para análise.

Resultados e comentários

Os dados a seguir mostram a opinião das famílias sobre a atuação do Programa Saúde da Família. Não se pode construir serviços de qualidade, sem a participação da comunidade. A população é capaz de identificar problemas e propor soluções e ainda avaliar o funcionamento dos serviços de saúde. Não se pode negar, é claro, que existem outros tipos de instrumentos para se avaliar o impacto das ações sobre a saúde da população, mas a legitimidade dos serviços se dá, de fato, através da satisfação

dos usuários. Com um processo de avaliação sistemática pode-se estar, de fato, contribuindo para a participação e o controle social.

Através do estudo realizado, verificou-se que o PSF é conhecido por 100% das famílias visitadas que referiram utilizar os serviços do Programa. Esta informação mostra que atuação das equipes nos bairros não é desconhecida. A comunidade tem conhecimento de que em seu bairro existe uma equipe de profissionais de saúde que é responsável pelos seus cuidados de saúde. Sobre os profissionais que integram a equipe, 68% das famílias souberam descrever corretamente a composição das equipes, apenas 23% não conseguiram identificá-los claramente.

A resolução de problemas de saúde é um bom mecanismo para se verificar a eficiência dos serviços. 73% das famílias tiveram todos seus problemas solucionados, mas uma parcela, 6%, queixa-se de não ter sido atendida e 18% refere a falta do medicamento prescrito.

Identificam-se aspectos que retratam o modelo baseado na distribuição de remédio, onde o cliente só acredita no serviço e no médico quando sai do posto com uma caixa de medicamento. É sabido que ainda existem falhas na distribuição de medicamentos, principalmente porque faltam os medicamentos da lista básica. Muitos clientes retornam para suas casas sem a aquisição do remédio, ou seja, sem solucionar o seu problema.

Quando indagadas sobre as mudanças ocorridas após a implantação do PSF, 68% das famílias salientaram a melhora no acesso ao atendimento, enquanto 13% referiram-se que melhorou o atendimento. É interessante o contingente de respostas, onde 4% afirmaram as vantagens de agora disporem de atendimento gratuito, de qualidade, perto de casa (Tabela I).

Tabela I - O que mudou após a implantação do PSF, segundo a opinião das famílias atendidas, Sobral, 1999. - O que mudou após a implantação do PSF

Opinião das famílias	Nº	%
Melhorou o acesso	48	68
Melhorou o atendimento	09	13
Diminuíram as doenças	05	7
Aumentou a distribuição de remédios	03	4
Acesso a atendimento gratuito	03	4
Visitas domiciliares	03	4
TOTAL	123	100

O Programa Saúde da Família é de fato o acesso aos serviços de saúde que a comunidade precisava. Aqui, se nota que começa a haver uma preocupação sobre a igualdade no acesso aos serviços de saúde, principalmente quanto aos cuidados primários. Este fato está diretamente relacionado ao princípio da adstrição que pressupõe a responsabilidade de uma equipe de saúde ou profissionais por um determinado número de famílias, de base territorial definida, tendo em conta as condições de vida mais ou menos homogêneas. Esse acesso e proximidade com as famílias irá favorecer o envolvimento estreito com a comunidade e suas lideranças. O PSF poderá ser um instrumento de criação e de resgate da cidadania, já que a cidadania tem sua base na relação que favorece resultados positivos para as partes envolvidas no processo relacional.

Quanto à opinião sobre o que deve melhorar no atendimento do PSF (Tabela II), persiste ainda a importância do medicamento. Cerca de 29% referiram que deveria aumentar o fornecimento de medicamentos. Entretanto, 19% pareceram achar que está tudo bem, pois afirmaram que não precisaria melhorar nada.

O atendimento também aparece com uma necessidade de melhoria (21%), das famílias estão insatisfeitas com o atendimento de maneira geral, entre as queixas tivemos: aumento do número de consultas médicas, mais rapidez nas consultas, falta de gentileza e humanização e falta de solução de alguns problemas.

A importância das visitas domiciliares foi percebida pela população na medida em que 14% solicitaram aumento no número de visitas, incluindo aqui as realizadas tanto pelos agentes de saúde como pelos profissionais médicos e enfermeiros. As famílias mostram que valorizam esta atividade, e isso é uma informação interessante para os que atuam no programa, já que essa atividade é um elo importantíssimo entre as equipes e a comunidade. Para Mazza (1998) a visita domiciliar constitui uma atividade de assistência à saúde exercida junto ao indivíduo, à família e à comunidade. Seu objetivo é contribuir para a efetivação das premissas de promoção de saúde definidas pela Organização Mundial de Saúde, e adotadas também, pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

Ficou claro que as perspectivas de melhorias dos serviços estão nitidamente inseridas no modelo que prioriza a doença e o doente, fundamentado no conceito de saúde como ausência de doença e não como qualidade de vida. A valorização da atenção curativa e a falta de conscientização da importância da atenção primária, pode justificar essa expectativa. Com tudo isso, não se pode perder de vista a qualidade da assistência que tem sido oferecida pelas equipes do PSF. Não se pode esquecer também que os princípios norteadores do Programa de Saúde da Família são a universalização da atenção, a equidade, a integralidade e a participação da comunidade.

Tabela II - Opinião das famílias entrevistadas sobre o que deve melhorar no atendimento das equipes de saúde da família, Sobral, 1999

Opinião das famílias	Nº	%
Aumentar o fornecimento de remédio	21	29
Atendimento de maneira geral	15	21
Nada	14	19
Aumentar as visitas domiciliares	10	14
Aumentar o espaço físico dos postos	04	6
Presença de dentista	03	4
Realizar exames ambulatoriais nos postos	03	4
Ter ambulância	02	3
TOTAL	123	100

Tanto as atividades desenvolvidas pelo PSF, como os problemas de saúde resolvidos pela equipe estão eminentemente relacionados com a área curativa. As dificuldades na inversão do paradigma que trata da doença e do doente são percebidas no conjunto de atividades de que se ocupam as equipes, pois muitas ainda centram seu processo de trabalho na demanda espontânea e nas doenças. Contudo, percebemos uma tímida atuação na área de promoção e de prevenção (Tabela III).

No que concerne aos problemas resolvidos, as queixas e as doenças agudas relacionadas com a miséria são a grande demanda nas unidades (Tabela IV).

Tabela III - Atividades desenvolvidas pelo PSF que são do conhecimento das famílias entrevistadas, Sobral, 1999.

Atividade	Nº
Consulta da criança	27
Consulta de clínica geral	31
Pré-natal	28
Visita domiciliar	30
Fornecimento de medicamento	18
Prevenção de câncer de colo uterino	06
Vacinação	23
Solicitação de exames	10
Palestras	04
Tratamento da hipertensão	06
Tratamento da febre	04
Tratamento da gripe	08
TOTAL	118

Tabela IV - Problemas de saúde resolvidos pela equipe do PSF na opinião das famílias entrevistadas, Sobral, 1999.

Problema solucionado pelo PSF	Nº
Febre	12
Diarréia	11
Hipertensão	10
Pneumonia	10
Desnutrição	08
Tuberculose	04
Asma	04
Nervosismo	03
DSTs	03
Hanseníase	02
Alergia	02
TOTAL	69

A Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral ao realizar a I Oficina de Estratégias do Sistema Local de Saúde, em abril de 1997, com a participação de vários setores da comunidade, traçou a realidade objetiva do município. Esta oficina foi um mecanismo importante para organização e construção do primeiro Plano Municipal de Saúde de Sobral. Neste documento foram identificados alguns obstáculos, como: falta de compreensão dos conceitos fundamentais do modelo por parte dos profissionais e da própria população, o que dificulta um maior comprometimento com a sua construção; o descrédito provocado pela não continuidade de propostas anteriores; a lógica de funcionamento direcionada pela produtividade e a deficiência de recursos humanos (qualitativa e quantitativa); a falta de participação e controle social; a falta de integração dos profissionais nas diferentes ações realizadas. Parece-nos que a maioria deles não foi extinto por completo. Alguns destas dificuldades ainda latentes, podem contribuir para a demora da implantação efetiva do modelo assistencial.

O gerenciamento e organização do trabalho diário é o melhor caminho para organizar a demanda espontânea. Isto resultaria em tempo disponível para realização de ações de caráter preventivo. Com isso o PSF estará reordenando o modelo atual.

Verifica-se que só desta forma o PSF irá contribuir para a reorientação do modelo assistencial e, a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, construiria uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 1997)

Quando questionadas sobre os membros das equipes mais conhecidos, aparece o médico em primeiro lugar, 86% , os agentes de saúde em segundo com 84%, das respostas sobre o PSF e os enfermeiros em terceiro com 74%. Neste caso, é evidente o papel histórico da figura do médico. A população faz questão de conhecer e dizer o nome do seu médico. No imaginário popular, o médico ainda aparece como um ser que salva vidas, que resgata a saúde e que tem um conhecimento ilimitado. Outro fato que deve ter contribuído para essa concepção, é com certeza, o difícil acesso ao profissional médico que, historicamente, esteve mais disponível para as classes sociais mais elevadas.

O médico encontra-se mais próximo das famílias, a relação passa ser mais horizontal, por isso deve estar envolvido com a comunidade e seus problemas. É necessário um tempo maior para desmitificação da figura do médico e do reconhecimento do restante da equipe.

Quanto à satisfação da clientela, a classificação bom, muito bom, ótimo e excelente atingiu uma soma de 88%, sugerindo uma satisfação de maneira geral (Tabelas V e VI).

Tabela V - As atividades do PSF que foram julgadas como satisfatórias pelas famílias entrevistadas, Sobral, 1999

Atividades satisfatórias	Nº	%
Distribuição de medicamentos	4	3
Tudo	26	21
Nada	5	4
Atendimento	40	33
Visita domiciliar	12	10
Não sabe	19	15
Atenção das enfermeiras	3	2
Atividades em equipe	14	12
TOTAL	123	100

Tabela VI - Como as famílias entrevistadas classificam a atuação do PSF, Sobral, 1999

Opinião sobre o atendimento	Nº	%
Ruim	7	6
Regular	12	10
Bom	45	36
Muito bom	32	26
Ótimo	20	16
Excelente	7	6
TOTAL	123	100

É oportuno refletir sobre essa classificação, pois como se sabe, a população ainda está muito distante de aferir com precisão a qualidade dos serviços ofertados, principalmente as famílias de classe social baixa. Estes têm muita dificuldade de reconhecer seus direitos, algumas nem têm noção das obrigações do Estado para com ela, desconhecem sua participação no incremento e geração dos impostos. Pode-se encontrar indivíduos que acreditam que o internamento e tratamento em um hospital conveniado com o SUS é obra de caridade do governo. Campos (1991) faz uma reflexão oportuna: o pouco ou nenhum tempo de estudo é determinado da ausência do conhecimento sobre a forma correta de assistência que deveria ser oferecida, facilitando, assim, a aceitação de uma assistência que muitas vezes não é efetiva ou resolutive.

Acredita-se que os profissionais de saúde podem e devem atuar para o desenvolvimento da cidadania, ou seja, abrindo um debate sobre a qualidade da atenção, sobre as dificuldades estruturais, particulares e singulares, resgatando e fortificando o raciocínio crítico da comunidade de maneira geral.

Conclusão

A cidade de Sobral passa por um inusitado crescimento sócio – econômico, tem gerado empregos e apresenta um grande desenvolvimento no setor industrial. Tudo isso não a retira de um quadro que compromete a saúde dos seus municípios. Ainda é alta a taxa de desemprego, principalmente dos Distritos, que chegam a ter uma taxa de 80%. O analfabetismo que se constitui em um importante indicador de qualidade de vida, também ainda é alto no município.

O saneamento básico, instalações elétricas e sanitárias tiveram um avanço significativo com a atuação da última gestão. E na área da saúde, a municipalização e a implantação de uma política de atenção básica vem contribuindo significativamente para construção de um novo modelo. Alguns entraves dificultam o processo, mas parece que existe um contraponto muito poderoso: a vontade política dos gestores locais em efetivarem a atenção primária. Isto fica claro no investimento que vem sendo feito no município. Atualmente Sobral conta com 31 equipes do PSF, cobrindo teoricamente 100% de toda população.

Todas famílias deste estudo conhecem e utilizam os serviços prestado pelo PSF. O desejo de melhora esteve condicionado à cultura da assistência curativa. A promoção e prevenção da saúde aparecem timidamente nas ações da equipe. Isto reflete a incapacidade momentânea das equipes em reverter, imediatamente, o modelo que é movido pela demanda espontânea e assistência à doença.

Sobral tem caminhado a passos largos. Ainda que muito deva ser feito, este é o rumo. Pode-se afirmar que o município caminha **no rumo certo**.

Referência bibliográfica

- BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.
- _____, Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: residência multiprofissional em saúde da família*. Brasília, 1999.
- _____, Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá*. Brasília, 1996.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1991.
- DOMINGUEZ, B. N. R. *O Programa Saúde da Família: como fazer*. Belo Horizonte, 1998.
- MAZZA, M. M. P. R. *A Visita Domiciliar como instrumento de assistência de saúde*. Faculdade de Saúde Pública, Rio de Janeiro, maio, 1998.
- MIRANDA, A. S. *Programa Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito*. Fortaleza, 1998. mimeografado.
- SOBRAL, Prefeitura Municipal. *Plano Municipal de Saúde*. Sobral, 1997.