

O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DE TRABALHADORES E USUÁRIOS DE SAÚDE

THE FAMILY HEALTH PROGRAM UNDER THE VIEWPOINT OF HEALTH WORKERS AND USERS

Loremari Sberse

Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública, em Enfermagem Obstétrica, em Saúde da Família

Suzete Marchetto Claus

Enfermeira. Mestre em Educação. Especialista em Ciência e Ensino. Doutoranda em Saúde Coletiva. Coordenadora e Docente do Curso de Especialização em Saúde da Família. Assessora Pedagógica dos Cursos de Fisioterapia e Medicina

Instituição: Universidade de Caxias do Sul - UCS

RESUMO

A avaliação em saúde, dentro das sucessivas modificações por que tem passado o setor saúde, faz-se necessária para instrumentalizar as práticas dos trabalhadores, como também subsidiar as decisões dos gestores de saúde. Este trabalho de pesquisa tenta demonstrar a opinião de trabalhadores e usuários de saúde sobre as mudanças observadas a partir da implantação do Programa Saúde da Família - PSF na cidade de Monte Belo do Sul, nos principais aspectos da estrutura do serviço, dos processos de trabalho e os resultados observados, bem como identificar de que maneira esta estratégia vem se consolidando no processo de reforma iniciado com a implantação do SUS. Para tanto, foi aplicado um questionário a todos os trabalhadores de saúde e parte dos usuários do serviço de saúde, onde foram identificados os fatores facilitadores e dificultadores da utilização da UBS, motivos de procura da UBS pelos usuários e a resolatividade dos problemas, critérios para considerar um serviço de saúde de qualidade, grau de satisfação do usuário com o atendimento prestado e quais as mudanças na assistência observadas após a implantação do PSF. Os resultados demonstraram que, nos processos de trabalho da equipe, concentram-se os fatores que podem facilitar ou dificultar a utilização da UBS, bem como englobam a maior parte dos motivos de procura pelo serviço de saúde. A implantação do PSF obteve boa aceitação pelos usuários e estes se sentem atendidos em suas necessidades básicas de saúde, mas apresenta dificuldades de garantir as pactuações do sistema de referência com outros municípios.

PALAVRAS-CHAVE

Assistência à saúde, avaliação de programas, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The health evaluation, within the successive changes the health sector has passed, is necessary to give tools to the workers' practices as well as to subsidize the decisions of the health managers. This research tries to demonstrate the opinions of health workers and users about the changes noticed since the implementation of the Family Health Program - PSF in Monte Belo do Sul town, as to the main aspects of the service structure, the work processes and the results observed, as well as to identify the way this strategy has been consolidating in the restoration process which started with the implementation of SUS - Unique Health System. Thus, it was applied a questionnaire to all the health workers and part of the users', where the facilitating and inhibiting factors of UBS utilization were identified, reasons to look for UBS by the users and the problems resolativity, criteria to consider the quality degree of a health service, the user's satisfaction degree with the service rendered and the changes in assistance noticed after the implementation of PSF. The results showed that, in the team work process, the factors, which can facilitate or inhibit the UBS utilization, are concentrated as well as they include the majority of reasons for the need of the health service. The PSF implementation was well accepted by the users and they feel their basic health needs were satisfied, but it presents difficulties in assuring the agreements of the reference system with another towns.

KEY WORDS

Health assistance, programs evaluation, "PSF" - Family Health Programs

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família, que vem como uma estratégia para ajudar a superar as dificuldades e consolidar os preceitos e diretrizes do SUS, visto que tem como base os pressupostos da Reforma Sanitária, tem como intenção reorganizar o modelo assistencial, baseia-se na prática da vigilância à saúde e tem como função centralizadora o cuidado à família.

Segundo Viana (1998), o programa é definido como uma estratégia que privilegia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes de forma integral e contínua. O objetivo do programa é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional centrado na assistência curativa e hospitalar.

As modificações no modelo assistencial, que realçava a doença e o hospital, por um modelo de valorização da prevenção e da promoção da saúde, juntamente com a participação da comunidade, têm, no PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e no PSF (Programa Saúde da Família), a possibilidade de estabelecer uma nova prática de saúde e concretizar as diretrizes do SUS. Estes programas provocaram mudanças na forma de organização dos serviços, na distribuição dos recursos e na forma de remuneração das ações de saúde.

As necessidades especiais que o PSF incorpora, como a mudança do objeto de atenção, saindo do indivíduo para a família e comunidade, as ações de vigilância à saúde, e a necessidade de equipes integradas com a atuação inter e multidisciplinar, com responsabilidade sobre a população de abrangência, fazem com que os profissionais envolvidos sejam capacitados para esta nova necessidade profissional que se apresenta, ou seja, profissionais engajados, dispostos a modificarem suas condutas, com conhecimento, atitudes e habilidades adequadas ao novo modelo.

O PSF nasce como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, visa à reorientação das práticas de atenção à saúde do modelo assistencial para um modelo voltado à atenção familiar dentro da comunidade na qual está inserida, e prioriza as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma universal, integral, equânime e resolutiva. A Unidade Básica de Saúde, que sedia as equipes de PSF, é a porta de entrada dos serviços de saúde, e a Equipe de Saúde trabalha de forma integrada e interdisciplinar. O PSF vem também para fortalecer o Controle Social sobre as ações de saúde, na medida em que tornava pré-requisito obrigatório a atuação do Conselho Municipal de Saúde na implantação do Programa Saúde da Família.

A avaliação em saúde, dentro das sucessivas modificações por que tem passado o setor

da saúde, principalmente após a reforma sanitária, faz-se necessária dar instrumentos às práticas dos trabalhadores de saúde, como também subsidiar as decisões dos gestores de saúde. O Ministério da Saúde refere que a implantação e o desenvolvimento do PSF deveriam ser acompanhados e avaliados, servindo para a definição de programas de educação permanente, aprimoramento gerencial e aplicação de recursos, devendo, ainda, buscar formas de se ampliar a divulgação e discussão dos dados. Sugere também que a avaliação deve ser capaz de julgar aspectos como satisfação do usuário, qualidade do atendimento, desempenho da equipe, satisfação dos profissionais, alterações do modelo assistencial e impacto nos indicadores de saúde (BRASIL, 1997).

Neste sentido, também são importantes as avaliações que se fazem em nível da qualificação da Atenção Básica, ou seja, da melhoria da qualidade e da resolutividade da prestação da assistência à saúde, já que é orientação do Ministério da Saúde que a implantação do Programa Saúde da Família seja estratégica para a reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2002).

OBJETIVO GERAL

Examinar a percepção das mudanças ocorridas no Sistema de Saúde de Monte Belo do Sul, que possui 100% de cobertura pelo PSF, a partir da implantação do Programa Saúde da Família, que ocorreu no ano de 2001, na ótica dos trabalhadores e usuários de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, junto à Equipe de Saúde e à população do município, a percepção quanto aos fatores que facilitam e

dificultam a utilização da Unidade Básica de Saúde pela população.

- Identificar quais são os principais problemas de saúde da população e a sua forma de resolução.
- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores do processo de trabalho da Unidade de Saúde.
- Identificar quais os critérios utilizados pelos trabalhadores e usuários para considerar o Serviço de Saúde de qualidade.
- Identificar se o atendimento oferecido após a implantação do PSF melhorou em relação ao anterior à implantação do programa.

METODOLOGIA

Sujeitos da pesquisa

Os trabalhadores municipais da saúde, que participaram da pesquisa, totalizam 17, abrangendo 20% das famílias parte do PSF, ou seja, 167 famílias.

Critérios para escolha dos sujeitos

A Equipe de Trabalhadores da Saúde é composta por uma enfermeira, duas médicas, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar administrativo, seis agentes comunitários, o Secretário de Saúde, dois odontólogos, um auxiliar de consultório dentário e o motorista, por estarem diretamente ligados na prestação de assistência à saúde. A seleção das famílias deu-se com a entrega dos questionários para as famílias que se encontravam em casa, no momento da visita domiciliar. Foi respeitada a proporcionalidade entre as microáreas de abrangência, ou seja, 20% das famílias de cada microárea foram selecionadas.

Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados dos trabalhadores de saúde e das famílias acompanhadas pelo PSF, foram construídos dois instrumentos, na modalidade de questionário que identificaram aspectos referentes, dentre outros, ao acesso, integralidade da atenção, resolutividade, problemas e necessidades de saúde, implantação do PSF e satisfação do usuário.

Para organização dos dados da pesquisa, optou-se por avaliar todas as respostas e categorizar os discursos dentro dos critérios de estrutura, processo e resultados. Considerou-se estrutura, como os atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis da Unidade Básica de Saúde, processo, como a atenção que a equipe de saúde dispensa ao paciente, como tratamento, reabilitação e educação, além da habilidade com que efetuam este serviço e a relação entre clientes e profissionais (cortesia, apoio, respeito), bem como o acesso, a cobertura oferecida e a continuidade dos serviços prestados. Na categoria “resultado”, considerou-se o que se obtém para o paciente, supondo uma alteração no estado de sua saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação.

RESULTADOS OBSERVADOS

Fatores facilitadores ou dificultadores do acesso à Unidade Básica de Saúde

Na dimensão “estrutura”, o acesso tanto geográfico quanto organizacional, como fator facilitador da utilização da UBS, representou a maior parte das respostas, para os dois grupos. Isto pode significar, que há concordância na compreensão de acesso nas duas lógicas: geográfica e organizacional. A garantia do acesso possibilita que o Programa Saúde da Família seja a porta de

entrada para o Sistema de Saúde e também pode possibilitar o vínculo entre a equipe e o usuário, consolidando o processo de reforma iniciado pela implantação do SUS, revertendo a lógica do modelo tradicional, onde o hospital é a porta de entrada, viabilizando a reorganização do modelo assistencial e provocando reflexos em todos os níveis do sistema de saúde.

Para os dois grupos de sujeitos, a maioria dos aspectos, que facilitam a procura pela UBS, está concentrada na categoria “processos de trabalho”. Pode-se pensar que, para os dois grupos, os processos de trabalho, ou seja, a forma como o serviço se organiza e a atenção que a equipe dispensa no cuidado do usuário, podem ser mais importantes ou significativos do que os atributos materiais oferecidos e do que os resultados obtidos.

Nos aspectos dificultadores, para os dois grupos de sujeitos, os itens da categoria processo de trabalho foram os mais citados, principalmente quanto aos aspectos organizacionais. Respostas como a falta de especialistas, falta de atendimento 24 horas por dia, finais de semana e feriados (citados, principalmente, pelos usuários), bem como a falta de médicos diariamente (não ter consultas em todos os turnos) são entendidas como aspectos dificultadores da utilização da UBS.

Em relação à citação feita pelos usuários, a falta de médicos durante o dia todo, referindo-se a ter consultas médicas apenas na parte da manhã, é importante salientar que o horário de trabalho do médico é de 8 horas diárias, conforme preconizado pelo Programa, mas, como as consultas individuais concentram-se na parte da manhã, ficando o horário da tarde reservado para atendimentos de pacientes dentro de alguns programas, atividades comunitárias ou emergências, isto pode não estar satisfazendo a todos os usuários, pois alguns podem ter mais facilidade se forem atendidos no turno da tarde. Além dis-

so, talvez, os usuários continuem percebendo o atendimento individual (consulta) e curativo, e a prescrição de medicamentos como a única alternativa concreta de atendimento às suas necessidades de saúde, e não estejam percebendo as outras atividades, como o trabalho educativo, ações coletivas etc., como ações desenvolvidas para melhorar as condições de sua saúde.

A mudança na forma de observar o processo de trabalho pode esbarrar na cultura construída ao longo dos tempos, onde o atendimento em saúde baseia-se no atendimento individual e médico. Talvez a Equipe de Saúde deva trabalhar no sentido de que o usuário compreenda que seu atendimento de saúde não se restringe apenas à consulta médica e ao medicamento, e, sim, ao atendimento em saúde integral, que comporta os vários saberes da Equipe de Saúde. Tentar mudar esta concepção do modelo de assistência é fundamental para o sucesso e aceitação do Programa Saúde da Família. Mudar a cultura construída pode ser um dos grandes desafios para a Equipe de Saúde da Família.

Os processos de trabalho foram os mais apontados como facilitadores e dificultadores da utilização da UBS. Neste sentido, Merhy (1998) propõe a utilização de tecnologias duras (equipamentos, exames) e tecnologias leves (vínculo, escuta) para produzir atos (procedimentos, acolhimentos e responsabilização) que produzam intervenções. O acolhimento seria uma destas tecnologias (leves), como etapa do conjunto no processo de trabalho, que pode ocorrer em todos os lugares em que se constituam encontros entre trabalhadores e usuários, num processo mútuo de reconhecimento. No acolhimento, é possível ter-se as relações entre trabalhadores e usuários que podem facilitar ou dificultar a utilização da UBS. Estabelecer estratégias de acolhimento com escuta qualificada, investir na qualidade técnica dos profissionais, organizar o serviço de forma que o fluxo dos usuários seja facilitado e que as ações sejam adequadas às necessidades locais parecem facilitar o acesso dos usuários ao serviço

de saúde, e, talvez, melhorar a resolutividade das necessidades de saúde do usuário.

Motivos de procura pela UBS e resolução dos problemas de saúde

Nos dois grupos (usuários e trabalhadores), houve concordância quanto aos itens gratuidade, acesso facilitado, vacinas, medicamentos e o atendimento médico, como motivos que levam a população a procurar a UBS. Os dois grupos citam a maioria dos motivos que levam a população a procurar a UBS dentro da categoria processos de trabalho. Entretanto, nem os trabalhadores nem os usuários citaram critérios de resultados como motivos de procura pela UBS, ou seja, as mudanças que o usuário obtém em seu estado de saúde e a satisfação com o atendimento recebido não se apresentam como motivos neste item.

Para os dois grupos, a Atenção Básica parece estar solucionada pela ESF como nas citações dos problemas resolvidos: consultas clínicas, atendimentos odontológicos e de enfermagem e exames não complexos. Em contrapartida, a média complexidade apresenta-se insuficiente para enfrentar os sérios problemas e necessidades de saúde da população como descrito nas seguintes citações dos problemas não resolvidos: exames de alto custo, consultas especializadas e atendimentos mais complexos.

Os dois grupos destacam, também, que a contratação de especialistas, a ampliação do horário de atendimento, o aumento da oferta de atendimento médico e realização de atividades de educação em saúde para comunidade são as principais alternativas para resolver os problemas de saúde da população. Os dois grupos poderiam estar sinalizando, desta forma, que a boa estruturação da dimensão organizacional poderia dar conta da melhoria do serviço de saúde.

Cabe ressaltar que, para os dois grupos, a necessidade de melhorias na estrutura, como ampliação dos recursos humanos e melhora das condições físicas, foram menos representativas do que os apontamentos sobre as melhorias nos processos de trabalho como resolutivas para os problemas de saúde da população.

Critérios de qualidade e satisfação de um serviço de saúde

Para os dois grupos de sujeitos, os processos de trabalho na subcategoria “dimensão técnica”, com as citações “qualificação profissional, o atendimento de qualidade e o bom atendimento”, aparecem como critérios para considerar de qualidade um serviço de saúde. Isto demonstra a preocupação dos dois grupos com a qualidade técnica do profissional ao qual o usuário confia seu cuidado de saúde. Ele também como valoriza os aspectos do acolhimento que recebe, ficando evidente nas falas como: “ser atendido por pessoal simpático e educado”, “que o serviço não faça distinção entre as pessoas”, “ter paciência e respeito com os pacientes”.

A literatura aponta que o usuário de saúde busca obter, no acolhimento, uma relação de compromisso do trabalhador de saúde, esperando atenção, escuta e respeito por parte deste. O acolhimento é considerado um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas, não se limitando em apenas receber o usuário, mas, sim, em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho de saúde. Acolher envolve escuta, valorização de queixas e identificação das necessidades. Resgatar a dimensão do humano na prática sanitária e estabelecer vínculo implicam no conhecimento recíproco entre as famílias e a ESF (BRASIL, 2001). Giovanella et al. (2002) consideram, também, que as estratégias de acolhimento buscam oferecer algum tipo de resposta a todos os pacientes que procuram a UBS, humanizando o

atendimento, e a presença destas estratégias sugere atendimento integral, pois amplia o escopo de atendimentos de demanda pelas unidades.

Dos usuários de saúde de Monte Belo do Sul, que responderam ao questionário, 85,3% afirmam estarem satisfeitos com o atendimento em saúde de que o município dispõe, e, para a grande maioria dos usuários, esta satisfação está relacionada aos processos de trabalho, ou seja, ao que a Equipe de Saúde dispensa ao paciente como tratamento, a habilidade com que efetuam essa atenção e, também, a relação entre clientes e profissionais, como a cortesia, respeito, etc. A consideração da satisfação do usuário relacionada ao bom atendimento é apontada pela literatura, que refere que, ao ser bem atendido, o usuário tem um forte potencial para considerar o serviço de saúde de qualidade, e os pacientes são muito sensíveis ao trato que recebem e, com freqüência, usam basicamente este elemento para julgar a qualidade de atenção como um todo, incluindo as qualidades técnicas (DONABEDIAN 1992). Para Silva e Formigli (1994), a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o sujeito tem do cuidado que recebe.

O grau de satisfação ou insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. Pode relacionar-se também com aspectos da infra-estrutura material dos serviços e com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. Em decorrência destes fatos, é que se torna relevante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade dos serviços.

Talvez os sujeitos estejam apontando que, nos processos de trabalho, tenham-se as ferramentas mais importantes para considerar a qualidade do serviço de saúde, reforçada pelos apontamentos dos usuários, onde os processos de trabalho englobaram quase a totalidade dos motivos de satisfação diante da oferta dos serviços de saúde. Parece, novamente, que o investimento nos processos de trabalho com ênfase

nas tecnologias leves, como o vínculo e o acolhimento dos usuários em todos os momentos em que haja relação e que se estabeleça um vínculo efetivo entre trabalhadores, podem potencializar a satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde recebidos.

Mudanças no atendimento de saúde após a implantação do PSF

Dos 129 usuários que responderam se o atendimento de saúde melhorou no município, após a implantação do PSF, 114, ou seja, 88,4% responderam que o atendimento melhorou, 1,5% responderam que não melhorou e 10% deram outras respostas. A melhora do atendimento teve justificativas na categoria estrutura do serviço (9,3%), na categoria processos de trabalho (59,5%), e na categoria resultados (17,4%) das citações.

Há a indicação pela fala dos usuários de mudança efetiva na forma de organização do serviço e extensão das ações junto à comunidade. As citações referem melhora da estrutura nos aspectos de oferta de equipamentos, medicamentos e mais recursos humanos disponíveis. Os processos de trabalho representaram a maioria dos motivos que justificam a melhora do atendimento após a implantação do PSF, como: atendimento domiciliar pela Equipe de Saúde, visita domiciliar sistemática do agente comunitário, acompanhamento sistemático e melhora nos aspectos de organização da UBS. Nos resultados, são relatadas a melhora do atendimento, a preocupação e compromisso dos profissionais, a informação e a resolutividade.

Os processos de trabalho, como o atendimento domiciliar pela Equipe de Saúde, e a visita domiciliar pelo agente comunitário receberam destaque na avaliação da melhora do atendimento de saúde, após a implantação do PSF.

Neste sentido, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar facilita a abordagem do indivíduo como um todo, tanto nos aspectos de atividades de promoção e prevenção, como de cura e reabilitação. A soma dos olhares facilita a abordagem integral. O trabalho do agente comunitário soma-se a este, pois traz, para a equipe, o conhecimento de quem pertence ao grupo e território de cobertura/ação. O agente comunitário é o interlocutor entre a Equipe e usuários, definindo-se no elo de ligação destes, e, no caso da Equipe de PSF de Monte Belo do Sul, o trabalho do agente comunitário constitui-se como o fator importante, na fala dos usuários, de melhora do Sistema Municipal de Saúde, quando comparado ao período anterior à implantação do PSF, conforme apontado por Viana de Dal Poz (1998), que cita que os agentes comunitários têm o maior envolvimento com o programa e dão o “rosto” ao PSF, estão em contato direto com a comunidade e são a novidade na atenção básica. Apesar do PSF também possibilitar melhoras na estrutura do serviço, este item pouco foi representado pelo usuário para justificar a melhora do atendimento após a implantação do PSF. Os processos de trabalho, pelo contrário, justificaram a maior parte das citações.

CONCLUSÕES

Na avaliação de estrutura, processos e resultados propostos por esta pesquisa, o estudo mostrou que houve melhora nos aspectos de estrutura do serviço evidenciado pela melhora na oferta de recursos humanos, melhora na oferta de equipamentos e de medicamentos e garantia do acesso ao serviço. Nos aspectos de processos de trabalho, foram apontadas melhorias na atenção que a Equipe dispensa ao paciente, como na relação estabelecida no acolhimento com o bom atendimento, atendimento com qualidade e re-

lações de cortesia e melhora na organização dos fluxos internos da UBS. Nos aspectos de resultados, a resolatividade e a satisfação do usuário são demonstradas, bem como a sinalização da melhora do atendimento, com a implantação do Programa Saúde da Família.

No conjunto, pôde-se avaliar que os processos de trabalho englobam grande parte das falas dos sujeitos, e que a resolatividade da atenção pouco foi pontuada na fala, principalmente dos trabalhadores de saúde. Isto pode estar apontando para a importância que os processos de trabalho adequados têm para qualificar os serviços de saúde, e que a pouca visibilidade sobre a resolatividade das ações, principalmente dos trabalhadores de saúde, merece especial atenção, pois talvez este grupo não esteja avaliando adequadamente seu trabalho.

Os dois grupos de sujeitos concordaram na maioria dos aspectos desta pesquisa como: o acesso ao serviço é fator facilitador da utilização da UBS; os processos de trabalho podem facilitar ou dificultar a utilização da UBS; há resolatividade, por parte do serviço, na atenção primária, mas a atenção secundária, como consultas especializadas, exames de alto custo e cirurgias, não é resolvida adequadamente, e que a contratação de especialistas seria uma alternativa importante para resolver os problemas de saúde da população, assim como a ampliação do horário de atendimento e a prática de atividades educativas. Os dois grupos também concordam que os processos adequados de trabalho qualificam os serviços de saúde, e, oferecer um bom atendimento com acolhimento e atendimento de qualidade e resolutivo é o critério mais representativo para qualificar um serviço de saúde.

De maneira geral, este estudo apontou que houve melhora na atenção à saúde em Monte Belo do Sul, após a implantação da Equipe de Saúde da Família, garantida, através da melhoria do acesso da população às ações de saúde, pe-

las relações de responsabilização, acolhimento e vínculo, melhora na resolatividade da atenção, pelo aumento das ações de promoção e prevenção, garantia do atendimento na atenção básica, acesso a exames e oferta de uma boa variedade de medicamentos. Mostrou, também, a dificuldade da garantia da atenção secundária (especialistas), por falta ou não cumprimento das referências, comprometendo, desta forma, a integralidade da atenção. O estudo sinalizou, também, que deve haver um movimento importante nas mudanças dos processos de trabalho, principalmente nas tecnologias leves, como o acolhimento e vínculo, para se poder tentar a virada do modelo hegemônico vigente e se concretizar a estratégia do PSF.

Para o Ministério da Saúde, o PSF tem a atribuição de desenvolver ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, mas propondo-se a uma tarefa maior do que a simples extensão de cobertura e ampliação do acesso. O PSF deve promover a reorganização da prática assistencial, com novos critérios de abordagem, provocando reflexos em todos os níveis do sistema. Desta forma, é considerado como a principal estratégia de qualificação da atenção básica e reformulação do modelo assistencial (BRASIL, 2002). Em Monte Belo do Sul, os usuários têm se mostrado satisfeitos com as modificações na atenção à saúde conquistada e com a resolatividade alcançada, apontando, desta forma, que, apesar das dificuldades encontradas, o Programa Saúde da Família tem se concretizado no município como modificador das práticas tradicionais de assistência à saúde, pois está garantindo, ao usuário, o acesso às ações de saúde, tem tentado trabalhar como o acolhimento e vínculo do usuário e tem apresentado avanços na resolatividade da atenção.

Estas conclusões também são apontadas pela literatura que indica que um grande avanço alcançado com a implantação do PSF é a exten-

são da cobertura das atividades de promoção e prevenção, proteção e recuperação da saúde. No aspecto resolutividade, também as equipes têm avançado, pois enfoca todos os níveis de atenção, desde a atenção básica, passando pelo nível secundário das especialidades, até a atenção de nível mais complexo (REVISTA..., 2002b).

Pôde-se constatar que é possível produzir-se mudanças que favoreçam a reorganização dos processos de trabalho de maneira que resultem em ações positivas para a população, como práticas de trabalho que contemplem estratégias de acolhimento e vínculo com escuta qualificada e resolutiva, serviços que incorporem as necessidades dos usuários e que sejam guiados por estes para o estabelecimento do fluxo de ações, que facilitem o acesso não só geograficamente, mas principalmente em sua organização de trabalho, que produzam universalização na atenção e que sejam resolutivos, produzindo indicadores positivos no quadro de morbimortalidade.

Este estudo não teve a pretensão de finalizar a discussão sobre o assunto, mas sim demonstrar a importância de se estar atento às opiniões de trabalhadores e usuários do Sistema de Saúde e, também, que, estas opiniões podem dar subsídios importantes para a tomada de decisão quanto às melhores alternativas para assistir a população e melhorar a resolutividade da atenção em saúde.

REFERÊNCIAS

- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Ática, 1998.
- BITTAR, O. J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 12, jul./set. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.
- _____. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Brasília, DF, 2001.
- _____. Portaria nº 1121, de 17 de junho de 2002.
- _____. Portaria nº 1886/GM, de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997.
- _____. Portaria nº 1121/GM, de julho de 2002. Pacto dos indicadores da atenção básica. Brasília, DF, 17 jul. 2002.
- _____. **Instituto para o desenvolvimento da saúde: manual de enfermagem**. Brasília, DF, 2001.
- BRAVO, M. I. S. Reflexos sobre pesquisa e processos de formulação e gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação em serviço social: o trabalho da assistente social e as políticas sociais**. Brasília, DF, 2000, p.79-94. Módulo 3.
- _____. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, jul./set. 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196, de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out.1996.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 29-48.
- DONABEDIAN, A. **Garantia y monitoría de la calidad de la atención médica**. [S. l.]: [S. n.], 1992. 73p.
- FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Geral, 1979. 294p.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, ano 20, v. 26, n. 60, jan./abr. 2002.

GOLDIN, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997. 199p.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa**: uma introdução. São Paulo: EDUC, 2000. 108p.

MENDES, E. V. et al. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

MERHY, E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadosa da produção em saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. São Paulo: [S. n.], 1998.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set., 1993.

PAIM, J. S.; A. FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4 p. 299-316, 1998.

PAIM, J. F. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

PELOTAS. PREFEITURA MUNICIPAL. **SUS controle social como desafio para fazer cumprir as leis**. Pelotas, [200?] Ceregraf.

REIS, E. J. F.B. et al Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, Jan./mar. 1990.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília, DF, v. 2, n. 5, maio 2002.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília, DF, v. 2, n. 4, jan. 2002.

ROSEN, G. As origens da saúde pública. In: _____. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994, p. 31-34.

SILVA JÚNIOR, A. G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. **Saúde em Debate**, São Paulo, 1998.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 10, n. 1, jan./mar. 1994.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. **Reforma em saúde no Brasil**: análise da formulação e implementação do Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: [s. n.], 1998.