

Programa de Saúde da Família: Inclusão dos Usuários na Escolha dos Serviços Oferecidos

Family Health Program: Inclusion of Users in the Choice of Services Offered

EUMENDES FERNANDES CARLOS¹
CÉSAR CAVALCANTI DA SILVA²
ANA TEREZA MEDEIROS C. DA SILVA³
JOÃO EUCLIDES FERNANDES BRAGA³

RESUMO

A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde legitimou a participação popular nas decisões a serem tomadas neste setor através de um controle social, mas a população ainda não se sente participante desse processo decisório. *Objetivo:* Com essa pesquisa objetivou-se identificar as contradições existentes no processo de escolha dos programas de saúde oferecidos nas Unidades de Saúde da Família. *Materiais e Métodos:* Empregou-se um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, na qual a produção do material empírico foi possibilitada pelo uso da técnica da entrevista semi-estruturada e estabelecimento da posição social dos entrevistados, mediante o uso da Técnica de Análise de Discurso. *Resultado:* Na amostra pesquisada, a participação dos usuários dos serviços de saúde, na escolha dos serviços oferecidos é parcial e unilateral, pois não é chamada a opinar sobre sua locação e alcance. *Conclusão:* Conclui-se que o processo de montagem dos programas de saúde que compõem as Unidades de Saúde da Família ainda não conta com a participação da comunidade o que interfere no atendimento das necessidades de saúde da população.

DESCRIPTORIOS

Participação Comunitária. Programa Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

SUMMARY

Law 8142 of December 28, 1990 that provides for community participation in the management of the Unified Health System legitimized popular participation in decisions to be taken in this sector through a social control, but the population still does not feel this process participant making. *Objective:* In this research aimed to identify the contradictions in the process of choosing health programs offered at the Family Health Units. *Materials and Methods:* We applied an explorative study, descriptive, qualitative approach, in which the production of the empirical material was made possible by the use of the technique of semi-structured interview and the establishment of the social position of respondents through the use of the technique Discourse Analysis. *Results:* In this sample the participation of users of health services, choice of services offered is partial and unilateral because it is not called upon to opine on its location and scope. *Conclusion:* We conclude that the assembly process of health programs that make up the Family Health Unit has yet to community participation which interferes in meeting the health needs of the population.

DESCRIPTORS

Consumer Participation. Family Health Program. Single Health System.

1 Professor da Escola de Enfermagem Nova Esperança – Mossoró-RN.

2 Professor do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração da Universidade Federal da Paraíba

3 Professor(a) do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba.

O objeto deste estudo é a inclusão dos usuários do Programa Saúde da Família (PSF) no processo de escolha dos programas de saúde oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem a finalidade de refletir sobre a necessidade de participação da população usuária dos serviços de saúde no processo de escolha e implantação dos programas oferecidos nestas unidades de saúde.

A sociedade brasileira tem uma história marcada pelo autoritarismo e pela exclusão. Desde a sua origem, a divisão entre “cidadãos” e “não cidadãos” marcou as relações sociais no país. Ao longo dos anos e das lutas populares pela cidadania muitas conquistas foram alcançadas, particularmente no plano dos direitos civis e políticos. Dentre elas a liberdade de locomoção, a liberdade de crença religiosa, a liberdade de associação, a igualdade perante a lei, e participação mediante direito ao voto (BARROS, 1988).

Instada por esse sentimento de mudança a sociedade brasileira participou da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no final da década de 1980 do século passado, para discutir a situação da saúde no país. Do diálogo resultante desse encontro gerou-se um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o ideário do projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimada pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares. O resultado das discussões propostas pela Reforma Sanitária foi aprovado na Assembléia Nacional Constituinte e passaram a compor a Constituição de 1988, que em seu Artigo 196 declara a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, legitimou a participação popular nas decisões a serem tomadas neste setor, garantindo-lhe assento nos Conselhos de Saúde.

A idéia de participação comunitária no setor saúde apareceu no início do século XX, como componente ideológico e prático do movimento dos centros comunitários de saúde norte-americanos, representando um novo padrão de relação entre Estado e Sociedade. A proposta da Medicina Comunitária apareceu a partir do momento em que as ações de saúde pública passaram tecnicamente a depender do assentimento da população

para sua implementação e eficácia. A população deixou de ser alvo inerte de uma ação centralista e normativa no campo sanitário e passou a ser chamada a cumprir um papel ativo e consciente no esforço de busca da saúde pública (CARVALHO, SANTOS, 1995)

Nesse sentido, a população tem o direito e o dever de participar das decisões, proporem linhas de ação e programas que considerem mais importantes, bem como controlar a qualidade e o modo como são desenvolvidos, além de fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados. Esse desafio assume uma configuração mais nítida e contrastante quando se trata de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social (TRAD, 2002)

Foi tentando superar esse desafio que a proposta de Atenção Básica de Saúde veio orientando a reorganização da lógica assistencial do SUS. Isso teve início em 1994, com a operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF), incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Estratégia de Saúde da Família busca a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (MARQUES, MENDES, 2002)

Nesse contexto, o PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer (MARQUES, MENDES, 2002).

Foi com essa lógica que o PSF se inseriu na vida dos cidadãos brasileiros, mostrando-se como uma estratégia, onde o ponto central seria o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Tendo ainda, como enfoque, um âmbito preferencial de atuação no nível de atendimento primário, ou seja, a população usuária passaria a ser entendida a

partir do espaço em que vive, possibilitando, desta forma, uma maior eficácia e uma melhor qualidade das ações sanitárias (SECLIN-PALACIN, 2004).

O PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente e busca fazer isso através dos princípios da equidade, da qualidade, da integração, da democratização e da descentralização das ações básicas de saúde. Nesse sentido a família passou a ser o objeto da atuação, entendida a partir do espaço em que vive, estuda e trabalha, professando assim as diretrizes norteadoras do SUS, a exemplo do fortalecimento do controle social e a participação comunitária no processo de planejamento e avaliação (TEIXEIRA, 2004)

Sendo assim a participação dos usuários na prática do PSF é de suma importância, pois a comunidade é a razão de sua existência e, portanto, precisa ser identificada como perfeitamente capaz de avaliar, intervir e modificar o próprio sistema em que está inserida, fortalecendo assim, o fazer democrático da saúde (TEIXEIRA, 2004)

A saúde da família como estratégia estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde tem provocado um importante movimento de reordenação do modelo de atenção a saúde. Ao mesmo tempo em que busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas Equipes (BRASIL, 2006)

Porém, mesmo com a melhoria dos indicadores de saúde, verifica-se um descompasso entre o que o SUS preconiza na teoria e o que se observa na prática. Como aluno do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), participante do Estágio Supervisionado I, em uma Unidade de Saúde da Família, testemunhamos a não participação dos usuários da Unidade na escolha dos programas oferecidos a população.

Acostados ao pensamento de que a participação ou inclusão dos usuários na escolha dos serviços de saúde, a serem oferecidos nas Unidades de Saúde da Família, possibilitaria uma maior cobertura da área e atendimento a necessidades de saúde dos usuários, questiona-se: a participação dos usuários no processo de escolha e implementação dos programas de saúde nas unidades de saúde da família traria benefícios para o serviço e para a comunidade? Para responder a esta questão, formula-se os seguintes objetivos:

OBJETIVOS

Conhecer os procedimentos de escolha dos

programas de saúde oferecidos nas Unidades de Saúde da Família a seus usuários e identificar as contradições existentes no processo de escolha dos programas de saúde oferecidos nas Unidades de Saúde da Família.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Utilizou-se como instrumento para a investigação um roteiro de entrevista semi-estruturada, constituído por uma única questão: *No processo de implantação da USF Eucaliptos, a comunidade foi ouvida para proposição dos serviços a serem oferecidos pela Unidade?* Participaram da pesquisa quatro usuários do serviço, doravante representados pela sigla E1, E2... E4, sendo que todos os participantes eram moradores da comunidade na qual a unidade de saúde foi instalada.

A produção do material empírico deu-se mediante gravação de depoimentos e foi precedida de uma explicação sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos quatro usuários escolhidos de forma aleatória. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do CCS/UFPB, protocolado sob o número 1347/07 e aprovado em reunião realizada no dia 31/10/2007, deu-se início à coleta dos dados em conformidade com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996)

A produção do material empírico foi possibilitada por meio da transcrição das entrevistas gravadas mediante a permissão dos entrevistados. A análise do material empírico foi realizada através da técnica da Análise de Discurso na vertente proposta por FIORIN, (1999) indicada para pesquisas qualitativas e cujo princípio básico é, ao receber um texto onde tudo parece mais ou menos disperso, reconhecer o nível abstrato (temático) que lhe dá coerência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tema participação é uma lente que possibilita um olhar ampliado para a História. O resgate dos processos de participação leva às lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania. No âmbito dos usuários dos serviços de saúde, a disponibilização desse bem social é parcial e unilateral, pois, justamente essa parcela da comunidade não é chamada a opinar sobre sua locação e alcance, conforme demonstra os depoimentos a seguir:

[...] a comunidade eu não sei se foi ouvida, mais eu mesmo não fui ouvida, ta entendendo! [...] (E1)

Nós não fomos ouvidos, entendeu [...] o posto de saúde logo após que veio foi implantado e a equipe se instalou e não foi discutido quais os programas seriam feitos no PSF, mais sim aquela coisa modelo, né, que já existe. (E2).

[...] o PSF já foi sendo implantado, já chegou pra população dizendo assim, vai ter [...], não reuniu pra dizer assim, vocês querem que tenham? [...] até onde eu sei não reuniu não, [...] o que ia ter todos já sabiam [...] (E3).

[...] não convidaram, agora quando foi implantado mesmo, a unidade já estava implantada [...] aí ele falou de todos os programas que tem dentro do PSF, ... isso tudo foi discutido com a comunidade quando o Programa já estava implantado, só faltava funcionar na prática [...] (E4).

Com base nos depoimentos dos usuários é possível perceber que o processo participativo foi deixado de lado no momento da formação dos serviços, ou seja, não houve participação popular. Os usuários ficaram a mercê de decisões superiores, quanto a o que seria oferecido em termos de serviços a comunidade.

O controle social é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral das comunidades. Suas manifestações mais importantes são o cidadão e o usuário no centro do processo de avaliação, deixando o Estado de ser o árbitro infalível do interesse coletivo e do bem comum (SANTOS, CARVALHO, 1992)

A possibilidade de elaboração de políticas de inclusão dos setores excluídos social e economicamente da realidade brasileira, em processos de deliberações e decisões dos destinos das políticas governamentais, recoloca o tema da participação popular na esfera pública, assim como os coloca na condição de sujeitos para a construção de projetos democráticos. A população usuária dos serviços de saúde reconhece que mobilizada em torno de um único objetivo é capaz de ter suas necessidades atendidas, conforme fica evidente nos depoimentos a seguir:

[...] é porque as pessoas daqui, assim, se deslocavam lá pros bancários, ali no posto dos

bancários e também pra “SOS”[...] aí muitas pessoas reclamando, porque chegava no “SOS” não tinha oportunidade de ser atendida, chegava no postinho de bancários muito cedo e não tinha oportunidade de ser ouvida, eu acredito que as pessoas começaram a reclamar, por isso então eu acho que aconteceu isso, gerou o PSF daqui (E1).

[...] a questão de prioridade da comunidade, seria [...] o posto de saúde [...] (E2).

Bem, quando se deu a proposta pra essa unidade aqui na comunidade foi uma mobilização da própria comunidade que foi lá e disse não agente ta precisando de um serviço de saúde, porque é muito longe o que tem, o que agente tinha antes era longe, precisava atravessar a pista, que é perigoso [...] então a própria comunidade queria o serviço de saúde, porém ela reivindicou o serviço de saúde [...] (E4).

Uma comunidade organizada é capaz de alcançar objetivos e superar adversidades. Na experiência vivenciada, foram as dificuldades e a luta por sua superação que impulsionaram a população a libertar seu grito de luta em prol da melhoria da sua qualidade de vida. Na atualidade, é preciso entender o lugar atribuído às novas formas de participação popular como formas alternativas de relação entre governo e sociedade civil. Os Conselhos de Saúde constituem importantes formas de participação da sociedade civil nas lutas pela melhoria de suas condições de existência.

No depoimento a seguir fica claro a existência de dificuldades para a criação de um Conselho Local de Saúde, embora reconheça-se que o esforço valeria a pena por se tratar de um avanço local.

[...] eu faço parte, também muitas pessoas fazem parte da tentativa da criação do Conselho Local de Saúde, [...] é uma dificuldade entendeu que eu vejo mais é um avanço, né! Eu acho que é um avanço (E2).

A criação de Conselhos Gestores entendidos como canais de participação e articulação entre representantes da população e membros do poder público são formas importantes de mobilização e representam espaços insubstituíveis de negociação de conflitos e formas de constituição de sujeitos democráticos (GOHN, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família se estruturou para remodelar a forma de atendimento a população no setor saúde, porém esse remodelamento vem acontecendo de forma muito lenta. Provavelmente por estar tão arraigada a cultura do modelo hospitalocêntrico, os serviços oferecidos são quase padronizados, e esta forma de atuação não passa despercebida pelos usuários:

[...]tem o médico pra nos atender, também tem o dentista né, o que eu sei é isso, que somos atendidos assim, pra vim verificar pressão, essas coisas assim, num caso de urgência eles podem encaminhar pra outro médico né, pra outra unidade lá fora, então tem esses trabalhos né [...] (E1).

[...] planejamento familiar, um dos mais importantes que eu observo, é atendimento médico, é visitas domiciliares é vacinas né, a questão da imunização de vacinas é o trabalho de triagem e serviço odontológico, são esses (E2).

[...] é clínica, é saúde bucal, enfermagem por enquanto só inclui curativo, nebulização, verificação de pressão ta no atendimento de enfermagem né é planejamento familiar essas coisas que na clínica como também na enfermagem (E3).

[...] é o programa de hiperdia que acompanha hipertensos e diabéticos, tem o programa que acompanha gestantes, todas as gestantes, e das crianças abaixo de dois anos de idade, tem um acompanhamento mensalente [...] (E4).

Quando a população não participa do processo de montagem dos programas a serem oferecidos na Unidade de Saúde, o atendimento passa a ser feito de forma fragmentada e para dar conta de uma programação pré-estabelecida sem que se considerem as necessidades de saúde dos usuários.

[...] eles atende em uma assim em uma necessidade, mais teria outras que eu gostaria que fosse feito esse atendimento no psf [...] atende em parte né, atende em parte [...] (E1).

[...] atente acho que no sentido, é, é de partes, entendeu! (E2).

[...] atende na medida de que são esses os serviços oferecidos [...] agora se for ver pelo lado que poderia melhorar, ai poderia se melhorar, se tivesse a condição de melhorar [...] (E3).

[...] atende em grande parte assim porque agente sabe que muitas vezes é preciso, [...] pra necessidade da população de mais prevenção [...]! (E4)

Na realidade investigada a implantação dos serviços ocorre de forma verticalizada, levando a um atendimento parcial das necessidades dos usuários que são perfeitamente capazes de reconhecer suas prioridades, conforme os depoimentos a seguir:

Eu acho que a questão do psicólogo. Acho que seria interessante um fisioterapeuta só mais pra essa questão dos idosos e tudo [...] eu acho que mais é como eu já havia repetido algum outro programa ou alguma outra idéia de juntar mais com a comunidade, acho que muito essa questão de diálogo com a comunidade na própria residência entendeu [...] (E2).

O de fisioterapia, psicólogos, seria interessante [...] eu acho que no geral, esses dois seriam os mais necessários no momento, pode ser que há mais tempo podem ser que surjam outras necessidades [...] (E3).

[...] tem um programa que agente ver nas outras comunidades e tal e que realmente eu acho que faz falta na comunidade e a unidade poderia disponibilizar isso ai através de uma parceria com os órgãos públicos, eu acho que isso seria necessário [...] e tem outros também, mais agora eu não estou conseguindo identificar, isso é o que me veio na mente (E4).

A satisfação dos usuários dos serviços de saúde pode ser verificada mediante sua reação ao processo, e ao resultado da ação empreendida. Essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário (PASCOE, 1983).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise de depoimentos dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família, localizada no município de João Pessoa-PB, sobre sua participação no processo de escolha e implantação dos programas de saúde oferecidos naquela unidade foi possível depreender que, a comunidade não é chamada a contribuir neste processo e que tal fenômeno contribui para o não atendimento das necessidades individuais de saúde dos usuários da unidade em questão.

A inaplicabilidade dos princípios teóricos, metodológicos e filosóficos do PSF, bem como seu curto alcance em termos de ações para promoção da participação comunitária no estabelecimento dos programas oferecidos nas unidades de saúde, interfere frontalmente nos resultados das ações postas a disposição da comunidade.

Afirma-se, com base nos resultados desse estudo, que o entendimento da saúde como produção social e construção coletiva, passa pela participação da comunidade, uma vez que esse processo de inclusão é alvo da política de saúde vigente.

A inclusão social como atividade rotineira nos processos de planejamento e implantação de programas de saúde nas unidades de saúde da família, ainda pode ser considerado por muitos uma mera utopia, entretanto as bases legais e os elementos estruturantes desse processo já estão postos, cabendo as lideranças dos movimentos sociais e aos profissionais de saúde responsáveis por este setor, se unirem para a consecução desse propósito.

Reafirma-se que, a participação da comunidade usuária dos serviços de saúde nos processos de escolha dos serviços a serem oferecidos a comunidade pode resultar em benefícios para ambos os setores, visto que a grande transformação proposta pelo modelo de atenção do Programa de Saúde da Família está calcada na participação popular e nos diversos setores responsáveis pelo desenvolvimento da comunidade.

REFERÊNCIAS

- 1- BARROS E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselhos de saúde*. Brasília, DF: CIEC, 1998. Cap. 3, p. 29-37.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção básica e a saúde da família*. Brasília, DF: DAB, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php>. Acesso em: 30 maio 2006
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução N.º 196, de 10 de outubro de 1996*. Brasília; 1996
- 4- CARVALHO GI, SANTOS L. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) *Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.
- 5- FIORIN JL. *Elementos da Análise do Discurso*. 7 ed. São Paulo: Contexto, 1999.
- 6- GOHN MG. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. (2ª ed.). Cortez, São Paulo. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84), 2003.
- 7- MARQUES RM, MENDES A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, (18): 163-171, 2002.
- 8- PASCOE GC Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. (6):185-210. 1983.
- 9- SANTOS L, CARVALHO GI. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. *Saúde em Debate* (34): 60-66, 1992.
- 10- SECLLEN-PALACIN, J A. Enfoque da Saúde da Família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: SECLLEN-PALACIN, J A.; FERNANDES, A S (Orgs). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2004. Cap. 1, p. 15-19. (Série técnica: projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 8).
- 11- TRAD LAB *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, (7): 581-589, 2002.
- 12- TEIXEIRA S A. Avaliação dos usuários sobre o Programa de Saúde da Família em Vitória da Conquista – BA – Brasil. In: SECLLEN-PALACIN, Juan A.; FERNANDES, Afra Suassuna (Orgs). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília, DF: OPAS/OMS, 2004. Cap. 4, p. 77-101. (Série técnica: projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 8).

Correspondência

Eumendes Fernandes Carlos
Rua Antônio de Oliveira Moura, 307, Bessa
58036-403 João Pessoa – Paraíba - Brasil

E-mail
eumendes_fernandes@hotmail.com