

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

FABIANO MOREIRA DA SILVA

Estratégia Saúde da Família no Município de Ipatinga, MG: avaliação do conhecimento dos usuários e suas implicações

**Rio de Janeiro
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FABIANO MOREIRA DA SILVA

Estratégia Saúde da Família no Município de Ipatinga, MG: avaliação do conhecimento dos usuários e suas implicações

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Professor Luis Guilherme Barbosa

**Rio de Janeiro
2009**

S586e Silva, Fabiano Moreira da.
Estratégia saúde da família no Município de Ipatinga, MG:
avaliação do conhecimento dos usuários e suas implicações /
Fabiano Moreira da Silva – Rio de Janeiro, 2009.

287 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) –
Universidade Estácio de Sá, 2009.

Bibliografia: f. 276-280

1. Saúde da família. 2. Controle social.

I. Título

CDD 362.14

FABIANO MOREIRA DA SILVA

Estratégia Saúde da Família no Município de Ipatinga, MG: avaliação do conhecimento dos usuários e suas implicações

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Professor Luis Guilherme Barbosa

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luis Guilherme Barbosa
Universidade Estácio de Sá

Prof^ª. Dr^ª. Valéria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Marcelo da Silva Genestra
ENSP/FIOCRUZ

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que literalmente me guiou pelas “estradas da vida” nos momentos de alegria, tristeza e, sobretudo, nos momentos em que pensei fraquejar, sem contar a presença protetora durante os milhares de quilômetros percorridos entre Ipatinga e o Rio de Janeiro nesses dois anos.

De forma muito especial aos meus queridos e lindos filhos, Ana Clara e Pedro Henrique, fonte de inspiração e força para seguir adiante. Amo vocês. Desculpem o papai pelas ausências, mas tudo foi pensando e muito, no futuro de vocês.

À Viviane, pelo entendimento nas constantes ausências e dedicação a Ana Clara e Pedro Henrique.

À minha querida mãe e aos meus irmãos, Flaviano e Priscila, pois sempre que precisei, estavam lá, prontos, para de alguma forma poderem me ajudar.

Ao Professor Marcelo da Silva Genestra (in memoriam) pela grande contribuição no ato do exame de qualificação e durante todo o restante da pesquisa com suas palavras de incentivo e atenção. Tenho certeza que está ao lado do pai.

À Faculdade de Medicina do Vale do Aço - FAMEVAÇO, através dos Mantenedores, Diretores, Coordenação de Ensino e corpo técnico e administrativo, por acreditarem em meu trabalho, colaborando de forma importantíssima, para que este sonho se concretizasse, através das liberações para os deslocamentos e pelo Programa de Capacitação Formal Docente – Mestrado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu amigo, ex-professor na graduação e neste ato, orientador, Prof. Luis Guilherme Barbosa. Você foi muito mais que um orientador, foi, e é, um “irmão” para mim. Obrigado por tudo.

Agradeço ainda ao brilhante Prof. Hesio Cordeiro, em nome do qual agradeço a todos os professores do curso. Sua presença ilustre me fez ser um “SUS dependente” ainda maior. Em meu nome, e em nome da saúde pública brasileira, te agradeço pelos ensinamentos.

Agradeço ao amigo e agora sócio em algumas parcerias, Prof. Carlos Haroldo Piancastelli, por ter confiado e apostado em meu trabalho, me abrindo portas (dentre elas a Saúde Pública) que hoje são a minha vida.

Ao amigo/irmão Vinícius Lana Ferreira, por ter sido o grande companheiro não somente nas longas viagens Ipatinga – Rio de Janeiro, mas ajudando a dividir “as despesas emocionais” de um curso tão gratificante, mas desgastante.

A professora Valéria Ferreira Romano, pela grande contribuição neste trabalho no ato do exame de qualificação e especialmente com suas palavras de reconhecimento pelo resultado final do trabalho na defesa.

Ao professor Hélio Ricardo, pelas importantes palavras no ato da defesa dessa dissertação.

Ao Ministério da Saúde, através do DAB – Departamento da Atenção Básica, em especial na pessoa de sua Diretora, Dra. Claunara Shilling Mendonça e de suas equipes de assessores na pessoa da Inaiara Bragante, pelas inúmeras colaborações técnicas.

Ao Prof. Eric Bassetti Soares, pela contribuição quando o trabalho começava a se desenhar, sobretudo nos estudos da amostra da pesquisa.

A Sérgio e Vilma, pelas palavras de apoio, sensibilidade e constante companheirismo com nossa família.

Às minhas centenas de alunos na Faculdade de Medicina do Vale do Aço, ao longo desses quase oito anos, razão pela qual buscamos constantemente o aperfeiçoamento.

Agradeço, ainda, de forma muito especial, aos acadêmicos pesquisadores colaboradores neste trabalho, Ana Carolina Chaves Alúcio, Ana Elisa Chaves Alúcio, Bernardo Medeiros, Bruno Coessemes, Camila Araújo Rezende e Souza, Eduardo Almeida, Nazik Gihed, Paulo Jacinto e Rosana Brandão, juntamente com o apoio voluntário de Alexandre Lemos da Silva e Rafael Lisboa Gonçalves.

RESUMO

SILVA. F.M. **Estratégia saúde da família no município de Ipatinga, MG**: avaliação do conhecimento dos usuários e suas implicações. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2009.

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar e discutir o conhecimento dos usuários sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como o papel do controle social, através da gestão participativa e de seus fóruns constituídos como determinantes neste processo. O trabalho busca avaliar esse conhecimento em três unidades de saúde do município de Ipatinga, na cidade de Minas Gerais, através da aplicação de um instrumento que avalia o entendimento dos usuários sobre as bases conceituais, filosóficas e organizacionais da ESF, bem como o papel dos fóruns de Controle Social neste sentido. A pesquisa contou com entrevistas de 961 usuários das Unidades de Saúde da Família dos bairros Limoeiro, Bom Retiro e Bethânia, cujos resultados colhidos estão demonstrados e analisados no contexto desse trabalho. Concluiu-se que, na realidade, o nível de conhecimento desses usuários é insatisfatório, dado que não há continuidade no oferecimento de informações e, ainda, que o Controle Social no município encontra-se fragilizado, tendo em vista que participação dos usuários nas reuniões das Comissões Locais de Saúde, e o entendimento das funções tanto da Comissão Local quanto do Conselho Municipal de Saúde é reduzida, inviabilizando assim a participação dos cidadãos em sua total plenitude na gestão da Saúde e conseqüentemente impossibilitando o acesso às informações necessárias sobre as políticas de saúde, em especial da Saúde da Família. Propõe-se assim, mecanismos de potencialização do conhecimento dos usuários sobre a ESF, bem como da participação para o eficaz exercício do controle social.

Palavras-chave: Estratégia. Programa. Saúde da Família. SUS. ESF. PSF. Controle Social.

ABSTRACT

SILVA. F.M. **Strategy health of the family in the municipal district of Ipatinga, MG: evaluation of the user's knowledge and their implications.** [Dissertation of Master's degree]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2009.

The purpose of this research is to evaluate and discuss the users' knowledge on the Family Health Strategy (ESF), as well as the social control role, through participative management and their forums constituted as determinant in this process. The aim of this work is to evaluate this knowledge in three health units of Ipatinga's district, in Minas Gerais city, through the application of an instrument that evaluates the users' understanding on the conceptual bases, philosophical and organizational of ESF, as well as the role of the Social Control forums in this sense. The research counted on 961 users' of the Health Family Units of Limoeiro, Bom Retiro and Bethânia neighborhoods, of which collected results are demonstrated and analyzed in the context of this work. It was concluded that, in the reality, the level of these users' knowledge is unsatisfactory, knowing that there is no continuity in the information offer and, still, that the Social Control in the district is weak, since the users' participation in the meetings of Local Health Commissions and the functions understanding as for the Local Commission and also the Health Municipal Council is reduced, making it unfeasible the citizens' participation in his or her total plenitude in the Health administration and consequently making impossible the access to the necessary information on the health politics, especially the Family's Health. Thus, it is proposed, potentiality mechanisms of the users' knowledge on ESF, as well as the participation for the effective exercise of the social control.

Keywords: Strategy, Programs, Family's Health, SUS, ESF, PSF, Social Control.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Microrregião de Ipatinga	41
Figura 2 -	Região Metropolitana do Vale do Aço	42
Figura 3 -	Ipatinga, vista panorâmica com destaque Estádio Ipatingão	43
Figura 4 -	Clube Parque das Cachoeiras – Meio ambiente e desenvolvimento em perfeita harmonia.....	43
Figura 5 -	Mapa do município de Ipatinga	44
Figura 6 -	Participantes Conferência Estadual de Saúde-CES.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resultados físicos e financeiros. Atenção básica e saúde família. Período 2003-2006	58
Quadro 2 - Dimensões analíticas e indicadores da pesquisa relacionados ao Programa Saúde da Família	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento do PSF na Unidade de Limoeiro	118
Tabela 2 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Comparativo entre as variáveis renda-conhecimento do PSF na Unidade de Limoeiro	119
Tabela 3 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade do Limoeiro	120
Tabela 4 -	Frequência de respostas à pergunta 1. Correlativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF na Unidade de Limoeiro	121
Tabela 5 -	Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Limoeiro.....	122
Tabela 6 -	Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Limoeiro.....	123
Tabela 7 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Limoeiro	124
Tabela 8 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Limoeiro	125
Tabela 9 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Limoeiro	126
Tabela 10 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Limoeiro	127
Tabela 11 -	Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação entre níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade de Limoeiro	128
Tabela 12 -	Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Limoeiro.....	129
Tabela 13 -	Frequência das respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Limoeiro	130
Tabela 14 -	Frequência de resposas à pergunta 11. Correlação entre vezes UBS-conhecimento PSF, na Unidade de Limoeiro	131
Tabela 15 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Limoeiro	132
Tabela 16 -	Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Limoeiro	133
Tabela 17 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Limoeiro	134
Tabela 18 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. Função CSL, na Unidade de Limoeiro	135
Tabela 19 -	Frequência das respostas à Pergunta 16. Função CMS, na Unidade de Limoeiro	136

Tabela 20 -	Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Limoeiro	137
Tabela 21 -	Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Limoeiro	138
Tabela 22 -	Frequência de respostas à pergunta 1. Correlação idade-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	147
Tabela 23 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação renda-conhecimento na Unidade de Bom Retiro	148
Tabela 24 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	149
Tabela 25 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	150
Tabela 26 -	Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bom Retiro	151
Tabela 27 -	Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Bom Retiro	152
Tabela 28 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Bom Retiro	153
Tabela 29 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Bom Retiro	154
Tabela 30 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Bom Retiro	155
Tabela 31 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Bom Retiro	156
Tabela 32 -	Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	157
Tabela 33 -	Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bom Retiro	158
Tabela 34 -	Frequência das respostas à Pergunta 10, na variável serviços, na Unidade de Bom Retiro	159
Tabela 35 -	Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação vezes UBS-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	160
Tabela 36 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade de Bom Retiro	161
Tabela 37 -	Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bom Retiro	162
Tabela 38 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Bom Retiro.....	163
Tabela 39 -	Frequência de respostas à pergunta 15. Funções da CSL, na Unidade de Bom Retiro	164
Tabela 40 -	Frequência de respostas à pergunta 16. Função da CMS, na Unidade de Bom Retiro	165
Tabela 41 -	Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bom Retiro	166

Tabela 42 -	Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Bom Retiro	167
Tabela 43 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação renda-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia	175
Tabela 44 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Comparativo renda-conhecimento do PSF na Unidade do Bethânia	176
Tabela 45 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia	177
Tabela 46 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia	178
Tabela 47 -	Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bethânia	179
Tabela 48 -	Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Bethânia	180
Tabela 49 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Bethânia	181
Tabela 50 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Bethânia	182
Tabela 51 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Bethânia	183
Tabela 52 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Bethânia	184
Tabela 53 -	Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência - conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia.....	185
Tabela 54 -	Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bethânia	186
Tabela 55 -	Frequência de respostas à Pergunta 10, na variável serviços, na Unidade de Bethânia	187
Tabela 56 -	Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação entre vezes UBS-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia.....	188
Tabela 57 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Bethânia	189
Tabela 58 -	Frequência de respostas à Pergunta 13. Ainda recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bethânia	190
Tabela 59 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Bethânia	191
Tabela 60 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, na Unidade de Bethânia	192
Tabela 61 -	Frequência de respostas à Pergunta 16. Função da CMS, na Unidade de Bethânia	193
Tabela 62 -	Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bethânia	194
Tabela 63 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, na Unidade do Bethânia	195

Tabela 64 -	Frequência da correlação idade-gênero nas três Unidades de Saúde	199
Tabela 65 -	Comparativo dos gêneros entre as três Unidades de Saúde	200
Tabela 66 -	Comparativo de frequência absoluta e relativa na variável gênero entre as três Unidades de Saúde	201
Tabela 67 -	Comparativo de gênero e renda nas três Unidades de Saúde	202
Tabela 68 -	Comparativo de idade entre as três Unidades de Saúde	203
Tabela 69 -	Comparativo de renda familiar entre as três Unidades de Saúde	204
Tabela 70 -	Comparativo de frequência absoluta e relativa da variável renda familiar entre as três Unidades de Saúde	205
Tabela 71 -	Frequência da correlação entre as variáveis renda-gênero entre as três Unidades de Saúde.....	206
Tabela 72 -	Distribuição por idade nas três Unidades de Saúde.....	207
Tabela 73 -	Distribuição da frequência absoluta e relativa da variável idade nas três Unidades de Saúde	208
Tabela 74 -	Comparativo escolaridade-gênero nas três Unidades de Saúde	209
Tabela 75 -	Comparativo de escolaridade nas três Unidades de Saúde	210
Tabela 76 -	Conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde (Pergunta 1)	211
Tabela 77 -	Correlação idade-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde	212
Tabela 78 -	Frequência de respostas a Pergunta 1 (sim, Como), nas três Unidades de Saúde	213
Tabela 79 -	Frequência do comparativo entre as variáveis renda-conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde	214
Tabela 80 -	Frequência do comparativo entre as variáveis gênero-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde	215
Tabela 81 -	Frequência do comparativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde	216
Tabela 82 -	Frequência das respostas à Pergunta 2. Ação no PSF, nas três Unidades de Saúde	217
Tabela 83 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 2. Ação PSF, nas três Unidades de Saúde	218
Tabela 84 -	Frequência das respostas à pergunta 3. Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde	219
Tabela 85 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde	220
Tabela 86 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, nas três Unidades de Saúde	221
Tabela 87 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 4. Papel do Médico, nas três Unidades de Saúde	222

Tabela 88 -	Frequência absoluta e relativa na variável. Papel do médico nas três Unidades de Saúde	223
Tabela 89 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde	224
Tabela 90 -	Frequência absoluta nas respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro, entre as três Unidades de Saúde	225
Tabela 91 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde.....	226
Tabela 92 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, nas três Unidades de Saúde	227
Tabela 93 -	Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 6. Papel do ACS, nas três Unidade de Saúde	228
Tabela 94 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, nas três Unidades de Saúde	229
Tabela 95	Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 7. Divisão de equipe, nas três Unidades de Saúde	230
Tabela 96 -	Frequência absoluta e relativa na variável Cite 1, nas três Unidades de Saúde	231
Tabela 97 -	Correlação entre a variável: Cite 2, nas três Unidades de Saúde	232
Tabela 98 -	Frequência absoluta e relativa na variável Cite 3, nas três Unidades de Saúde	233
Tabela 99 -	Frequência nas respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde	234
Tabela 100-	Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde	235
Tabela 101 -	Frequência das respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência-conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde	236
Tabela 102 -	Frequência de respostas à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde.....	237
Tabela 103 -	Frequência absoluta e relativa do fluxo do PSF, nas três Unidades de Saúde	238
Tabela 104 -	Frequência da coerência na resposta da Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde	239
Tabela 105 -	Frequência absoluta e relativa da coerência na resposta à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde	240
Tabela 106 -	Frequência das respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde	241
Tabela 107 -	Frequência absoluta de respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde	242
Tabela 108 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde	243
Tabela 109 -	Frequência de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde	244
Tabela 110 -	Frequência de respostas à Pergunta 11 correlação entre vezes UBS-conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde	245
Tabela 111 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação serviços-acesso, nas três Unidades de Saúde	246

Tabela 112 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, nas três Unidades de Saúde	247
Tabela 113 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre o PSF, nas três Unidades de Saúde	248
Tabela 114 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 13. Recebe informações, nas três Unidades de Saúde	249
Tabela 115 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 13. Explique recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde	250
Tabela 116 - Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões CLS, nas três Unidades de Saúde	251
Tabela 117 - Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões PSF, nas três Unidades de Saúde	252
Tabela 118 - Frequência de respostas à Pergunta 14. Estratificação das respostas positivas, nas três Unidades de Saúde	253
Tabela 119 - Frequência de respostas à Pergunta 15. Conhecimento dos princípios do SUS, nas três Unidades de Saúde.....	254
Tabela 120 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 15. Conhecimento dos princípios do SUS, nas três Unidades de Saúde	255
Tabela 121 - Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, nas três Unidades de Saúde ..	256
Tabela 122 - Frequência de respostas à Pergunta 16. Função do Conselho de Saúde, nas três Unidades de Saúde.....	257
Tabela 123 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Função do CS, nas três Unidades de Saúde	258
Tabela 124 - Frequência de respostas à Pergunta 16. Função do CMS, nas três Unidades de Saúde	259
Tabela 125 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Funções CMS, nas três Unidades de Saúde	260
Tabela 126 - Frequência de respostas à Pergunta 17, nas três Unidades de Saúde	261
Tabela 127 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 17, nas três Unidades de Saúde	262
Tabela 128 - Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde, nas três Unidades de Saúde	263
Tabela 129 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 18. Plano de Saúde, nas três Unidades de Saúde	264

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento do PSF na Unidade de Limoeiro	118
Gráfico 2 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Comparativo entre as variáveis renda-conhecimento do PSF na Unidade de Limoeiro	119
Gráfico 3 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade do Limoeiro	120
Gráfico 4 -	Frequência de respostas à pergunta 1. Correlativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF na Unidade de Limoeiro	121
Gráfico 5 -	Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Limoeiro.....	122
Gráfico 6 -	Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Limoeiro.....	123
Gráfico 7 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Limoeiro	124
Gráfico 8 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Limoeiro	125
Gráfico 9 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Limoeiro	126
Gráfico 10 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Limoeiro	127
Gráfico 11 -	Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação entre níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade de Limoeiro	128
Gráfico 12 -	Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Limoeiro.....	129
Gráfico 13 -	Frequência das respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Limoeiro	130
Gráfico 14 -	Frequência de resposas à pergunta 11. Correlação entre vezes UBS-conhecimento PSF, na Unidade de Limoeiro	131
Gráfico 15 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Limoeiro	132
Gráfico 16 -	Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Limoeiro	133
Gráfico 17 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Limoeiro	134
Gráfico 18 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. Função CSL, na Unidade de Limoeiro	135
Gráfico 19 -	Frequência das respostas à Pergunta 16. Função CMS, na Unidade de Limoeiro	136

Gráfico 20 -	Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Limoeiro	137
Gráfico 21 -	Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Limoeiro	138
Gráfico 22 -	Frequência de respostas à pergunta 1. Correlação idade-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	147
Gráfico 23 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação renda-conhecimento na Unidade de Bom Retiro	148
Gráfico 24 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	149
Gráfico 25 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	150
Gráfico 26 -	Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bom Retiro	151
Gráfico 27 -	Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Bom Retiro	152
Gráfico 28 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Bom Retiro	153
Gráfico 29 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Bom Retiro	154
Gráfico 30 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Bom Retiro	155
Gráfico 31 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Bom Retiro	156
Gráfico 32 -	Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	157
Gráfico 33 -	Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bom Retiro	158
Gráfico 34 -	Frequência das respostas à Pergunta 10, na variável serviços, na Unidade de Bom Retiro	159
Gráfico 35 -	Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação vezes UBS-conhecimento PSF, na Unidade de Bom Retiro	160
Gráfico 36 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade de Bom Retiro	161
Gráfico 37 -	Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bom Retiro	162
Gráfico 38 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Bom Retiro.....	163
Gráfico 39 -	Frequência de respostas à pergunta 15. Funções da CSL, na Unidade de Bom Retiro	164
Gráfico 40 -	Frequência de respostas à pergunta 16. Função da CMS, na Unidade de Bom Retiro	165
Gráfico 41 -	Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bom Retiro	166

Gráfico 42 -	Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Bom Retiro	167
Gráfico 43 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação renda-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia	175
Gráfico 44 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Comparativo renda-conhecimento do PSF na Unidade do Bethânia	176
Gráfico 45 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia	177
Gráfico 46 -	Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia	178
Gráfico 47 -	Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bethânia	179
Gráfico 48 -	Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Bethânia	180
Gráfico 49 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Bethânia	181
Gráfico 50 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Bethânia	182
Gráfico 51 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Bethânia	183
Gráfico 52 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Bethânia	184
Gráfico 53 -	Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência - conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia.....	185
Gráfico 54 -	Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bethânia	186
Gráfico 55 -	Frequência de respostas à Pergunta 10, na variável serviços, na Unidade de Bethânia	187
Gráfico 56 -	Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação entre vezes UBS-conhecimento PSF, na Unidade de Bethânia.....	188
Gráfico 57 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Bethânia	189
Gráfico 58 -	Frequência de respostas à Pergunta 13. Ainda recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bethânia	190
Gráfico 59 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Bethânia	191
Gráfico 60 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, na Unidade de Bethânia	192
Gráfico 61 -	Frequência de respostas à Pergunta 16. Função da CMS, na Unidade de Bethânia	193
Gráfico 62 -	Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bethânia	194
Gráfico 63 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, na Unidade do Bethânia	195
Gráfico 64 -	Frequência da correlação idade-gênero nas três Unidades de Saúde	199

Gráfico 65 -	Comparativo dos gêneros entre as três Unidades de Saúde	200
Gráfico 66 -	Comparativo de frequência absoluta e relativa na variável gênero entre as três Unidades de Saúde	201
Gráfico 67 -	Comparativo de gênero e renda nas três Unidades de Saúde	202
Gráfico 68 -	Comparativo de idade entre as três Unidades de Saúde	203
Gráfico 69 -	Comparativo de renda familiar entre as três Unidades de Saúde	204
Gráfico 70 -	Comparativo de frequência absoluta e relativa da variável renda familiar entre as três Unidades de Saúde	205
Gráfico 71 -	Frequência da correlação entre as variáveis renda-gênero entre as três Unidades de Saúde.....	206
Gráfico 72 -	Distribuição por idade nas três Unidades de Saúde.....	207
Gráfico 73 -	Distribuição da frequência absoluta e relativa da variável idade nas três Unidades de Saúde	208
Gráfico 74 -	Comparativo escolaridade-gênero nas três Unidades de Saúde	209
Gráfico 75 -	Comparativo de escolaridade nas três Unidades de Saúde	210
Gráfico 76 -	Conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde (Pergunta 1)	211
Gráfico 77 -	Correlação idade-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde	212
Gráfico 78 -	Frequência de respostas a Pergunta 1 (sim, Como), nas três Unidades de Saúde	213
Gráfico 79 -	Frequência do comparativo entre as variáveis renda-conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde	214
Gráfico 80 -	Frequência do comparativo entre as variáveis gênero-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde	215
Gráfico 81 -	Frequência do comparativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde	216
Gráfico 82 -	Frequência das respostas à Pergunta 2. Ação no PSF, nas três Unidades de Saúde	217
Gráfico 83 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 2. Ação PSF, nas três Unidades de Saúde	218
Gráfico 84 -	Frequência das respostas à pergunta 3. Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde	219
Gráfico 85 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde	220
Gráfico 86 -	Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, nas três Unidades de Saúde	221
Gráfico 87 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 4. Papel do Médico, nas três Unidades de Saúde	222
Gráfico 88 -	Frequência absoluta e relativa na variável. Papel do médico nas três Unidades de Saúde	223
Gráfico 89 -	Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde	224
Gráfico 90 -	Frequência absoluta nas respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro, entre as três Unidades de Saúde	225

Gráfico 91 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde.....	226
Gráfico 92 -	Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, nas três Unidades de Saúde	227
Gráfico 93 -	Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 6. Papel do ACS, nas três Unidade de Saúde	228
Gráfico 94 -	Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, nas três Unidades de Saúde	229
Gráfico 95 -	Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 7. Divisão de equipe, nas três Unidades de Saúde	230
Gráfico 96 -	Frequência absoluta e relativa na variável Cite 1, nas três Unidades de Saúde	231
Gráfico 97 -	Correlação entre a variável: Cite 2, nas três Unidades de Saúde	232
Gráfico 98 -	Frequência absoluta e relativa na variável Cite 3, nas três Unidades de Saúde	233
Gráfico 99 -	Frequência nas respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde	234
Gráfico 100-	Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde	235
Gráfico 101 -	Frequência das respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência-conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde	236
Gráfico 102 -	Frequência de respostas à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde.....	237
Gráfico 103 -	Frequência absoluta e relativa do fluxo do PSF, nas três Unidades de Saúde	238
Gráfico 104 -	Frequência da coerência na resposta da Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde	239
Gráfico 105 -	Frequência absoluta e relativa da coerência na resposta à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde	240
Gráfico 106 -	Frequência das respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde	241
Gráfico 107 -	Frequência absoluta de respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde	242
Gráfico 108 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde	243
Gráfico 109 -	Frequência de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde	244
Gráfico 110 -	Frequência de respostas à Pergunta 11 correlação entre vezes UBS-conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde	245
Gráfico 111 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação serviços-acesso, nas três Unidades de Saúde	246
Gráfico 112 -	Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, nas três Unidades de Saúde	247
Gráfico 113 -	Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre o PSF, nas três Unidades de Saúde	248
Gráfico 114 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 13. Recebe informações, nas três Unidades de Saúde	249

Gráfico 115 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 13. Explique recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde	250
Gráfico 116 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões CLS, nas três Unidades de Saúde	251
Gráfico 117 -	Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões PSF, nas três Unidades de Saúde	252
Gráfico 118 -	Frequência de respostas à Pergunta 14. Estratificação das respostas positivas, nas três Unidades de Saúde	253
Gráfico 119 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. Conhecimento dos princípios do SUS, nas três Unidades de Saúde.....	254
Gráfico 120 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 15. Conhecimento dos princípios do SUS, nas três Unidades de Saúde	255
Gráfico 121 -	Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, nas três Unidades de Saúde ..	256
Gráfico 122 -	Frequência de respostas à Pergunta 16. Função do Conselho de Saúde, nas três Unidades de Saúde.....	257
Gráfico 123 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Função do CS, nas três Unidades de Saúde	258
Gráfico 124 -	Frequência de respostas à Pergunta 16. Função do CMS, nas três Unidades de Saúde	259
Gráfico 125 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Funções CMS, nas três Unidades de Saúde	260
Gráfico 126 -	Frequência de respostas à Pergunta 17, nas três Unidades de Saúde	261
Gráfico 127 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 17, nas três Unidades de Saúde	262
Gráfico 128 -	Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde, nas três Unidades de Saúde	263
Gráfico 129 -	Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 18. Plano de Saúde, nas três Unidades de Saúde	264

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGP	Conselhos de Gestão Participativa
CLS	Comissão Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
F	Frequência
F%	Percentual de frequência
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher
RMVA	Região Metropolitana do Vale do Aço
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	24
2 CONTEXTUALIZAÇÕES DO SUS	30
3 IPATINGA-MG: SUS, SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONTROLE SOCIAL	39
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	39
3.2 SUS, SAÚDE DA FAMÍLIA E CONTROLE SOCIAL EM IPATINGA-MG	44
4 PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DO SUS	49
5 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	55
5.1 A DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS. 55	
5.2 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SUS	57
5.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	59
5.4 PROBLEMATIZANDO O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE E OS PROCESSOS DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO	61
5.5 O CUIDADO À SAÚDE NA PAUTA DOS MOVIMENTOS POPULARES.....	73
5.6 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	76
5.7 O ESPAÇO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E SUAS POTENCIALIDADES ..	78
5.8 PERSPECTIVAS	81
6 METODOLOGIA	92
6.1 TIPO DE PESQUISA.....	92
6.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	94
6.3 RELEVÂNCIA	95
6.4 OBJETO E MÉTODO.....	96
6.5 INSTRUMENTO	99
6.5.1. Esclarecimentos a respeito da dimensão analítica do questionário que trata questionamentos relacionados diretamente ao conhecimento dos usuários em relação à Estratégia Saúde da Família e ao Controle Social.....	101
6.6 UNIVERSO E AMOSTRA	106
6.7 COLETA DE DADOS	107
6.8 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	108
7 RESULTADOS	110

7.1. ANÁLISE DAS RESPOSTAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO LIMOEIRO	110
7.1.1 Variável gênero.....	110
7.1.2 Variável idade.....	110
7.1.3 Variável grau de escolaridade.....	111
7.1.4 Variável renda do grupo familiar	111
7.1.5 Análise das respostas do questionário.....	111
7.1.6 Apresentação das tabelas e gráficos.....	118
7.1.7 Avaliação qualitativa das tabelas e gráficos	139
7.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO BOM RETIRO	140
7.2.1 Variável gênero.....	140
7.2.2 Variável idade.....	140
7.2.3 Variável grau de escolaridade.....	140
7.2.4 Variável renda do grupo familiar	141
7.2.5. Análise das respostas do questionário.....	141
7.2.6 Apresentação das tabelas e gráficos.....	147
7.3 ANÁLISE DAS RESPOSTAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO BETHÂNIA	168
7.3.1 Variável gênero.....	168
7.3.2 Variável idade.....	168
7.3.3 Variável escolaridade	168
7.3.4 Variável renda do grupo familiar	169
7.3.5 Análise das respostas do questionário.....	169
7.3.6 Apresentação das tabelas e gráficos.....	175
7.3.7 Análise qualitativa das tabelas e gráficos	196
7.4 APRESENTAÇÃO DAS TABELAS E GRÁFICOS - CORRELAÇÃO ENTRE AS TRÊS UNIDADES DE SAÚDE.....	199
8 DISCUSSÃO	265
9 CONCLUSÃO.....	273
REFERÊNCIAS.....	276
APÊNDICE A Questionário	281
APÊNDICE B Perfil dos usuários	283
APÊNDICE C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	287

1 INTRODUÇÃO

“Parte dessa história nunca foi contada e esse trabalho ajuda a resgatá-la. Quem sabe esse é um material importante para a reflexão sobre o controle social.”

Jocelio Drummond

Esta pesquisa, a partir de revisão de literatura e principalmente de trabalho de campo junto aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Ipatinga-MG, buscou apreender o processo popular participativo, por meio da análise do conhecimento dos usuários sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que estes (SUS e ESF) acabam de completar, em 2008, vinte e quinze anos respectivamente, o que, com certeza, merece grande comemoração. Ipatinga, cidade mineira localizada a 220 km da capital Belo Horizonte, é detentora da sexta maior arrecadação do estado de Minas Gerais. Com indicadores de qualidade de vida acima da média nacional e com um sistema de saúde estruturado, o município, após implantação ESF, em abril de 2002, galgou significativos resultados de indicadores de saúde. Dentre eles, destaca-se o CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados) (0,44), alcançado em 2004, índice que mede a proporção de dentes careados, perdidos e obturados em crianças de 12 anos, ficando abaixo da média recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é 1,0, graças a um trabalho intersetorial estruturado de todo setor saúde e obras de infra-estrutura e saneamento básico em toda a cidade.

Porém, ao longo dos anos, observou-se uma crescente redução da participação popular junto às atividades que envolvem deliberações a respeito da ESF. Isso se deve à grande dificuldade de inscrição de grupos para concorrerem às eleições das Comissões Locais de Saúde

(CLS), ao baixo quorum nas reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e, especialmente, à baixa frequência da comunidade nas atividades de orientação sobre a ESF que eram realizadas esporadicamente em algumas Unidades de Saúde.

É notório que o SUS é uma importante conquista da sociedade, embora ainda haja muito a ser feito. Para isso, contamos com um elemento fundamental: a participação popular na tomada de decisões – o controle social, que possibilita que a adoção de políticas públicas e de ações, como Estratégia Saúde da Família (ESF), não dependam somente da iniciativa do gestor. A sociedade tem a autonomia para também propor ações. Vale ressaltar que o empenho pela manutenção do direito de exercer o controle social no SUS tem despertado interesse da sociedade para as questões da saúde pública e gerado necessidade de conhecimento das atividades de fiscalização, formulação e deliberação acerca do SUS e principalmente da ESF, ponto norteador da reorganização da Atenção Básica no Brasil. Prova disso é que desde a lei 8.142 de 1990, que instituiu o controle social no âmbito do SUS, alguns investimentos e iniciativas estão sendo realizados nesse sentido como, por exemplo, o Programa Humaniza SUS (Programa de Humanização da Assistência no SUS), a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006) e, mais recentemente (2007), a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, que tem por objetivo central capacitar e educar permanentemente os conselheiros de saúde em todo país, juntamente com a inclusão digital com a cessão gradativa de micro-computadores por parte do Ministério da Saúde (MS) para todos os Conselhos Municipais de Saúde no Brasil.

Ações nesse sentido podem contribuir para o fortalecimento da democracia participativa através dos movimentos sociais e, sobretudo, dos Conselhos de Saúde, mas, possivelmente, não garantem uma eficaz disseminação dos conhecimentos básicos necessários a todos os cidadãos no tocante ao SUS, em especial a ESF. Contudo, espera-se, na gestão do

SUS, fortalecer a Educação Permanente para o Controle Social como uma das ferramentas de uso racional do sistema e conseqüentemente da ESF, fato comprovado pela inclusão dessa pauta no Pacto da Saúde 2006, através do pacto de gestão, em que foram estabelecidas diretrizes para gestão do SUS, com uma das ênfases na participação social e na ampliação de ações políticas de incentivo a esta prática.

Quanto maior for o conhecimento dos usuários a respeito do SUS e de seus princípios, e conseqüentemente da estrutura de seus serviços – nesse caso destacamos a ESF, foco desta pesquisa –, melhor será o exercício da democracia participativa. Tendo em vista que o grande “sujeito” das mudanças é o próprio usuário, observa-se que tais mudanças dependem de sua efetiva participação nos órgãos deliberativos, uma vez que uma participação efetiva requer conhecimento de causa. Nesse sentido, uma das estratégias do Ministério da Saúde para a melhoria da atenção à saúde por parte da população é o fortalecimento da gestão democrática e do controle social do SUS, conforme documento sobre a política Participa SUS (programa de gestão participativa no SUS), “a gestão participativa deve constituir-se em estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS”, e representados pelos Conselhos e Conferências de Saúde, sendo o seu desafio realizar mais do que o controle social. Dessa forma, concluiu o Participa SUS que a democracia participativa na gestão pública requer, além do controle social, a adoção de práticas e mecanismos inovadores que forneçam a dimensão necessária à gestão participativa, tais como:

- 1) os processos participativos de gestão;
- 2) a intersetorialidade;
- 3) os mecanismos de mobilização social;
- 4) os mecanismos de escuta permanente.

Para cumprir uma das importantes práticas ou mecanismos propostos - a escuta dos usuários do SUS -, as opiniões e demandas da população devem ser valorizadas nas decisões e

encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema. Sendo assim, a avaliação do conhecimento dos usuários a respeito da ESF - contempla esta meta, na medida em que nos permite aferir o seu nível de conhecimento sobre a ESF em suas diversas dimensões, confrontando esse nível de conhecimento com a forma como os mesmos buscam os serviços e entendem suas prioridades, que nesse caso estão pautadas prioritariamente em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Sendo assim, um dos objetivos deste trabalho é obter dados sobre a relação entre particularidades da prática assistencial na ESF e sua relação com o nível de conhecimento dos usuários no tocante à sua filosofia e a seus princípios e, a partir deste estudo, observar possíveis conseqüências para a estratégia e conseqüentemente para o SUS, comprovando - ou não - a importância da introdução de ações de ampliação dos mecanismos de conhecimento sobre a ESF, junto aos usuários, dentro das ações focadas na atenção básica no âmbito do SUS.

A pesquisa buscou problematizar o nível de conhecimento dos usuários da ESF, a partir dos princípios filosóficos e organizacionais da estratégia, juntamente com a prestação dos serviços operacionalizados nas Unidades de Saúde. Portanto, considera-se como questão norteadora de pesquisa a seguinte pergunta:

- Qual nível de conhecimento, no âmbito das Unidades de Saúde da Família dos bairros Limoeiro, Bom Retiro e Bethânia, na cidade de Ipatinga-MG, a respeito da ESF, no tocante aos seus princípios filosóficos, de organização e prestação de serviços os usuários possuem?

Objetivo Geral

- Avaliar o nível de conhecimento dos usuários do SUS, no âmbito das Unidades de Saúde da Família dos bairros Limoeiro, Bom Retiro e Bethânia, na cidade de Ipatinga-MG, a respeito da ESF, no tocante aos seus princípios filosóficos, de organização e prestação de serviços.

Objetivos específicos

- Identificar o nível de conhecimento dos usuários sobre a ESF;
- Relacionar o nível de conhecimento com o perfil sócio-econômico da população;
- Caracterizar o nível de conhecimento com os princípios filosóficos, de organização e prestação de serviços na ESF;
- Relacionar o nível de conhecimento dos usuários sobre a ESF com o tempo de implantação da mesma nas respectivas comunidades.
- Propor mecanismos de potencialização.
- Identificar ética das estratégias de comunicação.

Desse modo, tendo em vista que o município de Ipatinga, estado de Minas Gerais, implantou a Estratégia Saúde da Família em 2002, e até a presente data não realizou nenhum tipo de pesquisa no tocante ao conhecimento dos usuários a respeito da mesma e, aliado ao fato do próprio Ministério da Saúde, em pesquisa nacional realizada em 2006, quanto à satisfação dos usuários do SUS também não abordou este aspecto, mesmo tendo com um dos focos da pesquisa a ESF.

A pesquisa buscou obter dados que discutam o nível de conhecimento dos usuários da ESF, em relação à filosofia e princípios do programa, destinando-se, dessa forma, a poder subsidiar o processo de gestão e gerência da Saúde da Família, no tocante a ações que possam ampliar o conhecimento dos usuários sobre a mesma, especialmente podendo passar a serem incorporadas e/ou aperfeiçoadas ações de educação permanente junto aos usuários e no cotidiano do processo de trabalho das equipes.

A pesquisa faz uma apreciação dos resultados do nível de conhecimento dos usuários locais a respeito da ESF como processo e como impacto na institucionalização de políticas voltadas para esta realidade.

Será apresentado no capítulo dois aspectos inerentes à contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS), permeando seus aspectos históricos e filosóficos como parte preponderante no entendimento do atual sistema de saúde brasileiro; já o capítulo três, comentará a estrutura do município de Ipatinga, passando pela concepção do SUS, da Estratégia Saúde da Família e o Controle Social na Saúde; no capítulo quatro, será discutido os princípios da avaliação do conhecimento dos usuários do SUS, visando elencar aspectos emergentes dentro deste contexto; no capítulo cinco será apresentado todo o levantamento bibliográfico da pesquisa, como forma de aprofundar nos marcos teóricos e conceituais necessários, possibilitando, dessa forma, no capítulo seis, apresentar a metodologia utilizada na pesquisa, com significativa fundamentação; no capítulo sete, será apresentado todos os resultados da pesquisa, seguindo para discussão dos mesmos no capítulo oito, permitindo, no capítulo nove, apresentar as conclusões extraídas deste trabalho.

2 CONTEXTUALIZAÇÕES DO SUS

“Uma busca da institucionalização em canais institucionais onde a pressão do movimento popular pudesse se refugiar e ter seu curso perene garantido, em tempos de cheia ou em tempos de seca, com as águas sempre correndo, mesmo que pouquinho.”

Eduardo Jorge

O SUS é sabidamente o maior projeto público de inclusão social do Brasil e um dos maiores do mundo. Num primeiro momento, trabalhou-se a análise do contexto da transição da ditadura para a democracia, para em seguida trazer à tona os depoimentos dos atores entrevistados que participaram ativamente na construção do SUS, num processo complexo de lutas, negociações, arranjos políticos que culminaram na elaboração da Constituição Federal, de 1988, em que se consolida o marco legal do SUS como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O “controle social participativo”, como uma política e como componente da institucionalidade do Estado, constitui fenômeno recente no processo histórico brasileiro. A década de 1980 é o referencial histórico de sua institucionalização, concretizando o princípio de participação da comunidade na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas. Por sua vez, este princípio da participação social nas políticas do Estado, também denominada de gestão participativa, insere-se num processo mais abrangente de democratização estatal e societária, que tem fundamentado práticas políticas de amplos e significativos segmentos da sociedade brasileira desde meados dos anos 1970, ainda na vigência do regime militar, ganhando envergadura na década seguinte. Até então, controle social configurava um princípio de inspiração hobbesiana (HOBBS, 1988) praticado pelo Estado, na sua relação com a sociedade (indivíduos e grupos), de forma autoritária e repressiva. Nessa perspectiva,

as relações Estado-sociedade passam de um paradigma clientelista-repressor, subordinando-a (a sociedade) mediante relações de poder assimétricas, hierárquicas e patrimonialistas, para um paradigma de cidadania (FALEIROS, 1986). A área das políticas públicas de saúde, singular por ter o controle social como princípio, adquire uma centralidade na luta democratizante do período, pela profundidade da mudança e seu impacto no conjunto das políticas. Em torno dela, vão sendo mobilizadas múltiplas forças da sociedade civil e do aparelho de Estado e travados muitos embates, em diversos planos, que condensam uma experiência histórica inovadora, ainda em curso na atualidade. O modelo de modernização implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, representou a exacerbação das relações assimétricas de poder entre o Estado e a sociedade. Sustentavam-se em pesados mecanismos repressivos contra os opositores, silenciamento das contestações, suspensão do Estado de Direito e de órgãos de representatividade (em um primeiro momento), instauração de uma democracia representativa de fachada (em um segundo momento), com um artificial sistema bipartidário convivendo com o “terror do Estado” (FALEIROS, 1986, p.27). Dessa maneira, puderam ser assegurados os interesses do bloco no poder que, em sua face econômica, impôs uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores, resultando em queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas. Nem assim o regime deixou de apresentar fissuras na coesão social e na legitimidade a que pretendia, pois “O Estado se inscreve numa estrutura de dominação, mas não exerce todo o poder. Sua relação com os movimentos populares é assimétrica, mas não os contém como o continente guarda o conteúdo, podendo apenas contê-los como a barragem contém ou desvia a água” (FALEIROS, 1986, p.28). Já desde 1970, e ao longo da década, vinham se acumulando sinais da dinâmica da sociedade civil que, apesar da mordaza à participação, transgride a interdição, valendo-se até mesmo do restrito espaço da democracia de fachada oficializada pelo regime.

Em 1970, 1974, 1978 e 1982, os resultados eleitorais, de forma crescente, vão pendendo para o lado da oposição consentida ao governo, expressando no Movimento Democrático Brasileiro (MDB) a alteração da correlação de forças nos órgãos de representatividade nacional (Senado Federal e Câmara dos Deputados). Medidas de cunho social, algumas na esfera salarial, empreendidas por sucessivos governos (Emílio Garrastazu Médici, Ernesto Geisel, João Figueiredo) não afetam a lógica excludente que preside as ações do Estado (ABREU, 1989). As contradições da política macroeconômica, de um lado, produzem impacto significativo sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora; de outro, descontentam, também, as próprias forças sociais de sustentação do regime, os empresários e as classes médias. Em 1978, irrompem movimentos grevistas no ABC paulista¹, quando lideranças sindicais são cassadas. O governo Geisel formula seu projeto de abertura política “lenta e gradual”, que oscila entre avanços – como a Lei da Anistia (Lei nº 6.683, de 28 de agosto de 1979) e recuos, com ações intimidativas por parte dos setores do regime refratários à “abertura”, contra manifestações e expressões oposicionistas (ALVES, 1987). Por parte da sociedade civil organizada, o Estado é encarado comopositor e classista, e, assim, o povo, mediante a participação popular, tem como intuito tomar os bens e serviços para si, resistindo à exclusão social. Essa concepção se inseria no bojo dos movimentos sociais urbanos do final da década de 1970 e início da década de 1980, ascendentes com o desgaste da ditadura militar. As demandas por políticas públicas, no caso, de saúde, vão deslizando para demandas de acesso ao poder. Carvalho (1995) associa a emergência da concepção/prática de participação popular, de talhe oposicionista, à conjuntura do regime autoritário. Na questão da saúde, com efeito, o complexo assistencial-industrial-tecnológico não mudou as bases anteriores de sustentação e nem se articulou como um projeto de cidadania universal. Era a continuidade de um modelo fragmentado e desigual de incorporação social em estratos de acesso, privilegiando interesses econômico-corporativos do empresariado atuante na área. Os

serviços médicos consolidaram uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência (FALEIROS, 1995).

Para obter alguma legitimidade em meio a uma modernização econômica excludente e a uma ação repressiva brutal, os governos militares haviam implantado certas medidas direcionadas para a população trabalhadora. Assim aconteceu desde meados dos anos 1960, no tocante ao sistema previdenciário: os institutos de previdência foram centralizados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); estabeleceram-se convênios entre empresas e o INPS para atendimento ao trabalhador nos locais de trabalho; e a previdência foi estendida para várias categorias rurais, até então, não incorporadas ao sistema, embora mantendo restrições para vários desses segmentos. A centralização do sistema prosseguiria ao longo da década de 1970, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Na esfera das políticas de saúde, o referencial da medicina comunitária se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário. Embora houvesse sido implantada uma experiência como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, as práticas se revelaram insuficientes, limitando-se a uma atenção primária seletiva para as populações desfavorecidas, de regiões marginalizadas, tolhida de maior amplitude pela falta de recursos, pessoal qualificado e tecnologias mais sofisticadas (MENDES *apud* CARVALHO, 1995). A participação comunitária presente na retórica governamental para a legitimação do Estado, contudo, não efetuara mudança no modelo assistencial nem eficácia sanitária (CARVALHO, 1995).

Assim, em uma conjuntura recessiva e carente de legitimidade política do regime, a saúde passava a ser politizada e o complexo saúde-doença interpretado sob uma ótica social, tanto quanto o Estado o era em sua dimensão classista, portadora de desigualdades sociais, entre as quais a sanitária:

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular, mas como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde (CARVALHO, 1995, p.23).

Conquanto esse princípio de participação e os demais que configuravam a medicina comunitária – hierarquização, regionalização, integralidade – não se disseminassem no interior de um modelo assistencial-privatista, como o brasileiro, a sua adoção por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, abriu brechas para a inserção de uma inteligência técnica por dentro do Estado, no Ministério da Saúde, e em algumas instituições representadas por vários grupos que “faziam e pensavam saúde”. Esses grupos passam a “operar política e tecnicamente no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária, procurando superar o caráter dos programas de extensão da cobertura e desenvolvendo-os como alternativas ao modelo dominante” (CARVALHO, 1995, p. 36). Várias iniciativas vão evidenciando a atuação desses grupos e de outros grupos da sociedade civil, no redirecionamento das políticas de saúde:

- na esfera do Estado: a formulação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-saúde (1980), como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde; e o II Plano Nacional

de Desenvolvimento, em que é apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes;

- na esfera da sociedade civil: o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde concretiza o já referido deslocamento do princípio de participação comunitária para outro princípio de participação – o popular; e, também, a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979), que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde, naquele momento, mais acentuado em torno do Prev-Saúde.

A proposta do Prev-Saúde conflitava com o modelo médico-assistencial vigente. Embora considerada por Oliveira e Teixeira (1986, p.272) como um projeto que “caracteriza o período autoritário, no qual a dissociação Estado-sociedade concentrava exclusivamente na tecnocracia, com seus anéis burocráticos, o processo decisório”, a proposta é inédita quanto à temática da participação, inserida numa proposta de democratização da sociedade. Incorporava as teses da descentralização, hierarquização e regionalização com ênfase nos serviços de saúde. No entanto, sofre um recuo, por parte do governo, e sua segunda versão retorna ao patamar anterior quanto à questão participativa. Finalmente, o Prev-Saúde é engavetado. Neste ínterim, final da década de 1970, a ditadura militar já está em processo de crise político-ideológica e fiscal, da qual a crise da previdência é uma expressão e explicitação setorial no âmbito do Estado. O referencial oficial da participação comunitária não mais atinge seus propósitos de legitimar o sistema, pois, na sociedade civil, emergem novos atores sociais (SADER *et al.* 1995 *apud* BRASIL 2006b), reivindicando a ocupação de espaços no interior do Estado, representação social e pacto de interesses. Confrontam-se os oposicionistas-reformistas e os situacionistas-conservadores. Além disso, aprofundam-se as

clivagens no bloco conservador dominante. Ao Estado se colocava o enfrentamento da diversidade de tais interesses em torno das políticas de saúde e as possibilidades de construção de um consenso, uma vez que a conjuntura de desgaste do regime não lhe permitia mais imposições autoritárias, como havia sido feito, até então. Evidência dessa mudança de contexto foi o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, em que o pensamento crítico oposicionista-reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação. É a primeira vez que se apresenta, de forma “pública, extensa e bastante consensual”, a proposta do Sistema Único de Saúde (RODRIGUEZ NETO, 1988, p.34).

Presente na Constituição Federal de 1988, após a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, e representado na Constituinte por seus princípios e estratégias basilares para o funcionamento, tais como Universalidade, Igualdade/Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social, após longos anos de intensas mobilizações, que tiveram na sociedade civil organizada seu ponto crucial de apoio, juntamente com o embasamento técnico de grandes sanitaristas como Hesio Cordeiro, Sérgio Arouca, José Gomes Temporão, David Capistrano, dentre outros não menos importantes, esse movimento, que ficou mundialmente conhecido como “A Reforma Sanitária Brasileira”, teve como prioridade a inversão de valores filosóficos/assistenciais da saúde que até aquele momento (em meados dos anos 80) centravam-se na cultura curativa, pouco resolutiva e hospitalocêntrica, para um modelo que privilegiasse os condicionantes do processo saúde-doença, principalmente no que se refere às condições de saneamento básico e as redes locais de atendimento à saúde, representadas pelos postos de saúde, com caráter mais resolutivo e mais próxima junto à população. O ápice do SUS se deu com a implantação da Lei 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei 8.142, que dentre diversas

normatizações trata, de forma destacável, a garantia da participação popular na gestão do SUS.

Após 20 anos, o SUS apresenta resultados expressivos como, por exemplo: presença em mais de 95% dos municípios; atendimento de mais de 110 milhões de pessoas por agentes comunitários, entre os quais 92%, com 87 milhões atendidos por mais de 27 mil equipes de saúde de família. Em 2006: 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 300 milhões de consultas médicas, 11,5 milhões de internações, 360 milhões de exames laboratoriais, 2 milhões de partos, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 15 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de rádio-quimioterapia e o controle mais avançado da AIDS no terceiro mundo. Esses avanços foram possíveis graças a profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, assim como na criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, na extinção do INAMPS (uma das grandes vitórias dos Sanitaristas envolvidos no movimento da Reforma Sanitária Brasileira) unificando a direção em cada esfera de governo. Mas dentro desse vasto processo merece destaque de forma fundamental o controle social, através da criação e funcionamento dos conselhos de saúde. Essa iniciativa, por si só, já comprova por que o SUS deve ser considerado um projeto de inclusão social e não trazer consigo um legado distorcido de um “Sistema Unicamente” de assistência à Saúde, afinal, onde a população participa e colabora, está mais do que solidificada a inclusão social. Porém, ainda persistem, atualmente, características que estão na contramão do que se espera para efetiva participação popular junto ao SUS, como exemplo, é conhecida a atribuição legal - conforme a Lei 8.142 de 1990 - das conferências e dos conselhos de saúde: propor diretrizes e formular estratégias para política de saúde, bem como suas prioridades e direcionalidades, mas ao mesmo tempo percebe-se a lacuna no que se refere aos conhecimentos acumulados para a compreensão e

aplicação por parte da população dessas prerrogativas, o que induz à necessidade de se ampliar o debate e os estudos na busca de mecanismos de aperfeiçoamento das políticas públicas que possam reverter tal situação. Para tanto, será apresentado um breve histórico do SUS, Saúde da Família e o Controle Social no município pesquisado, com o objetivo de contextualizar particularidades importantes para a problematização do tema.

3 IPATINGA-MG: SUS, SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONTROLE SOCIAL

“Os guerreiros vitoriosos vencem antes de ir à guerra, ao passo que os derrotados vão à guerra e só então procuram a vitória”

Sun Tzu

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Ipatinga encontra-se na Mesorregião do Vale do Rio Doce e na Microrregião de Ipatinga (Fig. 1) e faz parte da Região Metropolitana do Vale do Aço (RMVA), criada pela Lei Complementar nº 51/98 (Fig. 2). A RMVA é um aglomerado urbano industrial formado pelas cidades de Coronel Fabriciano, Ipatinga, Santana do Paraíso e Timóteo. No entorno da Região Metropolitana estão 22 municípios que integram o Colar Metropolitano. Essa região, com cerca de 600.000 habitantes, é uma das mais importantes regiões industriais do país. Nela se encontram dois complexos siderúrgicos de porte internacional, representados pela ACESITA (associada ao Grupo Acelor) e USIMINAS (consórcio brasileiro-japonês). Além disso, implantaram-se na região a empresa de celulose CENIBRA (Grupo Japonês) e inúmeras outras empresas de médio e pequeno porte, que se estabeleceram em função das grandes empresas (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2008).

O município de Ipatinga localiza-se a 209 km da capital mineira, Belo Horizonte. Do ponto de vista da infra-estrutura viária, o acesso ao município é realizado através das rodovias federais BR-381 e BR-458 e através da Estrada de Ferro Vitória-Minas (EFVM) (ALMG, 2006).

O município abrange uma área de 166,5 quilômetros quadrados, sendo constituído por uma sede com 35 bairros. No ano de 2007, possuía uma população de 241.720 mil habitantes. Seu produto interno bruto é avaliado em R\$ 5.924.103.741, tendo como PIB setorial a indústria (72,5%), serviços (27,4%) e agropecuária (0,1%). Seu PIB per capita é de R\$ 24.850,00, apresentando uma população economicamente ativa de 36,4%. Em 2007 registrou uma receita corrente líquida de R\$ 342.380.080, ocupando a 64ª posição no ranking nacional (BRASIL, 2008).

Quanto aos indicadores sociais, a cidade apresenta índice de analfabetismo de 2,8, mortalidade infantil - 15/1.000, índice de abastecimento de água de 100%, índice de coleta de esgoto de 100%, área verde por habitante de 1.270 m² e vias asfaltadas em 98%. (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA, 2008)

No tocante à saúde, o município destaca-se por ocupar a 75ª posição nacional entre as cidades que mais investem em Saúde, segundo dados de 2007 da secretaria do tesouro nacional. (BRASIL, 2008).

O relevo apresenta-se com 55% de áreas planas que correspondem à planície do Rio Doce e Ribeirão Ipanema, 30% de ondulação e 15% de montanhas. O ponto mais alto do município encontra-se na Serra dos Cocais, a 1.163m de altitude, e o ponto mais baixo na foz do rio Piracicaba, a 235m de altitude. O clima é tropical sub-quente e sub-seco, com a temperatura média de 23°C e umidade relativa do ar de 78,2% no inverno a 84% no verão. O índice pluviométrico é de 1.374 mm por ano. Os principais cursos d'água são o rio Doce, o rio Piracicaba e o ribeirão Ipanema (ALMG, 2006).

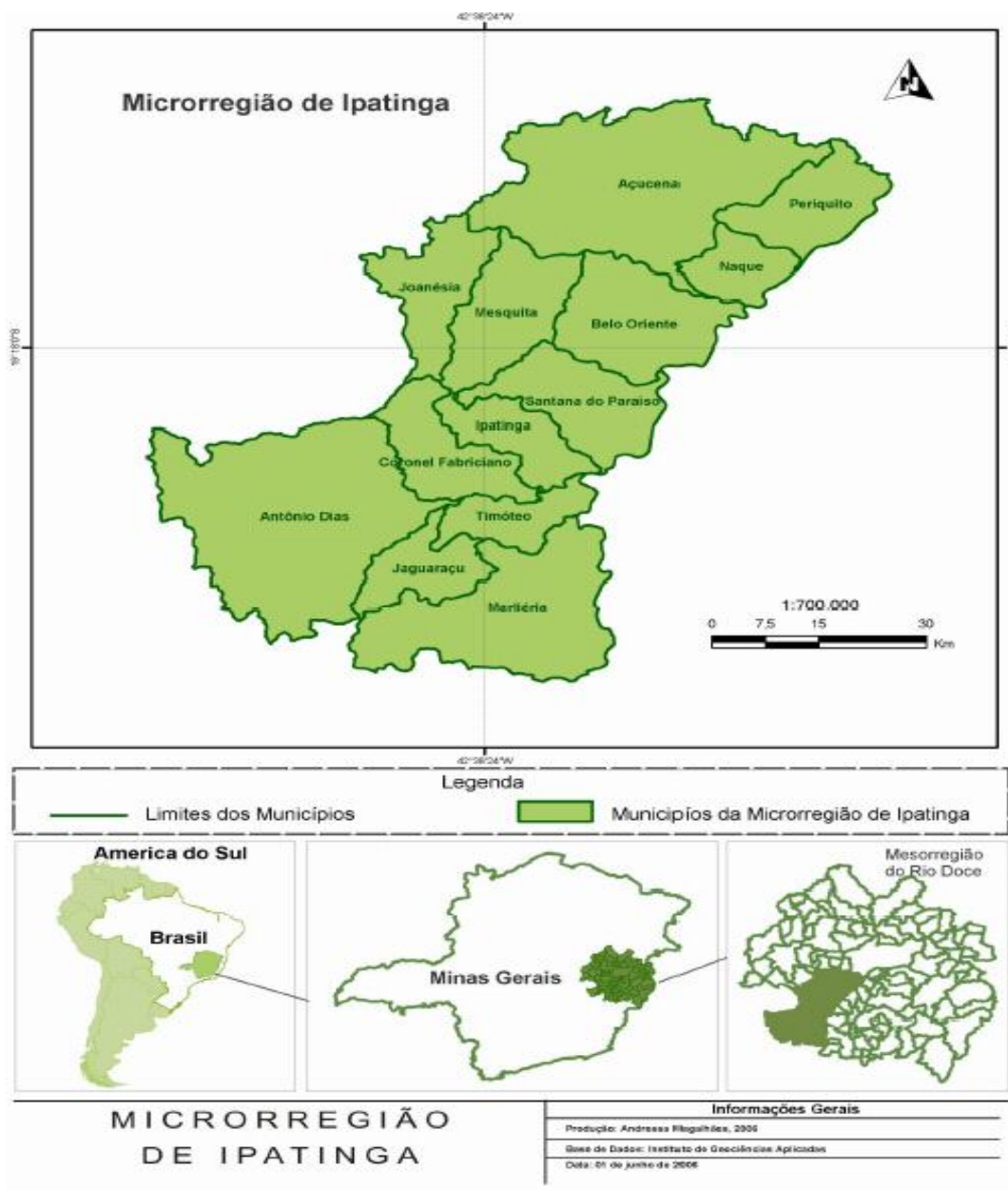


Figura 1 - Microrregião de Ipatinga
 Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/ipatinga>

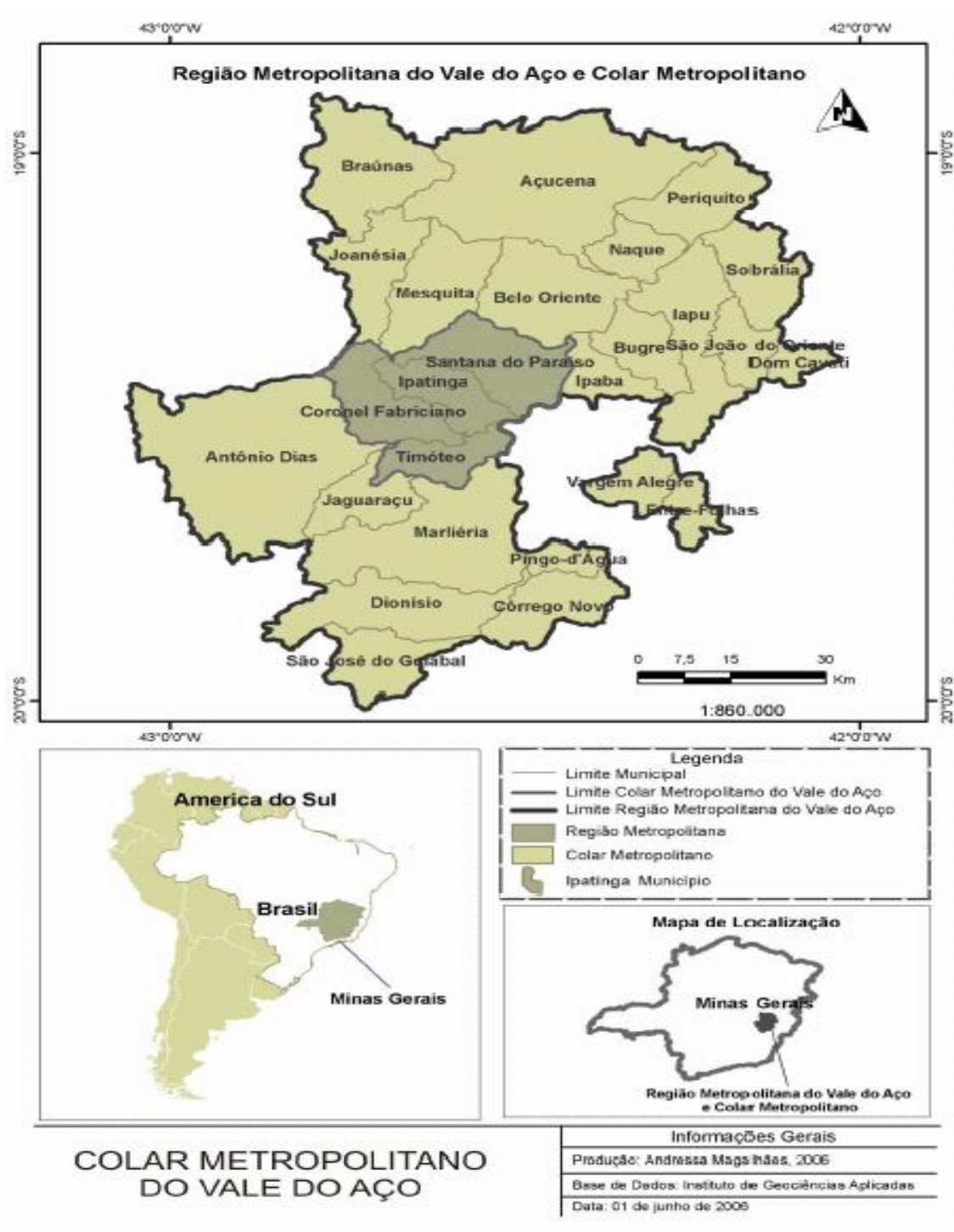


Figura 2 - Região Metropolitana do Vale do Aço
 Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/ipatinga>



Figura 3 - Ipatinga, vista panorâmica com destaque Estádio Ipatingão
Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/ipatinga>



Figura 4 - Clube Parque das Cachoeiras – Meio ambiente e desenvolvimento em perfeita harmonia.
Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/ipatinga>

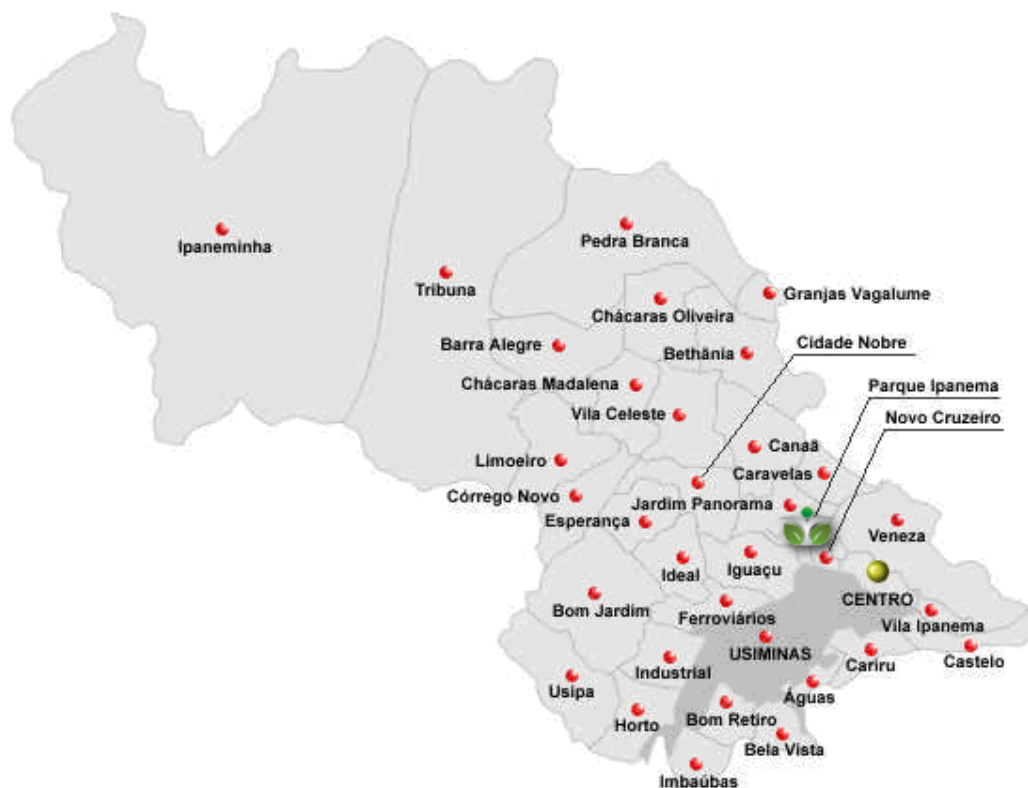


Figura 5 - Mapa do município de Ipatinga
 Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/ipatinga>

3.2 SUS, SAÚDE DA FAMÍLIA E CONTROLE SOCIAL EM IPATINGA-MG

Ipatinga possui um sistema de saúde organizado e que é referência para mais de 30 (trinta) cidades de seu entorno (Região Metropolitana do Vale do Aço). As bases para um novo sistema de saúde, defendida durante o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da Constituição Federal de 1988, tornou-se realidade em Ipatinga antes mesmo da promulgação da Lei Orgânica da Saúde – 8.080 de 1990. Em 1989, já no primeiro ano do primeiro mandato do governo do Prefeito Francisco Carlos CHICO FERRAMENTA Delfino (o mesmo inicia seu quarto mandato à frente da Prefeitura de Ipatinga a partir de 2009), o sistema de saúde

passou por significativas reformulações, com destaque para implantação da rede local de saúde, centrada nas Unidades Básicas, com implementação de inicial de três unidades com recursos próprios do município. Ao longo dos anos, com o grande desenvolvimento da cidade, graças à sua expansão econômica centrada na siderurgia, tendo na Usina Intendente Câmara (USIMINAS) uma das maiores produtoras de aço plano do mundo e como conseqüência o grande crescimento populacional, o sistema de saúde de Ipatinga teve que adequar-se para acompanhar tal crescimento exponencial. Atualmente, o SUS Ipatinga dispõe de 18 (dezoito) Unidades Básicas de Saúde, sendo referência para seus 35 (trinta e cinco) bairros, sendo 15 (quinze) Unidades Básicas com referência a Estratégia Saúde da Família implantada e outras 3 (três) ainda com o sistema tradicional de assistência básica à saúde, sendo que essas três correspondem a 41% (quarenta e um) da população do município. O SUS Ipatinga conta ainda com serviço odontológico em todas as Unidades Básicas, uma Policlínica Municipal onde está centrada a maioria dos serviços da atenção secundária à saúde, laboratório de fitoterapia, popularmente conhecida “Farmácia Verde”, sendo essa uma das quatro unidades existentes em todo Brasil, figurando como referência na produção e distribuição de medicamentos fitoterápicos gratuitos para todas as Unidades de Saúde do município, um Pronto Socorro Municipal que está em fase de expansão para ser classificado como Hospital Municipal, Centro de Controle de Doenças Infecto-Parasitárias, SAMU 192, laboratório público e descentralização da coleta de exames para algumas Unidades Básicas de Saúde, clínica psicossocial funcionando como referência para assistência humanizada dos portadores de transtornos mentais, centro de fisioterapia, sendo todo esse sistema informatizado e interligado entre si, através do sistema SANITAS, uma iniciativa do município, que, além da informatização para cadastro dos usuários em todas as recepções das Unidades de Saúde, todas ainda possuem micro-computador em todos os consultórios e salas de procedimentos, já tendo sido implantado, inclusive, o prontuário eletrônico. Além dessa estrutura própria do

SUS, o município dispõe ainda de diversos laboratórios e clínicas privadas credenciadas ao SUS como serviços complementares de assistência à população.

O SUS Ipatinga conta ainda com parte de sua assistência terciária à saúde credenciada junto ao Hospital Márcio Cunha (HMC), unidade I e II, que pertence à Fundação São Francisco Xavier que é mantida pelo sistema USIMINAS. Hospital com selo de qualidade expedido pela ONA e um dos maiores Hospitais do estado de Minas Gerais, contando, inclusive, com Núcleo do Instituto do Coração (INCOR), realizando diversos procedimentos cardíacos, hemodinâmicos e de diagnóstico em geral, todos credenciados ao SUS. Destaca-se ainda que a unidade II do HMC é exclusivamente destinada ao SUS e possui acomodações e infra-estrutura clínica e tecnológica comparada ao dos melhores hospitais do estado.

Paralelo a esta consolidação do sistema de saúde que aconteceu ao longo das últimas duas décadas no município, o Controle Social em Ipatinga foi implantado em 1991 através da Lei Municipal 1.163 de 07 de Janeiro, tornando regulamentar o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Ipatinga e garantindo a participação em sua composição, além dos usuários, dos trabalhadores da saúde e dos prestadores de serviço, juntamente com a representação dos gestores, em consonância com a Lei Orgânica do município, sendo preponderante em grande parte desse processo de estruturação do SUS Ipatinga.

O controle social em Ipatinga ganhou destaque quando no ano seguinte à implantação do CMS, foram implementadas as Comissões Locais de Saúde (CLS), sendo uma comissão eleita para cada unidade de saúde implantada, em conformidade com o regimento interno do CMS. Tal iniciativa do governo municipal possibilitou a potencialização do exercício da participação popular na saúde, já que os usuários passavam a ter um fórum local regulamentado que, além de debater os problemas, metas e propostas para sua unidade de saúde de referência para seu bairro, passaram a poder encaminhar pautas através das CLS para o CMS, culminando, em 2001 com a aprovação popular junto ao CMS para implantação do

então Programa Saúde da Família (PSF) no município, após ampla discussão e debate com as CLS. Com isso, em 2002, iniciou-se a implantação do Saúde da Família, a partir da análise dos indicadores da atenção básica no município, buscando elevar a satisfação dos usuários e profissionais da saúde, otimizar recursos e sobretudo qualificar a humanização da atenção, o Programa de Saúde da Família foi concebido com o propósito de reorganizar a atenção básica no município de Ipatinga, tendo como pontos norteadores dessa proposta, as ações de territorialização, organização do trabalho em equipe, continuidade das ações, vinculação entre profissionais e usuários, integração da rede de serviços e avanço nos indicadores de resolutividade.

O objetivo central da implantação do PSF em Ipatinga era de reorganizar a rede de serviços de saúde, a partir de um modelo centrado no vínculo, no compromisso e na responsabilidade, de forma a ampliar o acesso e prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades da população, com base nos indicadores epidemiológicos do município.

Inicialmente, estava prevista a implantação de quarenta e três equipes entre abril de 2002 e abril de 2003. Porém, até o fim de 2004, foram implantados um total de vinte e cinco equipes, contemplando, além dos bairros Limoeiro e Vila Celeste, Vale do Sol, Barra Alegre (unidades piloto da implantação, que receberam um total de oito equipes naquele momento), os bairros Esperança, Nova Esperança, Ideal, Bom Jardim, Iguaçu, Bom Retiro, Horto, Santa Mônica, Cariru, Das Águas, Castelo, Bela Vista, juntamente com a zona rural do Ipaneminha e Pedra Branca. De 2005 até dezembro de 2007, foram implantadas mais 11 (onze) equipes nos bairros Vila Militar e Bethânia, totalizando 36 (trinta e seis) equipes no município, até o momento, representando uma cobertura de 59% da população. A meta até o final de 2008 era de estender o programa a 70% dos municípios de Ipatinga, o que, em dados quantitativos, representaria a implantação de mais 8 (oito) equipes de Saúde da Família, fato que não foi

concretizado. Além disso, observam-se supostos indícios de má utilização dos serviços do Saúde da Família, tendo em vista um possível conhecimento restrito dos usuários a respeito dos conceitos basilares e filosóficos da ESF, motivo pelo qual debateremos, a seguir, os princípios que nos levaram a propor uma avaliação do conhecimento dos usuários do SUS Ipatinga sobre a ESF.

Vale destacar ainda, que um possível despreparo dos membros das equipes de Saúde da Família (indicador que não faz parte da pauta desta pesquisa), no tocante aos mesmos princípios basilares e filosóficos da ESF, é um fator que não deve ser desconsiderado, tendo em vista a não garantia de que todos os profissionais inseridos no Saúde da Família possuem, efetivamente, conhecimento a esse respeito.

4 PRINCÍPIOS DA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DO SUS

“Disciplina é a ponte que liga nossos sonhos às nossas realizações”

Pat Tillman

O presente capítulo avalia a metodologia que vem sendo aplicada para avaliar os programas do SUS, e define as características da pesquisa realizada neste trabalho, subsidiando a análise da pesquisa de campo realizada com os usuários do ESF.

O processo participativo exige uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente, as políticas. Ao poder médico, ao poder dos agentes de saúde e ao poder dos gestores, voltados seja para a eficiência e/ou eficácia ou para a redução de custos, confrontam-se o poder das empresas e o poder do Estado, ao mesmo tempo em que se agrega o poder da sociedade organizada, da sociedade civil enquanto conjunto de cidadãos, sujeitos de direitos. É esse o eixo das lutas pela participação, que abre novos espaços públicos, repõe a questão da saúde fora do mundo privado da casa, do mundo da magia, dos consultórios, dos gabinetes, das mãos das elites e do mercado, embora os tenha como postos, buscando novos pressupostos. Esse processo, no contexto histórico da segunda metade do século XX, significou um aprofundamento da democracia representativa, limitada, às vezes, ao ritual das eleições, para se tornar uma mediação, ao mesmo tempo, de revolta e de proposta no seio dos conselhos paritários, com melhor explicitação dos conflitos como base para a construção de consensos.

Novos direitos foram emergindo e se configurando, como os direitos humanos das mulheres, dos negros, das pessoas portadoras de necessidades especiais, das crianças, dos

idosos, com a articulação de relações de poder que não se restringem mais à eleição de representantes que falam pelo povo, em nome do povo, mas que, não raramente, o esquecem. Nessa ótica, o controle social pode ser compreendido, no contexto da saúde, como um fator de publicização do Estado, esta entendida como articulação de uma relação política entre Estado e sociedade, em que os interesses divergentes são expressos, os embates aceitos e as propostas construídas para a efetivação dos direitos conquistados, visando ao alcance de novos direitos, que possam se tornar agendados e institucionalizados. Nesses espaços, o governo se faz responsável, sem camuflar-se no marketing ou nas promessas, e a sociedade manifesta seu interesse e sua força, o que permite o entrecruzamento do instituído e do instituinte, num jogo regulado pela lei, mas exercido com força e pressão, “armas” essas que estão muitas vezes pautadas na simples “iniciativa” governamental de não transmitir à sociedade os devidos esclarecimentos a respeito de diversas políticas públicas de saúde e, o pior, não mantendo junto a ela (sociedade) e seus representantes legais (neste caso, os Conselhos de Saúde) instrumentos de educação permanente para que as bases legais, filosóficas e, sobretudo, os objetivos de tais políticas públicas possam ser devidamente entendidas e como consequência utilizadas de forma eficaz, correta e equânime.

O eficaz exercício do Controle Social passa, sobretudo, pelo processo de se conhecer e entender efetivamente (preferencialmente todas) as políticas públicas de saúde de cunho coletivo (ou ao menos as de maior impacto social), afinal, como posso usar corretamente algo que desconheço? Nessa perspectiva, observa-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi (e ainda é) alvo de intensas campanhas publicitárias em todo território nacional e muitas vezes em rede nacional de rádio e televisão (meios de comunicação indiscutivelmente acessíveis à maioria absoluta da população), porém, muitas vezes com abordagens que merecem ser rediscutidas, haja vista a pluralidade da população brasileira e, sobretudo, devem-se criar mecanismos de aferição se o objetivo final dessas campanhas é de apenas “popularizar” a ESF

ou de fato fazer com que os usuários de seus serviços realmente a conheçam de forma a utilizá-la dentro dos padrões esperados e que se possa torná-la verdadeiramente a grande “mola-mestre” de reorganização e mudança dos indicadores de saúde no Brasil. Nesse sentido, observa-se uma carência de mecanismos para aferir o nível de conhecimentos dos usuários sobre a ESF, prova disso, foi a pesquisa concluída em setembro de 2006, intitulada: “Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde - SUS”, pelo Centro de Pesquisas de Opinião Pública da Universidade de Brasília (DATAUnB) e encomendada pelo Ministério da Saúde no âmbito do convênio nº 2521/2004, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Fundação Universitária de Brasília (Fubra). O DataUnB é responsável, em conjunto com a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (parte conveniente), pelas fases de concepção e formulação das dimensões analíticas, indicadores, instrumentos de coleta de dados, processos de coleta, codificação, digitação e análise de dados, bem como pela confecção do relatório final de pesquisa que objetivou a elaboração e aplicação de uma metodologia de aferição da satisfação de usuários atendidos em diferentes serviços do SUS como um dos componentes da avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), e os seus resultados se destinaram a subsidiar o processo de gestão e gerência do sistema de saúde. Portanto, a pesquisa da DataUnb além de se mostrar um instrumento confiável e rigoroso, se adéqua ao modelo de trabalho que estamos aqui desenvolvendo, podendo, desse modo, fornecer subsídios importantes à construção do método e orientação quanto aos critérios de levantamento de dados.

Baseados no conceito de “satisfação” enquanto uma atitude, os pesquisadores reafirmam a importância de compreender a satisfação do usuário do ponto de vista subjetivo, entendendo que essa escuta possibilita o conhecimento de valores e crenças dos entrevistados, afastando-os, assim, da opinião do senso comum e da referência genérica.

Envolvido nesse procedimento encontra-se o problema do enfrentamento e restabelecimento do processo saúde-doença, que é o ponto central dos cuidados implementados com ganhos para todo o sistema de saúde.

Nesta pesquisa entende-se, portanto, por satisfação, a percepção e a avaliação que o usuário tem sobre definidas dimensões dos serviços de saúde. A satisfação, assim considerada, pode ser entendida como um importante componente da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (SILVA; FORMIGLI, 1995).

A avaliação da satisfação dos usuários do SUS é, assim, um dos métodos adotados pelo próprio SUS para contemplar a gestão participativa e o controle social do programa. Nessa forma de avaliação os usuários têm a oportunidade de opinar e fornecer informações sobre o desempenho dos projetos e programas na área de saúde, de modo a possibilitar aos dirigentes do SUS a compreensão da realidade cotidiana do programa, suas falhas, seus desvios, adequações, incentivando, também, a adoção de novas soluções cotidianas que possam ser estendidas a outras instituições, tais como experiências bem sucedidas de atendimento, ou de gestão.

Podemos concluir, portanto, que também se mostra um método adequado para avaliação do conhecimento dos usuários do sistema de saúde, incluindo o PSF. De acordo com os autores do Projeto de Avaliação de Satisfação dos Usuários do SUS:

Para cumprir uma das importantes práticas ou mecanismos propostos, a escuta dos usuários do SUS, as opiniões e demandas da população (...) devem ser valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema. (PASUS, 2006, p.13, nota de rodapé)

As pesquisas de avaliação de satisfação têm sido tratadas pelos autores como importantes instrumentos de controle, e que não se confundem com pesquisas de qualidade,

dado que a avaliação dos usuários não se pauta na compreensão técnica dos saberes que orientam os diversos profissionais de saúde, mas como consciência e juízo crítico acerca da qualidade dos serviços oferecidos e utilizados efetivamente pela população. Desse modo, a definição de satisfação se dirige diretamente para os serviços de saúde e para os aspectos organizacionais do sistema.

As dimensões de análise definidas na pesquisa em questão são: acesso e disponibilidade, infra-estrutura, acolhimento, relação usuário-profissional de saúde, eficácia ou resolutividade, territorialidade e descentralização e informação e participação da gestão. Essas dimensões serão levadas em conta em nossa pesquisa, e adaptadas ao instrumento de entrevista dos usuários da ESF, como veremos na Metodologia da Pesquisa, em que serão expostos os critérios empregados para elaboração do questionário (APÊNDICE A).

De todos os itens da pesquisa DataUnB / Ministério da Saúde, no que tange a ESF, não foi realizado qualquer tipo de abordagem que pudesse minimamente mensurar o nível de conhecimento dos usuários pesquisados sobre o seu entendimento ou para que serve a ESF. Fica a indagação: como posso avaliar minha satisfação de algo que possivelmente não conheço? A saúde há muito tempo, deixou fazer parte do campo do abstrato para figurar no campo de grandes pesquisas e imensuráveis avanços.

Migrando essa realidade, de um cenário posto em uma pesquisa de campo realizada pelo principal órgão de gestão do sistema de saúde no país, juntamente com uma consulta realizada em abril de 2007, junto ao próprio Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção Básica – DAB, chefiado pela brilhante médica, Dra. Claunara Shilling Mendonça, em que foi confirmado que o Ministério da Saúde não havia realizado, até aquele momento, nenhuma pesquisa visando mensurar o nível de conhecimento dos usuários sobre a ESF. Agregado à realidade do Controle Social no município de Ipatinga-MG, onde as atividades que envolvem a participação popular acerca do Saúde da Família estavam cada vez mais

restritas, com esvaziamento das CLS e do CMS e poucas ações registradas com objetivo de esclarecimento contínuo da população já assistida pela ESF e, sobretudo, nas comunidades recém implantadas, pressupõem que realizar uma pesquisa com o objetivo de mensurar o nível de conhecimentos dos usuários da ESF, aliada a uma análise direcionada de possíveis conseqüências a partir desse indicador de conhecimento, pode ser uma ferramenta importante para gestão e gerência da ESF no município e eventualmente em outras esferas da federação. Para tanto, como forma de instrução de todo processo acadêmico e científico da pesquisa, foi feito levantamento amplo no sentido de se conhecer o que de fato existe (ou não) de referências bibliográficas sobre o tema.

5 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

“O princípio da sabedoria é um desejo sincero de instrução. Mas o cuidado da instrução é o amor”

Livro da Sabedoria 6, 18-19

Este capítulo apresenta estudos a partir de um breve histórico do desenvolvimento da ESF e aspectos co-relacionados, como o cuidado à saúde na pauta dos movimentos populares e o controle social, as Unidades Básicas e suas potencialidades, a avaliação do conhecimento dos usuários, bem como as perspectivas que envolvem e analisam os princípios fundamentais que sustentam o Sistema Único de Saúde, a partir de levantamentos bibliográficos em livros e artigos.

5.1 A DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

No que se refere à descentralização, essa surgiu na década de 80, como parte da orientação neoliberal dos organismos internacionais que vieram a reformular e ajustar políticas públicas no sentido da privatização da prestação de serviços, refletindo-se no caráter descentralizador dos sistemas estatais de saúde, educação, saneamento básico e assistência social, confundidas com formas de desestatização (CAMPOS, 2006). O problema entrevisto por Campos (2006) diz respeito a certa indistinção entre a diretriz da descentralização daquela da privatização. Na partilha de poder a coordenação e o apoio aos sistemas municipais caberia

aos governos federal e estadual através de seus órgãos especializados, como forma de assegurar o caráter universal do acesso à Saúde, dentro dessa rede descentralizada.

Houve uma real descentralização da responsabilidade pela execução da assistência à saúde, evidenciando-se uma municipalização quase que completa da atenção primária e uma divisão de responsabilidades com os estados quando se trata do atendimento especializado ou hospitalar (CAMPOS, 2006, p. 423).

Para Campos (2006), essa diretriz política da descentralização produziu um efeito prático de ser incorporada por aqueles que passaram a deter o poder de decidir. Além de ser um meio mais eficaz de organizar o sistema de Saúde, vem funcionando como um valor ético e político incorporado pelos seus atores.

A descentralização supõe distribuição de poder e ampliação dos mecanismos de participação e de controle da sociedade sobre o Estado, sobre governos e sistemas políticos - um efeito desejado e buscado pelo espírito democrático. Nesse sentido, além de meio supostamente mais racional para se gerir projetos e programas, a descentralização constituiu-se em um fim em si mesma (CAMPOS, 2006, p. 423).

Há, contudo, a vertente dos efeitos paradoxais que o autor examina, e que podem ser assim resumidos: Desigualdade regional na distribuição de recursos, uma vez que é distinta a capacidade de pressão das diferentes populações, a dependência da vontade política dos dirigentes municipais, e da organização corporativa dos profissionais de saúde, o grau de clientelismo e degradação dos costumes políticos de cada região, dificuldade em oferecer atenção integral conforme a necessidade dos usuários, insuficiência de financiamento federal para as cidades pólos, que têm que manter serviços regionais com recursos municipais e a predominância excessiva do poder executivo na gestão do SUS.

5.2 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SUS

Outra vertente diretora do SUS encontra-se na Constituição da República, art. 198, que dispõe:

CRFB, art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; (...)

Conforme Mattos (2006), o termo “integralidade” vem sendo utilizado de forma corrente para designar essa diretriz do inciso II, do art. 198, da CRFB/88, e se coloca como uma “imagem-objeto” porque está no campo da multiplicidade de formas, que levam a um contexto democrático, portanto implicam em uma variedade de sentidos decorrente da pluralidade de atores que constituem o sistema de saúde atual. Essa proposição de Mattos (2006) segue na direção de entender a integralidade como uma visão aberta a modificações, que implica em não reduzir o atendimento integral a uma definição fechada em si mesma.

Defende, assim, a idéia de que a integralidade é conjunto de noções úteis para discriminar valores e características para o sistema de saúde, além de ser um bom indicador da direção do sistema em suas práticas. Nesse sentido, a integralidade deve estar contida na forma de organização dos atendimentos, como decorrência lógica do entendimento dos profissionais de saúde acerca de seus sentidos práticos. Deve estar, também, como referente da própria organização do trabalho nos serviços de saúde.

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. *Ampliação que não pode ser feita sem que se assumam uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (grifo nosso)* (...) (MATTOS, 2006, p. 19)

Dentro do Ministério da Saúde (MS), a responsabilidade gestora da atenção básica concentra-se no nível federal, cabendo à União, entre outras responsabilidades, a de “propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica” (BRASIL, 2006). Vejamos dados do CONASS a respeito da ESF, no quadro relativo (Quadro 1) ao período 2003-2006:

TOTAIS	2003	2004	2005	2006
ESF				
Total de equipes	19.000	21.300	24.600	26.729
Total Municípios	4.400	4.600	4.986	5.106
Cob População	35,7%	39%	44,4%	46,2%
ESB				
Total Equipes	6.200	8.900	12.600	15.086
Total Municípios	2.800	3.200	3.900	4.285
Cob População	20,5%	26,6%	34,9%	39,8%
Agentes Saúde				
Total Agentes	184.300	192.700	208.000	219.492
Total Municípios	5.100	5.100	5.200	5.309
Cob População	54%	55,5%	58,4%	59,1%
INVESTIMENTO	1.662,80 bilhões	2.191,04 bilhões	2.679,27 bilhões	3.248,50 bilhões

Quadro 1 - Resultados físicos e financeiros - Atenção Básica e Saúde Família – Período 2003/2006

Fonte: www.conass.org.br

Para um aumento de 95,36% no valor do investimento em Atenção Básica e Saúde Família, foi obtido um aumento de Cobertura populacional da ordem de 28%, o que representa, como resultado em 2006, um número próximo à metade da população brasileira.

O esforço financeiro é proporcionalmente muito maior que a cobertura populacional obtida. Deve-se considerar, contudo, que dentro desse quadro foram melhorados os atendimentos originais, com otimização dos serviços para a população.

Enquanto o total de equipes da ESF aumentou 40,68%, a cobertura populacional variou 29,41%, e o total de municípios atendidos aumentou 16% apenas. Ou seja, foi necessário quase metade das equipes iniciais a mais para incrementar apenas algo em torno de 30% de atendimentos, desta feita é importante contextualizar a Estratégia Saúde da Família como política pública de saúde estruturante da atenção básica/primária à saúde no Brasil.

5.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Criada em 1994, a ESF tem como foco o rompimento de um modelo passivo de atenção à saúde, em que o indivíduo passa, então, a ser entendido como singular e como parte integrante de um contexto maior, membro de uma família e de uma comunidade. Segundo Viana e Dal Poz (1998), pode-se afirmar, então, que o programa foi formulado num período de “vazio” programático, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Nenhuma das instâncias propunha nada de novo e efetivo para o sistema e, cada vez mais, a política seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos e se expandindo em cima de concepções superadas para a área da saúde, sem interlocução, inclusive, com os demais setores da área social. Por outro lado, o Ministério da Saúde tinha consciência de que o SUS avançara pouco no que concerne às estratégias de organização da assistência: como foi dito acima, a proposta de distrito por si só não respondia às inquietações dos gestores municipais. Assim, o sucesso anterior de um outro programa inovador - como foi o dos Agentes

Comunitários de Saúde – e o próprio avanço das formas descentralizadas de operação da política de saúde funcionaram como pré-requisitos essenciais para a formulação da ESF. A referência à ESF se faz tendo como idéia central o fato de que esse programa é, na verdade, uma estratégia prática na área da saúde (CHAVES, 2002). E, ainda, se mostra essencial para a reorganização da atenção básica do SUS, com aspectos ágeis na descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população.

Ao todo, foram criadas, desde 2002, mais de 7.500 novas equipes, totalizando 27,5 mil delas atualmente em ação, que garantem uma cobertura de 80 milhões de pessoas. Para essa estratégia, os recursos foram ampliados em praticamente 325%, passando de R\$ 1,3 bilhões, em 2002, para R\$ 4 bilhões, em 2007.

O desafio da prática das ESF, do trabalho em equipe, como resultado da interação entre os diferentes profissionais com a finalidade de solidificar a saúde das famílias brasileiras produziu ações e serviços de saúde que impactaram na promoção da saúde da população nos diversos territórios. É sabido que na atenção básica/primária os profissionais lidam com uma alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde, e que essa equipe tem grande familiaridade tanto com pacientes como com seus problemas. Acolher usuários, reconhecendo adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles de ordem funcional, orgânica ou social é um dos princípios que as ESF devem garantir.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde, que analisou a ESF entre os anos de 1998 e 2004, demonstrou que a mesma ampliou significativamente o acesso à atenção à saúde na rede básica nesses seis anos. O registro de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas, por exemplo, baixou de 22,3%, em 1998, para 10,9%, em 2003, no conjunto de municípios com 70% ou mais de cobertura da estratégia. A proporção de recém-nascidos com mães sem nenhuma consulta de pré-natal também caiu em todos os grupos de municípios, principalmente naqueles com alta cobertura da estratégia. A queda foi de 8,54%, em 1998,

para 2,95%, em 2003. O número de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) na população de 40 anos ou mais, por sua vez, é um indicador que reflete a evolução das ações de Atenção Básica no controle das doenças hipertensivas. Percebe-se que, nesse período, as taxas de internação no grupo de municípios com maior cobertura da ESF caíram de 52,30 por grupo de 10 mil habitantes para 37,7 por grupo de 10 mil (BRASIL, 2007).

5.4 PROBLEMATIZANDO O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE E OS PROCESSOS DE INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO

Com base no conceito de controle social, na sociologia da dominação weberiana e na idéia de racionalização do mundo da vida (HABERMAS, 1987), o controle social foi concebido a partir do ideário político-ideológico do movimento da Reforma Sanitária à atual configuração de Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), o controle social em saúde no Brasil, notadamente no cotidiano desses espaços, não é homogêneo em termos de significados no contexto das políticas públicas. Segundo documento do Ministério da Saúde sobre a política Participa SUS, a gestão participativa trata-se de estratégia transversal a ser implementada no cotidiano das instituições participantes do SUS. O controle social se dá, assim, no âmbito da participação organizada e representada pelos Conselhos e Conferências de Saúde.

Mas para debater de forma ampla o controle social e seus aspectos inerentes ao processo de socialização e informação junto às pessoas, é necessário debater o “poder”. Para ESG (1996) *apud* Brasil (2007): “O poder é um fenômeno social no qual uma vontade, individual ou coletiva, se manifesta com capacidade de estabelecer uma relação da qual resulta a produção de efeitos desejados, que de outra maneira não ocorreriam

espontaneamente”. Para a configuração do poder, então, exige-se a existência de uma “vontade”, de uma “capacidade” para fazer valer a vontade, ou seja, a produção dos “efeitos desejados”, e, finalmente, da certeza de que é preciso agir, pois os efeitos não aconteceriam “espontaneamente”. Para conhecer, conceber ou divulgar uma “vontade” e também para avaliar a “capacidade” operacional, o poder demanda informação. Por isso também se afirma que informação é poder, ou mais que isso, é fator multiplicador e também medida de avaliação do poder (DIZARD, 1982 *apud* SILVEIRA, 2000).

Para Toffler (1990), o poder tem como fontes básicas o “músculo” (força), o “dinheiro” (riqueza) e a “inteligência” (conhecimento), com esta última apontada como a fonte de maior qualidade, pela possibilidade de incrementar a aplicação das outras fontes. Russell (1979) afirma que o poder pode se manifestar mediante o uso da força, de recompensas e castigos e influência sobre a opinião, que inclui a oportunidade de criar hábitos desejados nos outros. Nessa perspectiva, é comum encontramos no âmbito do controle social em saúde, uma disputa de “poder” muitas vezes pouco saudável, em que a simples disputa para ocupar um “cargo” nos fóruns legalmente constituídos de controle social na saúde (entenda-se Conselhos Municipais e distritais e em algumas cidades Conselhos e Comissões Locais) não vem acompanhada da garantia de conhecimento satisfatório dos postulantes quanto às políticas de saúde minimamente no município, como, por exemplo, a ESF e principalmente as atribuições do cargo postulado. Resultado? Exercício ineficaz do controle social, meramente por interesses do “poder” como imposição pura e simplesmente. Situação que pode ser comprovada se analisarmos a participação e representatividade nos conselhos de saúde de seus conselheiros, que, embora presentes em praticamente todas as reuniões, quase nunca se manifestaram para concordar ou discordar de algum assunto em debate, ou propor ou encaminhar alguma queixa ou sugestão da comunidade que representam. Através da observação direta, habituamo-nos a vê-los em todas as reuniões, porém dificilmente ouvimos

suas vozes; eles simplesmente chegavam, sentavam, acompanhavam a reunião, erguiam o braço quando tinham de votar e iam embora. Na percepção de um conselheiro: “(...) tem umas pessoas que comandam, tem uma elite de pessoas que comanda, o resto tá lá só por formalidade (...)” (Representante da sociedade civil). É possível perceber a desigualdade na participação e na distribuição do poder, na avaliação a seguir:

(...) o conselheiro deve estar junto com os outros decidindo alguma coisa em benefício da comunidade, da assistência médica, assistência de saúde da população local, não sendo apenas convocado pra chegar lá e aprovar alguma coisa que às vezes a legislação ou as orientações que vêm, exigem a aprovação do CMS, então, se convoca simplesmente pra aprovar, mas não pra discutir, participar da elaboração da proposta (representante de instituição de saúde (MORITA; GUIMARÃES; DI UZIO, 2006).

Para Meier (1982, p. 247), a noção de controle na teoria social contemporânea pode ser resumida na seguinte questão: “Quem deveria exercer controle sobre quem, como, e para quais fins?”. Esses aspectos servem de parâmetro à teoria moderna do controle social e estão subjacentes às principais definições do fenômeno na teoria social. Percebe-se, contudo, que tal definição é ampla demais para possibilitar apropriada exploração tanto da ideologia subjacente (a que?) às definições de controle social quanto das várias tecnologias de controle predominantes na sociedade moderna.

Um dos primeiros sociólogos a definir sistematicamente controle social foi Ross (1959, p.25), para quem, ainda que “[...] a maioria de nós ... nasceu com uma certa adequação para a ordem”, a ordem social é algo que se deve construir, posto não ser característica natural da sociedade humana. “Há razões para acreditar que nossa ordem social [...] parece mais ser uma construção do que um desenvolvimento [natural]” (p.5). O escopo de sua obra indica claramente sua crença na necessidade de ordem para a existência ou conservação da

sociedade, e nesse sentido o controle social emerge como a principal categoria de sua sociologia, se referindo aos esforços para moldar e adequar os sentimentos e desejos individuais às necessidades do grupo (COSER, 1982).

Outra forma de operacionalizar essa perspectiva institucional de entendimento do controle social é dada por Crane (1982, p.229), para quem “o conceito de controle social refere-se tanto à [manutenção da] ordem social [...] quanto ao consenso”, em que ordem social refere-se à regulação do comportamento individual em sociedade por meio de instituições como leis, governo e polícia, e o consenso refere-se à difusão e compartilhamento de valores e percepções, fruto de instituições culturais como educação, religião, arte e ciência.

Já Gibbs (1982, p.28) ressalta o significado do termo social: o controle é social quando significa “[...] um esforço de um ou mais indivíduos [...] para manipular o comportamento de um ou mais indivíduos por meio de outro ou outros indivíduos [ou seja, de terceiros]”. Social, portanto, é uma forma específica de controle por meios indiretos que utiliza padrões convencionados no âmbito do grupo de referência a que pertencem os indivíduos que se pretenda controlar.

De acordo com o Ministério da Saúde, a democracia participativa na gestão pública requer, além do controle social, a adoção de práticas e mecanismos inovadores que forneçam a dimensão necessária à gestão participativa e que podem ser resumidas como:

- Processos participativos de gestão - que se desenvolvem na dinâmica de cada instituição vinculada ao SUS, nas esferas municipal, estadual e federal, sob a forma de Conselhos Gestores, Direção Colegiada, Mesas de Negociação, Câmaras setoriais e Comitês Técnicos;
- Intersetorialidade - são as decisões tomadas dentro dos setores do governo, compartilhadas entre os diferentes setores e instituições que integram a área de Saúde;

- Mobilização Social - ações que têm por finalidade a ampliação da consciência sanitária, do direito à saúde e à cidadania; e
- A escuta permanente - instrumento que visa tornar conhecidas as opiniões e demandas da população, o que acontece através das ouvidorias e mecanismos do SUS, como as consultas públicas. O resultado dessa escuta deve ser encaminhado aos responsáveis pela gestão dos serviços de saúde e do SUS.

Os Conselhos têm, assim, poder deliberativo, fiscalizador e avaliador da gestão do sistema de saúde, sendo compostos por membros diretamente escolhidos pelos usuários (50%), sendo os 50% restantes divididos igualmente entre os representantes do governo, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde.

A definição das estratégias a serem implementadas constrói-se nas Conferências municipais e estaduais (bienal), e na Conferência Nacional de Saúde (quadrienal). Há regulamentação específica para os Conselhos na Constituição da República, nas Leis Orgânicas 8.142 e nas normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, além da Programação Pactuada que vem sendo atualizada quase anualmente. Seu papel enquanto propiciador da participação da população nas decisões, sua atuação política enquanto orientador da gestão e suas condições de funcionamento e composição, embora existam leis, normas e regras para orientar sua organização, apresentam as mais diversas configurações. Essa característica múltipla e heterogênea dos conselhos de saúde implica em diferentes graus de efetividade do controle social; existem conselhos que atuam primordialmente como legitimadores das decisões dos gestores, outros cuja ação é centrada na fiscalização dos recursos públicos e outros, ainda, que se colocam no papel de protagonistas ativos na formulação de políticas. Nessa perspectiva, a participação da população no controle social da política de saúde pode ser considerada sob duas concepções teóricas. A primeira, como sendo a forma como os interesses organizados e debatidos publicamente definem como o coletivo deve agir e atuar

em relação aos indivíduos, seja por meio do Estado Leviatã ou do Contrato Social (BOBBIO, 2000). A segunda, que caracteriza as práticas de controle social como autônomas realizadas no espaço público, descoladas das imposições do Estado e do mercado, onde os indivíduos, a partir de suas ações, constroem o que deve ser a sociedade e qual deve ser a relação entre os cidadãos (HABERMAS, 1989). Essas duas perspectivas apontam para três modalidades de práticas de controle social que têm se manifestado desde a institucionalização dos conselhos em 1990: as que são orientadas para a formação da vontade política dos atores sociais que participam das arenas do campo da saúde; as que estão direcionadas ao controle do poder administrativo do Estado; as práticas que visam subordinar os valores de mercado, de produção e consumo de serviços de saúde aos valores de autonomia, integralidade e dignidade que representam a vida (PEDROSA, 1997).

A despeito de toda discussão sobre a importância, o papel e a composição paritária entre os segmentos de sociedade civil - trabalhadores, gestores e prestadores de serviços – a existência de conselhos de saúde nas instâncias de gestão do sistema tornou-se condição para a descentralização político-gerencial e financeira preconizada desde a NOB-91. Essa situação, se por um lado representa a obrigatoriedade institucional de participação da sociedade na política de saúde, por outro lado pode ter contribuído para esvaziar-se e distanciar da prática dos conselhos os princípios político-ideológicos da democracia participativa, que se apóia em uma ampla representação social. Na prática, isso significa restringir seu papel a mero elemento da burocracia que compõe a estrutura do sistema de saúde nos três níveis de gestão, pois, como afirma Guizard *et al.* (2004) a participação política e o controle social não dependem apenas de sua formulação legal, uma vez que podem somente materializar-se no conjunto das práticas que constituem e atravessam o sistema de saúde.

O fato é que existem críticas à atuação dos conselhos em vários aspectos. Como exemplo: Cortes (2000) diz que os Conselhos e Conferências deixaram de ser espaços de

mediação de projetos conflitantes, sendo esse espaço representado atualmente pelos gabinetes dos gestores públicos de saúde; inversão de papéis entre gestores e conselhos, cabendo aos primeiros a função de controladores da execução da política e aos conselhos o papel da gerência, comprometendo seu caráter deliberativo ao envolver-se em atividades gerenciais; redução da área de atuação política dos conselhos, que passa a ser restrita à atuação do Poder Executivo; desconhecimento da legislação do SUS por grande parte da população, movimentos sociais e até mesmo por conselheiros; e, apesar de algumas iniciativas de capacitação de conselheiros, não se observa um efeito multiplicador.

Silva (2004), discutindo os processos decisórios nas instâncias colegiadas no SUS – Conselhos de Saúde e Comissões Intergestoras – faz uma revisão bibliográfica sobre o funcionamento do conselho de saúde, em um estado do sudeste brasileiro, em que ressalta a dificuldade de acesso às atas de reuniões, a baixa qualidade informacional das atas disponíveis, a ausência de divulgação das atividades dos conselhos, a insuficiência de verbas para seu funcionamento e a não-homologação das deliberações tomadas em plenária. Apesar de essa situação se mostrar emblemática no cenário brasileiro, Aciole (2003) considera a possibilidade de os conselhos se constituírem de modo autônomo, apesar de suas origens institucionais, rompendo os limites e obstáculos à sua plenitude de ação e adquirindo um caráter de transversalidade. Para tanto, é necessária sua transformação em agente atuante, ocupando-se espaços institucionais, espaço político nos meios de comunicação, nas esferas políticas do legislativo e do judiciário, propondo e realizando alternativas para as políticas governamentais.

Essa possibilidade de superar o “papel instituído” de espaço de exercício de controle social pode ser observada na situação dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), a partir de dados obtidos do PARTICIPANETSUS, importante instrumento desenvolvido pela Secretaria de Gestão estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, que visa auxiliar o desenvolvimento

de políticas e ações para o fortalecimento do controle social a partir do conhecimento das realidades dos conselhos de saúde.



Figura 6 - Participantes Conferência Estadual de Saúde-CES
Fonte: Brasil, 2007, p.48

Os indicadores utilizados por esse sistema são: índice de autonomia dos conselhos, democratização dos conselhos, estrutura física e equipamentos, gestão dos conselhos e índice de pleno funcionamento. É interessante notar que, de maneira geral, mais de 50% dos CES do país, apresentam situação positiva em relação a todos os indicadores utilizados na avaliação, o que faz supor certo grau de efetividade do controle social em saúde nos estados. Entretanto, existem algumas situações que revelam contradições e diferenças, como a eleição do presidente somente em 22% dos CES e 52 % apresentarem Mesa Diretora. Salienta-se que nos

CES que têm Mesa Diretora, em 93% seus componentes foram apontados em plenário, embora a paridade praticamente não seja observada.

Um dado que chama atenção é o percentual de 37% dos CES que ainda não dispõem de orçamento próprio, o que dificulta, ou mesmo inviabiliza qualquer tentativa de desenvolvimento de gestão autônoma, embora se encontre entre os 63% (17) CES que dispõem de orçamento, 70,58% que elaboram e 52,9% que gerenciam seus recursos. Observa-se que não existe uma articulação concreta entre os CES e órgãos da administração pública voltados para o cumprimento dos direitos do cidadão, como nos casos da ação diante de resoluções não cumpridas, embora 96% dos CES tenham informado articulação com o Ministério Público.

Em termos de infra-estrutura, os CES apresentam situação bastante favorável: 78% têm sede avaliada como boa, e ótima por 74,1% dos CES, ainda que 90% dessas sejam cedidas pelo poder público estadual. 100% possuem linha telefônica, sendo que 96% têm acesso à internet, o que abre muitas possibilidades para o desenvolvimento de processos de comunicação e educação a distância, tanto no que diz respeito a informações que subsidiem as decisões, como em relação a processos de capacitação.

As Conferências de Saúde ocupam no SUS, desde a promulgação da Lei n. 8.080, de 1990, juntamente com os Conselhos de Saúde, a condição de instância formal de exercício do princípio de participação da comunidade. Sendo uma de suas principais características, esse espaço institucional tem como perspectiva a definição de diretrizes para as políticas de saúde, através da participação dos diferentes atores e segmentos implicados no processo. Nessa acepção, as Conferências de Saúde surgem como instâncias nas quais (pelo menos potencialmente) se abre espaço para que a participação social ocorra na formulação de políticas. Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação

social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte. As conferências são, desse modo, espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema. A participação da população é apresentada como sendo mais ampla do que o controle na medida em que envolve todo o processo, a partir da formulação da intervenção no campo. Abrange, com isso, desde seu interior à trajetória da política pública, revelando-se como uma participação na constituição dessa política. Ou seja, com essa concepção de participação, a população adquire condição de sujeito da política de saúde, agente que a determina. O controle é apresentado como um de seus aspectos: vai da organização ao controle, passando pela gestão, não apenas das ações (o que poderia ser lido como diretrizes programáticas), mas também dos serviços de saúde, nos quais o direito e a política pública a ele relativa ganham materialidade (BRASIL, 1986). Essa concepção de participação coloca a população como protagonista do projeto de construção social do direito à saúde, de tal modo que o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde afirma que, para assegurar esse direito a “toda população brasileira”, ou seja, o direito universal à saúde, considera-se imprescindível “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios” (BRASIL, 1986, p. 8).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 2002, discutiu e avaliou a necessidade de elaboração e implementação de uma política de informação, comunicação e informática para o Sistema Único de Saúde- SUS e, conseqüentemente, para o controle social. Essa política deve estar pautada nas diretrizes do SUS, na política de saúde vigente e, também, na garantia das ações e dos recursos que permitam a democratização do acesso à informação, comunicação e informática em saúde. Essa discussão trata da

possibilidade da geração de novos processos, produtos e de mudanças nos modelos institucionais de gestão. A expressão controle social tanto é empregada para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado.

No eixo X da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ficou estabelecido que o Conselho Nacional de Saúde deverá definir estratégias para deliberação e implementação de políticas articuladas de informação e comunicação, na perspectiva de dar maior visibilidade às diretrizes do SUS, à Política de Saúde, às ações e à utilização de recursos no sentido de ampliar a participação e o controle social. Para tanto, necessário se faz: 1) democratizar a informação e comunicação, em todos os aspectos; 2) viabilizar a rede de informação em saúde de âmbito nacional e; 3) desenvolver projetos nas três esferas de governo para garantir à população a divulgação permanente de decisões e informações dos conselhos e conferências de saúde. Para tanto, o Conselho Nacional de Saúde, através da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde, vem imprimindo ações na perspectiva de discutir o Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde. Foram realizados seis seminários descentralizados nas cinco regiões do país e um seminário nacional, que teve como objetivo discutir a Política de Comunicação, Informação e Informática em Saúde. Dentre as ações, destacam-se: a implementação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde, com informações dos conselhos estaduais e municipais para fortalecer a interlocução contínua entre os conselhos de saúde; a criação do fiquê atento, um espaço de democratização da informação e comunicação em saúde a ser divulgado no jornal do CNS e outros meios de comunicação para tratar de temas que abranjam um problema/dimensão da saúde de relevância nacional que possua impacto para a saúde da população; e projeto de inclusão digital no sentido de equipar e capacitar os conselhos de saúde para apropriação de novas

tecnologias e conseqüentemente melhorar e permitir o acesso à comunicação e informação em saúde.

O desenvolvimento e a incorporação da informação e da comunicação e suas tecnologias de forma ampliada e disseminada pressupõem decisões políticas e econômicas que perpassam pelas relações de poder e produção do saber. Alguns desafios são postos nesse debate para o exercício do controle social, os quais se destacam: a definição das informações relevantes (o que informar?); o mecanismo de acesso mais adequado às diferentes situações dos Conselhos de Saúde (como informar?); como tratar a informação e a opção tecnológica a ser adotada. O acesso à informação amplia a capacidade de argumentação dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios, ou seja, na construção do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde. Isso implica a possibilidade de os conselhos de saúde deliberarem sobre a política de informação e comunicação em saúde e intervirem na realidade hoje existente. Porém, o grande problema é que a gestão da informação permanece restrita nas mãos dos que entendem, dos que sabem, enfim, dos técnicos, sendo supostamente necessária a ampliação e a disseminação dessas informações.

Apesar da permanência do caráter decisório dos conselhos na destinação e na determinação da gestão dos recursos, esse aspecto não é observado com a devida frequência, prevalecendo a tendência que conceitualmente é referida ao valor transformador do controle social (GUIZARD *et al.*, 2004). Tal afirmativa comprova que a importância do controle social deve ser trabalhada de forma muito mais ampla, não restrita apenas às funções “burocráticas” (que são significativas e importantes), mas, sobretudo, estendendo-se ao papel transformador que a sociedade possui, a partir de seu envolvimento sistemático.

O desafio teórico, portanto, nos parece ser avançar na crítica das novas formas de gestão participativa e das novas formas de organização, no intuito de se conceber a

possibilidade ou não de alguma forma de organização social que permita a ocorrência de consenso real ou válido - no sentido proposto por Habermas (1997) - quando a negociação não é apenas recurso para melhor alcance de objetivos complexos e difíceis, mas fato real e produto de intenções coletivas e da autonomia individual. Subjacente a isso está uma crítica à teoria organizacional e administrativa, quando pressupõe a possibilidade de as organizações, principalmente organizações econômicas, se constituírem em espaços para plena realização humana. Lembrem, afinal, aquela parábola cristã do remendo de pano novo costurado em roupa velha, que aumenta o tamanho do estrago na roupa. Um novo modelo organizacional talvez demande novo modelo de sociedade, sob o custo de que o estrago venha a ser maior (CRUBELLATE, 2004).

Pensar na relação controle social e a construção de uma política de informação e comunicação em saúde significa que temos que avançar no processo de democratização que vem se imprimindo na realidade brasileira. Isso implica a redistribuição efetiva do poder e do saber. Considera-se um avanço a instituição da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, que tem proporcionado a ampliação desse debate. Essa iniciativa tem fomentado a criação de comissões similares nos conselhos estaduais e municipais de saúde (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

5.5 O CUIDADO À SAÚDE NA PAUTA DOS MOVIMENTOS POPULARES

Na perspectiva de compreender por onde passa a discussão dos serviços de saúde nos coletivos populares, utilizam-se fragmentos do Relatório do I Encontro Nacional da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS). Essa

articulação possui o desafio da elaboração de uma agenda comum entre as entidades que atuam na área de educação popular e saúde no Brasil, que vem se estruturando desde julho de 2003, na perspectiva de articular e apoiar os movimentos e práticas de educação popular e saúde, desenvolvendo processos formativos dialógicos e reflexivos a partir da práxis e construindo referências para o fortalecimento da participação popular na formulação, gestão e controle social das políticas públicas. “Os encontros estaduais possibilitaram dar visibilidade e reconhecimento político às experiências dos pequenos movimentos, organizações não governamentais (ONGs), práticas comunitárias, atuação de grupos universitários ou de serviços no nível local que dão importância, neste trabalho, ao conhecimento e ao saber dos usuários e seus familiares, da população a fim de levar esse processo ao conhecimento dos conselhos de saúde. Por isso mesmo fomos participando das conferências de saúde dando aos nossos encontros também o nome de conferências temáticas de Educação Popular e Saúde. Aliás, é nesta medida que podemos ajudar na participação popular capaz de transformar o controle social, até aqui restrito ao aumento da cobertura e à luta contra a precariedade dos serviços de saúde. As experiências não institucionalizadas dos movimentos, ONGs etc. vão além da assistência, preocupam-se com a saúde das pessoas e mostram outras formas de pensar e promover a saúde. São experiências que apontam para os condicionantes da saúde e da doença da população e, ao mesmo tempo, para a necessidade de novas formas de cuidar da saúde dela.” (ANEPS, 2005, p.7-8).

Existe, portanto, uma ação voltada para o reconhecimento e ampliação da visibilidade a respeito das práticas populares de educação e saúde, promovendo o intercâmbio entre elas e estabelecendo um diálogo com as instituições e serviços que atuam na atenção e na formação em saúde, na perspectiva de incorporá-las ao SUS, contribuindo, assim, para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente.

Na perspectiva dos movimentos populares, o espaço para a discussão dos serviços de saúde é o da própria comunidade, o território onde ocorre o cruzamento dos movimentos dos sujeitos da vida (usuários) e dos sujeitos das práticas de saúde sendo a UBS/SF o espaço agregador dessas dimensões, haja vista as reivindicações apontadas:

- Ampliar as equipes do PACS/SF;
- Lutar pela capacitação dos profissionais de saúde para um atendimento humanizado na atenção à saúde em todos os serviços: na qualidade do atendimento; na relação entre profissional e usuário; na sobrecarga de trabalho profissional; na criação de vínculos e no resgate da cidadania;
- Capacitar as equipes multiprofissionais (saúde de crianças, adolescentes, adultos e idosos) na perspectiva da Educação Popular e Saúde, contribuindo com a mudança do modelo assistencial;
- Capacitar os profissionais de saúde e educação sobre questões de gênero e sexualidade em parceria com entidades da sociedade civil, que já trabalham essas temáticas;
- Dar credibilidade tanto aos serviços de ações básicas como aos serviços públicos de saúde;
- Defender o SUS sem desvalorizar as práticas populares nas escolas, academias, serviços etc.;
- Defender que usuários da saúde tenham garantia de escolher o tratamento, seja tradicional ou complementar;
- Estimular a construção de parcerias entre Estratégia Saúde da Família/SUS e movimentos e práticas de educação popular em saúde (ANEPS, 2005).

Nesse território emergem as preocupações da população que se transformam em proposições a serem debatidas com as equipes de saúde na perspectiva da construção de conhecimentos e práticas compartilhados, que dizem respeito à saúde do adolescente,

violência, saúde do idoso, práticas complementares, formação em educação popular e saúde, articulação das manifestações artísticas e práticas de saúde.

5.6 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A avaliação do conhecimento dos usuários da ESF é vista como um dos métodos derivado da técnica para avaliação da satisfação dos usuários do SUS, que contempla a gestão participativa e o controle social da estratégia. A ESF insere-se dentro do Sistema Único de Saúde - SUS-, que por sua vez está organizado em torno de três diretrizes básicas: descentralização política, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade. De acordo com Mattos (2006), as determinações de defesa da descentralização e da participação popular são comuns à orientação universalista expressa na Constituição da República e também a outras propostas mais restritivas, e são diferenciadas pela adesão ou não ao princípio da integralidade. Para os autores, essa diretriz é que pode diferenciar as propostas, e deve ser tomada, mais do que uma diretriz, como uma “bandeira de luta”, uma “imagem-objetivo”:

A noção de “imagem-objetivo” tem sido usada na área de planejamento para designar uma certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável. Diferencia-se de uma utopia pelo fato de que os atores que a sustentam julgam que tal configuração pode ser tornada real num horizonte temporal definido (MATTOS, 2006).

A imagem-objetivo nunca tem as mesmas características dos projetos, ela é sempre caracterizada por enunciados gerais que visam construir o que se quer alcançar a partir do que existe, portanto a imagem-objetivo indica um caminho a ser percorrido, e pode adquirir uma variedade de sentidos, sendo assim, não se justifica encontrar uma definição estática para o termo integralidade. Mattos (2006) fala, assim, de sentidos que foram sendo associados ao termo integralidade, derivados das lutas pelo atendimento justo na área de saúde desde os anos 70: a integralidade como atitude crítica à medicina que reduz e fragmenta a assistência, em especial os currículos médicos de base flexneriana. Ainda, porta o sentido de integralidade enquanto modo de organização de práticas na área de saúde, vindo desde o SNS, criado na década de 70, com a oportunização da colocação lado a lado da saúde pública e a assistência médica. Outro conjunto de sentidos da integralidade pode ser encontrado em “políticas especiais”, como o PAISM, ou mesmo a ESF.

São políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional. Poderíamos falar que esse terceiro conjunto de sentidos da integralidade trata de atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos (MATTOS, 2006, p.5)

Portanto, o sentido da integralidade talvez só se realize quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito nas nossas práticas de saúde, nos debates sobre a organização dos serviços, ou nas discussões sobre as políticas. Podemos entender, dessa forma, que a inserção dos usuários na discussão sobre a ESF, é instrumento relevante para o encaminhamento da política específica que dá sustentação à estratégia e que essa inserção passa pela condição de os usuários terem conhecimento das ações, dos objetivos e do próprio

sistema em que se inclui a ESF, tornando-a dependente da opinião dos sujeitos que dele se beneficiam.

Nessa forma de avaliação os usuários têm a oportunidade de opinar e fornecer informações sobre o desempenho dos projetos e programas na área de saúde, de modo a possibilitar aos dirigentes do SUS a compreensão da realidade cotidiana da estratégia, suas falhas, seus desvios, adequações, incentivando, também, a adoção de novas soluções cotidianas que possam ser estendidas a outras instituições, tais como experiências bem sucedidas de atendimento, ou de gestão.

De acordo com os autores do Projeto de Avaliação de Satisfação dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006), “Para cumprir uma das importantes práticas ou mecanismos propostos, a escuta dos usuários do SUS, as opiniões e demandas da população (...) devem ser valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema.”

As pesquisas de avaliação de satisfação têm sido tratadas pelos autores como importantes instrumentos de controle, que não se confundem com pesquisas de qualidade, dado que a avaliação dos usuários não se pauta na compreensão técnica dos saberes que orientam os diversos profissionais de saúde, mas como consciência e juízo crítico acerca da qualidade dos serviços oferecidos e utilizados efetivamente pela população.

5.7 O ESPAÇO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E SUAS POTENCIALIDADES

A Estratégia Saúde da Família avançou de maneira significativa na promoção da saúde em espaços comunitários e hoje é uma referência para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Na maioria das vezes, a UBS/SF representa para a comunidade o único

equipamento social existente, com serviço disponível ao público e acessível de forma gratuita, ou seja, é a única representação e presença do Estado como garantidor dos direitos sociais que a população reconhece. Ao refletir sobre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e espaços onde a atenção básica em saúde se concretiza, é fundamental um olhar sobre a dinâmica social, política e cultural que movimentam esses territórios. É preciso compreender que o serviço de saúde só concretiza sua missão quando está integrado à vida que o cerca. Botazzo (1999) *apud* Brasil (2007) afirma que “a exclusão está disseminada pelo interior da malha social e é ela que circunda e penetra a unidade básica onde quer que esta se localize”. Assim, os referenciais teóricos, as normas e técnicas de organização e planejamento dos serviços somente serão transformados em práticas resolutivas se considerarem os determinantes e condicionantes da saúde que permeiam a vida em comunidade.

Segundo Viana e Fausto (2005, p.160):

A Atenção Básica em Saúde como modelo de organização dos serviços e as UBS, particularmente, sofrem questionamentos a respeito de sua eficácia nos atuais problemas de saúde da população brasileira. Em algumas localidades, como as grandes cidades, os problemas de saúde que se apresentam com maior frequência são as doenças cardiovasculares, neoplasias, violência, acidentes de trânsito etc. A atenção primária como ação restrita e, muitas vezes, desconectada dos outros níveis de atenção não contempla essa complexidade de problemas e, conseqüentemente, não remete a resultados positivos na qualidade de vida das pessoas.

Nos pequenos municípios e localidades próximas aos grandes centros urbanos, a antiga dinâmica comunitária de convívio e afeto deu lugar à lógica de “comunidades dormitório” dada a configuração desses locais ser feita em dependência da distância entre os aglomerados residenciais e os postos de trabalho, gerando desde problemas gerenciais entre municípios de fronteiras até o sentido de não pertencimento da comunidade. Há ainda a realidade das populações campesinas, dos ribeirinhos, das comunidades indígenas e de tantas

outras formas de organização comunitária, que representam um outro contexto em que predominam relações sociais de exploração e de lutas e mobilização por parte dos movimentos sociais.

No espaço comunitário, diversas práticas de cuidado em saúde, envolvendo as religiosas, saberes e fazeres tradicionais, representam muitas vezes, além do único acolhimento e cuidado disponíveis, práticas que afirmam e reforçam a identidade comunitária. Também é no âmbito da comunidade que se organizam e se resolvem questões que suscitam a constituição de redes de apoio e solidariedade em torno do cuidado de crianças e idosos, segurança, cooperação e outras necessidades que não encontram respostas nos órgãos públicos.

Botazzo (1999) *apud* Brasil (2007) reconhecem essa questão ao afirmar que são as necessidades que se fazem evidentes no discurso popular, mas que são invisíveis para os formuladores de política:

... o discurso popular que brota e que é constituidor – ele também – do processo saúde-doença como um produto social, mais especificamente produto das condições nas quais se trabalha e se vive, não só referidas aos aspectos materiais imediatos desse viver social, mas também aos aspectos psíquicos, às fantasias ou ao imaginário, ou mesmo aos aspectos vinculados às práticas cotidianas e às práticas do prazer.

O espaço da unidade de saúde pode se configurar como centro de mobilização, informação, cultura e lazer para essas populações. Em vez de se restringir ao tratamento de doenças é preciso que essas unidades se configurem como irradiadores de saúde. Promover o encontro entre as práticas de saúde tradicionais e científicas, ampliar a estrutura das unidades para práticas esportivas e outras práticas terapêuticas e utilizar esse espaço para práticas de educação e expressão cultural de crianças e jovens é um passo fundamental na efetivação da

saúde integral. A unidade de saúde pode funcionar como catalisador da efetivação da cidadania. Pode-se ali expressar a importância do indivíduo e da participação na melhoria coletiva da comunidade. Uma unidade de saúde onde a gestão participativa acontece é capaz de desencadear novas práticas de controle social, menos burocratizadas e mais afinadas com a realidade da população que a demanda.

5.8 PERSPECTIVAS

A Atenção básica/primária no âmbito do SUS, por sua dimensão em termos de cobertura e pela riqueza das possibilidades de alavancar as necessárias mudanças na base do sistema de atenção à saúde - na ponta do sistema -, tem sido tema decorrente desde debates políticos, produções acadêmicas a reivindicações de movimentos e organizações sociais populares, em torno da ESF.

A capilaridade com que a estratégia se apresenta atualmente no Brasil coloca para reflexão uma imagem que representa a encruzilhada de dois movimentos fundamentais para entender a relação entre a comunidade e os serviços.

O primeiro movimento é o do coletivo em direção ao desejo intrínseco de bem viver; é o movimento do mundo da vida que determina as condições de saúde e de adoecimento, gerando, portanto, necessidades. O segundo é o movimento institucional, ou seja, as respostas do Estado diante das necessidades que se materializam no serviço de saúde, sendo a Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família o ponto em que ocorre o encontro desses movimentos. É o encontro entre o Desejo, considerado como impulso do gozo e do prazer, e o interesse como a necessidade de reprodução biológica e social das pessoas, no dizer de Campos (2006). É o

encontro entre diferenças e, no caso da Saúde da Família, as diferenças se evidenciam porque afirmam campos de saber e poder distintos: saber popular/científico; regras burocráticas/necessidades, sofrimento/normatividade; poder/sensibilidade. Mas, diante da inevitabilidade do encontro, é imprescindível transformar esse momento em um “entre - espaços”, “fimbrias”, “brechas”, tornando possível o diálogo e a diluição do poder institucional (PEDROSA, 2001). Nesse sentido, os protagonistas do encontro são por excelência os gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Entretanto, a interlocução existente é permeada por ruídos, esses também produzidos pela objetividade com que as necessidades do cotidiano se impõem, de modo que a relação entre controle social e Atenção Básica acontece no plano da formalidade político-institucional e no plano das reclamações e denúncias da população.

Ainda persiste como uma matriz das relações da comunidade com a Equipe de Saúde da Família o conflito entre os modos de definir saúde na “cultura sanitária” e na “cultura popular”. A base desse conflito encontra-se na questão de como a cultura sanitária regula conhecimentos e práticas da cultura popular e na possibilidade de instituir novas formas de cuidar da saúde.

A relação que se estabelece entre o usuário, o profissional e a própria unidade de saúde parece não fazer parte do elenco de discussões a respeito do controle social exercido pelos conselhos de saúde locais ou distritais, excluindo, como comentado antes, os casos de reclamações e denúncias de maus serviços. Nessa linha de raciocínio surgem interrogações: onde e como a comunidade discute seus problemas, apresenta soluções e propõe alternativas? A ESF e a Unidade de Saúde têm agido como dispositivo para promover a mobilização e o fortalecimento do controle social? Não existem espaços coletivos organizados (e nem tão organizados assim) onde a população exerça sua autoridade? Se existem tais coletivos, qual a comunicação que se estabelece entre estes e os conselhos de saúde?

Do ponto de vista da gestão municipal, as questões que surgem na e da dinâmica da micro-política do processo e das relações de trabalho não se colocam no mesmo nível de prioridade de temas como financiamento, programação pactuada e integrada, etc.

Para gerência da unidade da saúde, elemento vivo que simboliza o sistema, resta o papel de traduzir as demandas e as necessidades em ações que serão desenvolvidas e traduzir as regras e normas institucionais para a dinâmica da população. Entretanto, acredita-se que por trás dessa aparente situação e não diálogo, de imobilidade e passividade existe a possibilidade do protagonismo na formulação da política de saúde, ou seja, a possibilidade de colocar na pauta política o cuidado em saúde em todas as dimensões.

É, portanto, na perspectiva de transformar a possibilidade em potência para modificar o modelo assistencial, de reconstruir práticas e saberes e diminuir o deslocamento entre conselhos e comunidade que se encontram as perspectivas para o SUS Participativo e Comunicativo. Perspectivas que devem guardar a capacidade de incidir no ponto de encontro da encruzilhada (a unidade de saúde) e irradiar para o território, podendo ser percebidas no fortalecimento da gestão participativa, nos processos de formação de atores para o controle social e na mobilização popular.

Entende-se como gestão participativa o compartilhamento do poder nos processos que constroem e decidem as formas de enfrentar os determinantes e condicionantes da saúde, bem como a presença, em interlocução, do conjunto dos atores que atuam no campo da saúde. Processos que se realizam nos serviços, em que os sentidos das ações voltam-se para a promoção da saúde e, no encontro com sujeitos de novos saberes e práticas de saúde, que acontece nos movimentos sociais que apresentam propostas e projetos políticos que ressignificam o direito à saúde, na luta pela inclusão social. Sob esta ótica, o fortalecimento da gestão participativa no SUS envolve ações de comunicação e de informação em saúde, com potência para desencadear a mobilização social; fundamentar o relacionamento com o

Ministério Público e com o Poder Legislativo, no que tange à saúde; e possibilitar a criação e/ou consolidação de instrumentos para a ação participativa dos movimentos sociais e entidades da sociedade civil.

Para consolidar a participação social no SUS, a formulação da política de saúde deve considerar o que emerge dos espaços coletivos, das rodas de discussão onde acontecem aproximações entre a construção da gestão descentralizada; o desenvolvimento da atenção integral à saúde, entendida como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde; e o fortalecimento do controle social.

A imprescindível participação de atores como conselheiros de saúde, que se qualificam para exercer esse papel no debate e na negociação entre os diferentes interesses que permeiam o setor saúde, na maneira de organizar o sistema e no acompanhamento da política formulada, não prescindem da necessidade de identificar os espaços singulares onde se desenvolve a clínica e onde se tomam decisões sobre o cuidado como fundamentais para ampliar o protagonismo da população e construir modos democráticos e culturas ampliadas de gestão participativa. Atuar na perspectiva da gestão participativa e da apropriação do direito à saúde encontra-se intimamente relacionado ao grau de participação da sociedade na definição e na realização dos direitos de cidadania. Depende, em boa medida, da cultura de participação que se cria tanto nos espaços institucionalizados quanto nas relações interpessoais que ocorrem na internalidade do sistema de saúde. Nesse sentido, para o SUS (tomado como uma complexa rede de operações para a produção de ações de saúde, nas instâncias federal, estaduais e municipais), estratégias voltadas para a efetividade da participação popular, do controle social na saúde e da gestão participativa no SUS vêm sendo construídas nos:

- a. Mecanismos institucionalizados de controle social, representado pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, envolvendo os vários segmentos da sociedade civil e do governo;
- b. Processos participativos de gestão integrando a dinâmica de cada instituição e órgão do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores, mesas de negociação, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, pólos de educação permanente, entre outros;
- c. Mecanismos de mobilização social que representam dispositivos para articulação de movimentos sociais na luta pelo SUS e pelo direito à saúde ampliando espaços de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos sociais;
- d. Mecanismos de escuta da população, de suas demandas e opiniões identificadas pelas ouvidorias no SUS;
- e. Processos de educação permanente e popular em saúde, que se desenvolvem no diálogo entre trabalhadores de saúde nos processos de trabalho em saúde, bem como na relação que estabelece com movimentos sociais e práticas de educação popular em saúde;
- f. As experiências de intersetorialidade de ações entre diferentes setores governamentais e na sua relação com instituições da sociedade civil;
- g. Mecanismos de monitoramento, avaliação, auditoria e prestação de contas que constroem uma cultura de transparência e de ações e recursos da saúde;
- h. Nas ações articuladas entre os poderes executivo, legislativo e judiciário fortalecendo a garantia do direito à saúde de todos os cidadãos”. (BRASIL, 2006).

Uma das estratégias para fortalecimento da gestão participativa encontra-se na consolidação de espaços de interlocução entre usuários e serviços com bases de representatividade e poder deliberativo, como Conselhos de Gestão Participativa (CGP). Os conselhos de gestão participativa devem integrar uma rede dinâmica e articulada dos coletivos sociais existentes em muitos lugares, como Conselhos Locais, Regionais e outros. A proposta dos CGPs considera a participação de gestores, usuários e trabalhadores nos processos de produção, gestão e gerenciamento das ações de saúde, ou seja, nas Unidades de Saúde, que passam a se tornar, além disso, o centro de decisões em seu território e de acordo com sua competência, em que o poder de decidir é compartilhado com os atores implicados na produção de saúde. Entretanto, a abertura de canais de diálogo e de interlocução entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde no arcabouço institucional do SUS, incluindo comitês gestores, consulta pública, gestão colegiada e outros dispositivos, por si só, não significa a participação legítima e deliberativa da população.

Elementos da cultura social e da política dominante na sociedade brasileira, que se reproduzem na cultura organizacional que orienta a produção de ações de saúde na UBS/SF, mostram-se evidentes nos modos como o usuário se relaciona com o serviço: consumidor de procedimentos terapêuticos e cidadão de direitos e deveres, sendo um deles participar do controle social na política de saúde.

A relação da equipe de saúde com a comunidade é delimitada pelo confronto entre a representação idealizada do programa como modelo de Atenção Básica, organizado, sistêmico, que prioriza ações de promoção e prevenção, tendo no elo comunitário, muitas vezes segmento de excluídos sociais que apresenta precárias condições de vida e saúde e demanda consumo de serviços e ações de maneira emergencial e imediata.

Neste confronto, para os profissionais de maneira geral, a comunidade aparece como um aglomerado amorfo, indistinguível, desorganizado, consumista de medicamentos e que apresenta hábitos não saudáveis, sendo sua intervenção necessária e imprescindível, demonstrando que em sua atuação esses técnicos legitimam muito mais a instituição reprodutora desse saber que seu papel de sujeito social (PEDROSA, 2001).

Essa é a matriz na qual são produzidos os discursos e definidas as posições que caracterizam o diálogo entre a UBS/SF e a população. De um lado coloca-se o sujeito salvador, que guarda a possibilidade de utilizar recursos (de poder) que podem solucionar o problema. Do outro, os sujeitos vitimados, demandantes, excluídos socialmente, que possuem uma representação da UBS e da equipe de profissionais com a possibilidade de resolução de todo o seu sofrimento. Além disso, os Conselhos de Saúde, notadamente a representação dos usuários, não desenvolvem o papel de mediação pedagógica entre os sujeitos, resultado da não “escuta” das reclamações da população, que passam ao largo das questões temas das deliberações políticas dos Conselhos.

É interessante ressaltar que, “enquanto instância de poder, os conselhos se tornam freqüentemente, alvos de disputas político-partidárias e, ocupados por militantes partidários, os conselhos se transformam em uma arena de embate de forças que nem sempre conseguem separar claramente o interesse partidário do interesse público de saúde” (OLIVEIRA, 2006). E, nesses casos, os problemas que surgem da relação da população, que se apresenta capturada pelas estratégias de sobrevivência e os problemas cotidianos de adoecimento, com a UBS e a equipe de saúde, que se apresentam como cristalização do saber e do poder institucional, não faz parte da pauta de discussão política.

Em síntese, observa-se um descompasso nos movimentos desses atores: os profissionais voltados para si mesmos, fortalecendo-se no uso de tecnologias de eficiência imediata na tentativa de responder ao que lhe é solicitado, a população desorganizada, que de maneira objetiva disputa individualmente o acesso aos serviços, e o conselho e seus conselheiros que têm seus interesses voltados para outras questões. Nesse cenário de contradições comunicacionais (MORAES, 2005, p.19) sugerem que uma das estratégias de empoderamento da população na luta por saúde encontra-se no acesso e na apropriação de informações em saúde, “em linguagem adequada, que desnudem/descortinem os condicionantes e determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos em suas localidades de moradia e de trabalho”. Dessa forma, a comunicação, como expressão da educação em saúde voltada para a promoção da saúde, exige o trabalho de produção de informações comunicantes, ou seja, informações capazes de construir (gerar ou evidenciar) elementos para que a comunicação e a adesão ao projeto da promoção da saúde se concretizem. É o trabalho de produção de novos sentidos que atinge os espaços coletivos, desde a cozinha da casa onde as diversas culturas se mantêm vivas nas receitas culinárias, à sala, por meio da mídia. Os conteúdos das mensagens a serem produzidas estariam voltados

para a construção de um significado de saúde onde os indivíduos se redescobrissem como parte da realidade com potencialidade de se movimentarem em outra direção.

No plano mais geral, ou seja, no âmbito do território de abrangência da UBS/SF é possível reconstruir o conceito de integralidade das práticas de saúde em dois sentidos: o cuidado e a concepção ampliada de saúde.

Para Mattos (2006, p.61), considerar a integralidade como princípio orientador dos serviços, da organização das políticas ou do trabalho em saúde, “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”. Para o autor, na organização dos serviços, orientada pela integralidade, é necessária a ampliação da percepção a respeito das necessidades dos grupos e o questionamento a respeito da melhor maneira de satisfazê-las, considerando que tais necessidades não se reduzem àquelas que podem ser decifradas por uma única disciplina como epidemiologia ou a clínica.

No sentido do cuidado com a integralidade pressupõe a articulação entre saber popular e científico, práticas tradicionais e modernas, profissionais de saúde e agentes não formais que ampliam e complementam o repertório de possibilidades terapêuticas que se limitam a intervenções pontuais sobre a doença, mas uma relação contínua em que os atos de cuidado são negociados e compartilhados. Pressupõe, ainda, a continuidade entre os “espaços de cura”, ou seja, a UBS e o próprio território do qual fazem parte as casas, as igrejas, as escolas e os coletivos sociais, permitindo a confluência de tecnologias leves presentes nas práticas técnicas e nas populares.

A concepção ampliada de saúde requer a desconstrução dos contínuos e sucessivos agenciamentos por meio dos quais são produzidas subjetividades que afirmam a superação da doença e da morte por meio de tecnologias duras, externas ao indivíduo e ao corpo, em que a saúde é a expressão do consumo de atos serviços, medicamentos, receitas etc. Ao mesmo

tempo, é necessário que a discussão acerca dos determinantes e condicionantes da saúde possibilite a identificação daqueles passíveis de enfrentamento desde o nível local ao nacional. A construção coletiva de projetos de intervenção representa momentos de interação entre equipe de saúde e comunidade, de aprendizagem política e de convivência com as diferenças. Identificar e fazer o mapeamento dos equipamentos sociais disponíveis no território, integrando-os a redes de proteção social, representa a intersectorialidade que se objetiva na potencialização das políticas públicas existentes.

A implantação do Pacto de Saúde, compromisso dos gestores do SUS, nas três esferas do governo, mostra-se como um importante instrumento de gestão e controle social, na medida em que evidencia a responsabilidade de cada ente federado em termos de objetivos e metas. O Pacto pela Saúde, notadamente o componente do Pacto pela Vida, traz o compromisso de enfrentar as situações que afetam as populações mais fragilizadas, promovendo novos conhecimentos e utilizando conhecimentos e técnicas já existentes na prevenção e controle de certas doenças, visando, assim, à melhoria das condições de saúde da população.

O Pacto pela Vida prioriza a promoção de saúde, o cuidado dos idosos, a redução das mortes por câncer de colo de útero e mama, a redução da mortalidade materna e infantil, o controle de endemias e doenças emergentes, além da ampliação e qualificação da Atenção Básica em Saúde. Sua discussão com a comunidade representa importante estratégia para agregar a população e grupos em torno da problematização de suas condições de saúde e para promover a mobilização da comunidade no sentido de suas necessidades serem incluídas como prioridades da gestão do SUS em determinado local.

No plano institucional, o diálogo entre controle social e Atenção Básica tem por base as questões da AB que fazem parte da agenda da política de saúde e os efeitos da política no fortalecimento e qualificação da Atenção Básica.

A educação permanente para o controle social, política apresentada pelo Conselho Nacional de Saúde, compreende o envolvimento de conselheiros e atores sociais que atuam nos movimentos da sociedade civil nos processos de formação. Isso significa a possibilidade de transformar as necessidades da comunidade em demandas objetivamente formuladas que são apresentadas como problemas a serem resolvidos no plano político-gerencial. Ao mesmo tempo, possibilita a vivência para os conselheiros do papel de educador, qual seja, aquele que contribui para transformação dos ruídos incômodos e inquietudes e insatisfações em problemas que suscitam debates a respeito de suas determinações e de seus enfrentamentos. Preconiza também que a formação inclua momentos mais ampliados, permitindo aprofundamento de temas comuns aos conselhos de direito, como desigualdade social, equidade, democracia participativa, direitos humanos e outros, no sentido de construir políticas públicas saudáveis, inter-setoriais, voltadas para a qualidade de vida.

No plano mais singular, aqui considerado como o lugar onde acontecem as práticas de Atenção Básica, o encontro com a população acontece de duas maneiras. Uma, direcionada pela emergência da doença que resulta na disputa pelo acesso a práticas individuais. É o momento crítico da relação em que o acolhimento é de fundamental importância, dado que a busca orientada pelo “sentir-se mal - a doença” revela uma situação que envolve um estado de extrema expropriação - um sujeito que sofre - e uma rede de micro poderes, onde a recepção/triagem é o primeiro elo. É integrando os atos de cuidado que a UBS/SF disponibiliza que a política de saúde se materialize por meio dos programas de assistência farmacêutica, odontológica, saúde mental, idoso, adolescentes, saúde e direitos sexuais reprodutivos e vários outros que articulam os gestores federal, estaduais e municipais. Nesse sentido, a Unidade de Saúde da Família (USF) deve propiciar momentos de educação permanente para a equipe de saúde com o objetivo de problematizar o processo de trabalho

diante da política de suas regras, permitindo a recriação de tecnologias para as práticas mais eficazes.

Outra forma de encontro é a relação que se baseia no vínculo construído entre a USF e os usuários por meio das práticas de educação em saúde que desenvolvem com o grupo de apoio a mulheres, diabéticos, hipertensos, adolescentes etc. É o momento em que ampliação das rodas de conversas pode carrear a temática da saúde para todo o território e caminhar na direção da “politização do SUS”.

É no âmbito da USF que devem acontecer experiências como avaliação dos serviços prestados, realizada pelos usuários, roda de discussão sobre o sistema de saúde, cursos comunitários sobre direito à saúde, encontros de educação popular em saúde, produção de material informativo sobre a saúde no território pelos profissionais e usuários, pesquisas populares sobre a representatividade dos usuários nos conselhos, constituição de grupos de apoio para o cuidado aos idosos, amamentação e vítimas de violência e tantas outras inovações voltadas para a integridade do cuidado (UFSCar, 2007).

6 METODOLOGIA

“Sucesso é o resultado da prática constante de fundamentos e ações vencedoras. Não há nada de milagroso no processo, nem sorte envolvida. Amadores aspiram, profissionais trabalham.”

Bill Russel

Neste capítulo será apresentada a estrutura do trabalho realizado, bem como definição do problema, hipótese, seus objetivos e a metodologia aplicada.

6.1 TIPO DE PESQUISA

Conforme Minayo (2006), o próprio conceito de metodologia, foco da discussão, já é, sim, um assunto controverso. Há quem o iguale a métodos e técnicas, como é o caso da maior parte dos manuais e textos americanos, produzidos para a formação de pesquisadores. Há quem o coloque no campo da epistemologia, separando-o da operacionalização, como faz a maioria dos intelectuais franceses que trabalham com teorias das ciências. Há quem separe teoria e método como faz o cientista americano Thomas Merton (1969) e há os que consideram esses dois termos inseparáveis, devendo ser tratados de maneira integrada e apropriada quando se escolhe um tema, um objeto, ou um problema de investigação. Discutir metodologia é entrar num debate de idéias, de opções e de práticas.

Defini-se a pesquisa realizada como parte integrante do campo de Pesquisa Social em Saúde. Conforme Minayo (2006), entende-se como pesquisa social os vários tipos de

investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Como quaisquer fenômenos humanos, investigações sociais estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente concatenadas. Pesquisas nascem de determinado tipo de inserção no real, nele encontrando razões e objetivos. Enquanto prática intelectual, o ato de investigar reflete também dificuldades e problemas próprios das ciências sociais, sobretudo sua intrínseca relação com a dinâmica histórica.

Já a pesquisa Social em Saúde, conforme Minayo (2006), são todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença e sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários. A pesquisa está orientada para problemas específicos, sendo esta, uma modalidade operacional que é em geral realizada dentro das instituições governamentais e não-governamentais e empresas, visando ao conhecimento imediato. Fundamenta-se, sem necessariamente explicá-lo, nos conhecimentos gerados por investigações básicas. Os resultados desse tipo de pesquisa visam a ajudar a lidar com questões práticas e operacionais.

Ainda de acordo com Minayo (2006), no campo da Saúde Coletiva, os métodos frequentemente usados para estudo das populações humanas são os quantitativos (mais freqüentes por meio da epidemiologia) e os qualitativos (mais utilizados pelas ciências sociais). O uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Já o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões produzidas pelas interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões, as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e

para análises de discursos e de documentos. Na comparação com as abordagens quantitativas, cada um dos dois tipos de métodos tem seu papel, seu lugar e sua adequação. No entanto, ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido em atribuir prioridade de um sobre o outro. Nesse sentido, a pesquisa realizada tem uma abordagem qualitativa e uma quantitativa, com finalidade exploratória e, quanto aos meios, será de estudo de caso. De acordo com Tobar e Yalour (2004, p.75), “como se aplica a poucas unidades de análise, a riqueza não está na extensão, mas na profundidade deste tipo de pesquisa”. Para análise dos dados brutos serão utilizados recursos estatísticos simples (frequência e percentagens), que fazem parte das ferramentas quantitativas, sendo que as questões abertas serão analisadas pela técnica da análise de conteúdo, preconizada por Bardin (1999 *apud* MINAYO, 2006).

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados do Scielo, Bireme / LILACS / Medline, contemplando um período de 1997 a 2008, Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).

6.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Tendo em vista que a partir da lei 8.142 de 1990, em que foi garantida a participação popular na gestão do SUS e sabendo-se que a ESF é uma política de saúde que visa a organização da Atenção Básica/Primária, em conformidade com os princípios do SUS e para tanto preconiza a **definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população em especial no tocante à participação popular** (grifo nosso), integralidade, equidade e universalidade e, sobretudo, que a cidade de Ipatinga, com uma população de 241.720

habitantes (BRASIL, 2008b), implantou a ESF no ano de 2002 e até 02 de janeiro de 2009, não realizou nenhum tipo de pesquisa no tocante ao conhecimento dos usuários a respeito da ESF, foi utilizada uma metodologia que permitiu avaliar o nível de conhecimento dos usuários, no tocante ao PSF, em três Unidades de Saúde da Família (USF) pré-estabelecidas, respeitando o avanço cronológico de implantação da estratégia no município, totalizando uma população de 55.867 habitantes, correspondente a 24,28% da população de Ipatinga.

Considerando ainda que o próprio Ministério da Saúde, em pesquisa realizada em 2006, quanto à satisfação dos usuários do SUS, não abordou este aspecto, mesmo tendo com um dos focos da pesquisa a ESF e conseqüentemente a possibilidade de relação entre o baixo conhecimento sobre a estratégia e o uso inadequado de seus serviços e que o fortalecimento do controle social pode contribuir para a ESF, a pesquisa buscará problematizar a possibilidade de que, para o efetivo exercício do controle social e busca pelos serviços da Estratégia Saúde da Família, a população deva possivelmente estar munida de um nível de conhecimento satisfatório a respeito da mesma.

6.3 RELEVÂNCIA

Obter dados que discutam o nível de conhecimento dos usuários da ESF, em relação à filosofia e princípios do programa, destinando-se, dessa forma, a poder subsidiar o processo de gestão e gerência da Saúde da Família, no tocante a ações que possam ampliar o conhecimento dos usuários sobre a mesma, especialmente podendo passar a serem incorporadas e/ou aperfeiçoadas ações de educação permanente junto aos usuários e no cotidiano do processo de trabalho das equipes.

6.4 OBJETO E MÉTODO

Segundo Tobar e Yalour (2004), é um estudo exploratório, quanto aos objetivos e de campo, quanto aos meios, tendo como instrumento de coleta de dados um formulário. Foram realizadas na pesquisa etapas de elaboração e aplicação de uma metodologia de aferição do conhecimento dos usuários atendidos em três Unidades de Saúde da Família, no Município de Ipatinga, Estado de Minas Gerais, destinando-se a subsidiar o processo de gestão e gerência da ESF, no tocante ao controle social.

A escolha das Unidades de Saúde dos bairros Limoeiro, Bom Retiro e Bethânia foram pré-estabelecidas, respeitando critérios cronológicos de implantação da ESF no município, como forma de possibilitar uma análise macro do município. A Unidade do Limoeiro, que recebe esse nome em virtude do bairro em que está inserida, o mesmo se aplicando às demais selecionadas, possui 9.377 usuários cadastrados, sendo a primeira a receber a ESF em 2002, já Unidade do Bom Retiro possui 18.834 usuários cadastrados e recebeu a estratégia em 2003 e a do Bethânia, por sua vez, foi a última a ser implantada em 2006, possuindo 15.469 usuários cadastrados, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde de dezembro de 2007. Nessa perspectiva, temos uma amostragem abrangendo a unidade piloto de implantação da ESF, a mediana e a mais recente. Para pesquisa, foi selecionada para entrevista uma amostra de 961 (novecentos e sessenta e um) usuários da Estratégia Saúde da Família entre as três Unidades de Saúde. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de campo do tipo Estudo de Levantamento. Conforme Thiollent (2005), esse tipo de pesquisa busca descrever as características de um determinado fenômeno - conhecimento da ESF - por meio de amostra selecionada, em que a seleção pode refletir a característica de toda a população. No caso, a amostra selecionada corresponde à população de usuários da ESF nas três Unidades de Saúde pesquisadas, e pode

se mostrar um instrumento de avaliação de uma população maior. Esse tipo de estudo ainda funciona como um estudo diagnóstico que relaciona um ou mais fenômenos com uma ou mais causas. E, no trabalho, correlacionam-se os dados recolhidos com a hipótese levantada de que um possível nível restrito de conhecimento dos usuários a respeito dos princípios filosóficos, de organização e prestação de serviços da ESF faz com que os mesmos busquem de forma inadequada a estratégia.

Ainda conforme Thiollent (2005), os objetivos do estudo de levantamento podem ser descritivos ou explicativos. No caso do objetivo descritivo, busca-se apenas descrever os resultados obtidos. No caso de o objetivo ser explicativo, busca-se uma resposta a determinada questão e a conseqüente indicação de ações para a solução do problema. É o tipo de pesquisa mais utilizada pelas organizações não-governamentais, pela simplicidade de seus instrumentos e pela enorme aceitação que tem junto a pesquisas de cunho quantitativo.

O objeto da pesquisa é mensurar o nível de conhecimento dos usuários do SUS, acerca do PSF, segundo o método de Estudo de Levantamento, associando os dados obtidos através do questionário aplicado à situação-problema. De acordo com Barbier (2006), quando se vivencia um problema não há necessidade de levantar hipóteses, embora possamos ter algumas. Pode-se querer apenas colher mais informações sobre os problemas vivenciados. A partir dessa análise, utilizou-se de uma metodologia que inclui: visita por parte do pesquisador responsável nos dias 5, 6 e 7 de novembro de 2007 às unidades pré-estabelecidas para um primeiro contato com a coordenação local e com os servidores e conhecimento da infraestrutura para recebimento da pesquisa. No dia 13 de dezembro de 2007 foi publicado e amplamente divulgado edital na Faculdade de Medicina do Vale do Aço - FAMEVAÇO (onde o pesquisador responsável é docente das disciplinas de Medicina de Família e Comunidade I e II, Saúde Coletiva I e II e Sociedade, Ciência e Saúde I e II), visando selecionar 9 (nove) acadêmicos para participar da coleta de dados, através de exame escrito

(50 pontos), realizado no dia 27 de fevereiro de 2008, abordando conteúdos do Saúde da Família e Controle Social no SUS, além de entrevista (50 pontos), realizada dia 03 de março de 2008, dos 18 (dezoito) pré-selecionados, em conjunto com a Coordenação de Apoio Psicopedagógico da FAMEVAÇO, culminando com a seleção final das 9 (nove) vagas. Como pré-requisito para participar do processo seletivo, os acadêmicos deveriam ter cursado as disciplinas de Saúde Coletiva I e II (sexto e sétimo período respectivamente) tendo obtido ao final das mesmas, média mínima 7 (sete).

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, registro CAAE 0145.0.000.308-08, parecer 0008 de 14 de março de 2008, realizou-se capacitação/treinamento dos acadêmicos selecionados no dia 22 de março de 2008, com carga horária de 4 (quatro) horas, sendo abordado: metas de coleta, amplo debate sobre o questionário, importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), vestimenta adequada durante a coleta e obrigatoriedade de crachá de identificação, técnicas e cuidados na abordagem dos usuários, com ênfase nos critérios de exclusão e em grupos especiais como idosos, gestantes e portadores de HIV (caso assim eles se identifiquem), bem como esclarecimento de dúvidas do usuário quanto às perguntas do questionário, quantas vezes se fizer necessário, mas tendo sempre o extremo cuidado de nunca induzir a uma resposta. Foi colhida, ainda, durante o treinamento, assinatura de termo de compromisso com a pesquisa, entrega do diário de campo e explanação sobre a importância do mesmo, juntamente com os impressos necessários para o bom desenvolvimento dos trabalhos. Posteriormente, o pesquisador responsável reuniu-se nos dias 26, 27 e 28 de março com a coordenação e equipes do Saúde da Família das Unidades de Saúde selecionadas, com objetivo de prestar todos os esclarecimentos sobre a pesquisa e dirimir possíveis dúvidas, na ocasião foi acordado que as entrevistas seriam realizadas no hall de espera das salas de atendimento, sempre com o usuário acomodado confortavelmente e em caso de solicitação de

um local privativo para responder ao questionário por parte de algum entrevistado, a Unidade de Saúde mantivesse uma sala especificamente para este fim. Vale ressaltar que, de imediato, as entrevistas não foram realizadas nesse espaço privativo, visando evitar que possivelmente, diante da solicitação de dirigir-se à sala reservada, o entrevistado pudesse recusar-se ou mesmo desistir de responder, com receio de “perder” o atendimento pelo qual estivesse aguardando. Nesses encontros, foi agendada para os dias 2, 3 e 4 de abril de 2008 a apresentação dos acadêmicos selecionados para coleta à coordenação e aos servidores das respectivas Unidades de Saúde.

6.5 INSTRUMENTO

Com base na pesquisa realizada pelo DataUnb e Ministério da Saúde, que considerou as premissas de “Satisfação” como um possível indicador também do conhecimento dos usuários expostas no Quadro 2. O questionário aplicado (APÊNDICE A) nesta pesquisa, é semi-fechado, contendo 18 (dezoito) perguntas, dirigidas de forma a oferecer aos entrevistados opções de respostas, sendo que, em algumas, permite que a resposta seja complementada de forma descritiva, com observações do próprio entrevistado. O mesmo está estruturado em duas partes: a primeira, composta por questões relacionadas ao perfil sócio-econômico do entrevistado, porém preservando a privacidade do mesmo, ou seja, sem identificação nominal no questionário. A segunda parte aborda questionamentos relacionados diretamente ao conhecimento dos usuários em relação à ESF e ao Controle Social, conforme será elucidado neste subitem.

Dimensões Analíticas	Indicadores
Serviços prestados pela ESF	* insumos (quantidade e qualidade, funcionamento); * acessibilidade à assistência (consultas, procedimentos e programas).
Acolhimento	* clareza sobre o propósito deste serviço.
Relação usuário-profissional de saúde	* percepção sobre as habilidades e competências proposta na ESF para os profissionais que compõem o programa.
Eficácia (ou resolutividade)	* percepção do entendimento do que o usuário considera como resolutividade na assistência
Territorialidade	* percepção do conhecimento do usuário no tocante à forma de funcionamento dos fluxos de encaminhamento (referência e contra-referência) entre os demais níveis da assistência;
Informação e participação na gestão	* percepção quanto a informações sobre o SUS: rede de serviços, universalidade, integralidade, descentralização, regionalização, gestão, financiamento, participação; * informações sobre mecanismos de participação: quais são, como se processam, quem pode participar; * gestão participativa: consulta, opinião, intervenção na gestão, participação em instâncias e fóruns; * quem financia o SUS. * quem é responsável pelo atendimento; * percepção do atendimento à saúde como direito, ajuda, favor; * percepção dos mecanismos possíveis de encaminhamento pelos usuários da resolução de situações conflitantes nas distintas Unidades;
Acesso e disponibilidade	* percepção quanto a atendimentos no último período: quantos e quais serviços; * exames complementares; * noção de serviço merecido.

Quadro 2 - Dimensões analíticas e indicadores da pesquisa relacionados à Estratégia Saúde da Família
 Fonte: Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde-SUS - Centro de Pesquisas de Opinião Pública da Universidade de Brasília (DATAUnB) / Convênio nº 2521/2004, celebrado entre o Ministério da Saúde e a Fundação Universitária de Brasília (Fubra).

Vale destacar que no instrumento usamos a terminologia “Programa” Saúde da Família e “PSF”, em vez de “Estratégia” Saúde Família e “ESF” (como foi alterado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 648 de 28/03/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, no intuito de dar maior amplitude às ações do Saúde da Família, através de uma “Estratégia” e não restrita a apenas um “Programa”), com objetivo de facilitar o entendimento dos usuários, haja vista que o termo Programa Saúde da Família (PSF) já ficou popularmente conhecido, ao passo que se utilizássemos os termos Estratégia Saúde da Família

(ESF), correr-se-ia o risco de gerar dúvidas junto aos usuários, ao passo que a mudança nas terminologias (Programa para Estratégia) não alterou o escopo das ações até o presente momento, o que permite a aplicação da nomenclatura popularmente conhecida.

Para elaboração deste instrumento, realizou-se, ainda, uma revisão bibliográfica específica sobre o tema conhecimento dos usuários a respeito da ESF, visando, primeiramente, ampliar o debate sobre o tema e posteriormente evitar a repetição de procedimentos já testados e analisados em outras pesquisas de boa confiabilidade. Revisão essa sem êxito junto às pesquisas realizadas nas bases de dados citadas neste capítulo, o que pressupõe que ainda não exista tal tipo de pesquisa realizada.

É importante ponderar que no campo que trata do perfil sócio-econômico dos usuários, no tocante à renda familiar, a escala salarial utilizada, seguiu padrões de diversas pesquisas científicas, porém teve-se o cuidado de definir previamente onde seria incluída possíveis faixas salariais não especificamente pontuadas na escala adotada. Neste caso, usuários que relataram receber entre 1, 1 (um vírgula um) salário mínimo até 1,9 (um vírgula nove) foram considerados na faixa de até 1 (um). Mesmo critério aplicado para as demais “lacunas” entre as faixas.

6.5.1. Esclarecimentos a respeito da dimensão analítica do questionário que trata questionamentos relacionados diretamente ao conhecimento dos usuários em relação à Estratégia Saúde da Família e ao Controle Social

Pergunta n. 1. Você sabe o que é o Programa Saúde da Família?

Objetivo - avaliar se o usuário entende que sabe (ou inclusive pensa que sabe) ou não o que é a ESF.

Se positivo, como tomou conhecimento da estratégia?

Objetivo - identificar como os usuários tomaram conhecimento da estratégia, a fim de conhecer os mecanismos possivelmente mais eficazes de esclarecimento da população.

Pergunta n. 2. No seu entendimento, qual ação é mais importante no PSF?

Objetivo - mensurar a percepção dos usuários quanto a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como eixo central das ações da Estratégia Saúde da Família.

Pergunta n. 3. Qual a finalidade do acolhimento na recepção, quando procura atendimento no PSF?

Objetivo - configurar a percepção dos usuários sobre o papel de setores estruturantes da estratégia, como o acolhimento, na prestação dos serviços.

Pergunta n. 4. Qual o principal papel do médico no PSF?

Objetivo - configurar a percepção dos usuários sobre o papel de setores estruturantes da estratégia, bem como o papel dos profissionais médicos na prestação dos serviços.

Pergunta n. 5. Qual o principal papel do enfermeiro no PSF?

Objetivo - configurar a percepção dos usuários sobre o papel de setores estruturantes da estratégia, bem como o papel dos profissionais de enfermagem na prestação dos serviços.

Pergunta n. 6. Qual o principal papel do ACS no PSF?

Objetivo - configurar a percepção dos usuários sobre o papel de setores estruturantes da estratégia, bem como o papel dos agentes comunitários de saúde na prestação dos serviços.

Pergunta n. 7. Você entende que é importante o atendimento no PSF ser dividido em equipes?

Objetivo - analisar o entendimento dos usuários quanto à importância da territorialização para organização e boa prestação de serviços na ESF.

Pergunta n. 8. Em qual dos níveis de assistência à saúde o PSF está inserido?

Objetivo - identificar o nível de conhecimentos dos usuários a respeito da hierarquia do sistema de saúde, como forma de possivelmente se tornar um indicador de necessidade de trabalhar esse aspecto visando fortalecer a importância das ações da atenção básica/primária.

Pergunta n. 9. Você sabe como funcionam os fluxos de referência e contra-referência (encaminhamentos e retornos) entre o PSF e os outros níveis de assistência à saúde?

Objetivo - identificar o nível de conhecimentos dos usuários a respeito dos fluxos de organização, encaminhamento e comunicação entre os diversos setores do sistema de saúde, bem como sua importância, como forma de possivelmente se tornar um indicador de necessidade de trabalhar o esclarecimento desse aspecto como forma de minimizar os possíveis embates que ocorrem entre os profissionais da atenção básica/primária quando encaminham, ou não, seus usuários para os demais níveis e serviços do sistema de saúde.

Pergunta n. 10. Dos serviços listados, quais são realizados pelo PSF?

Objetivo - constatar se os usuários conhecem os serviços prestados pela ESF e consequentemente os que não fazem parte do seu escopo de ações, o que possivelmente pode gerar cobrança por serviços que não são de sua responsabilidade.

Pergunta n.11. Quantas vezes você procurou a Unidade de saúde no último mês?

Objetivo - relacionar a possível frequência com que os usuários buscam os serviços da ESF ao seu nível de conhecimento sobre a mesma, especialmente no tocante ao que ele (usuário) considera como ação mais importante da estratégia.

Pergunta n. 12. A quais os serviços você teve acesso da última vez que procurou a Unidade de Saúde?

Objetivo - relacionar a frequência com que os usuários se dirigem à ESF aos serviços buscados, também podendo ter (ou não) relação com o que ele (usuário) considera como ação mais importante da estratégia.

Pergunta n. 13. Você continua recebendo informações sobre o PSF?

Objetivo - constatar se existe um processo de educação permanente por parte da gestão da ESF junto aos usuários, possibilitando com isso, possivelmente manter claro o entendimento sobre os princípios filosóficos, organizacionais e de prestação de serviços da estratégia.

Pergunta n. 14. Você participa ativamente das reuniões da comissão local de saúde?

Objetivo - relacionar a possível baixa frequência dos usuários a essas reuniões ao conhecimento restrito sobre suas funções e sobre a ESF.

Pergunta n. 15. Quais as funções da Comissão Local de Saúde?

Objetivo - mensurar se ausência de garantia de que a população entenda efetivamente as funções dos respectivos fóruns legalmente constituídos podem interferir em sua participação e, sobretudo, no seu entendimento sobre a ESF.

Pergunta n. 16. Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde?

Objetivo - mensurar se ausência de garantia de que a população entenda efetivamente as funções dos respectivos fóruns legalmente constituídos podem interferir em sua participação e, sobretudo, no seu entendimento sobre a ESF.

Pergunta n. 17. Como você avalia o PSF?

Objetivo - relacionar a percepção dos usuários sobre a ESF, seja de forma positiva, negativa, ou até os que não sabem responder, ao nível de conhecimento sobre a mesma.

Pergunta n. 18. Você possui plano de saúde?

Objetivo - relacionar o entendimento manifestado pelos usuários sobre a ESF com o fato de possuir ou não um plano privado de saúde. O que possivelmente pode ser um indício de que os usuários considerados “SUS dependentes” e conseqüentemente “ESF dependentes” tenham um nível de conhecimento sobre a estratégia maior dos que os usuários que não a utilizam com freqüência, na ocasião, os que possuam contratos com planos privados de assistência à saúde.

6.6 UNIVERSO E AMOSTRA

Foram entrevistados 961 (novecentos e sessenta e um) usuários da Estratégia Saúde da Família, sendo: 205 (duzentos e cinco) usuários da Unidade de Saúde da Família (USF) do Limoeiro, 341 (trezentos e quarenta e um) usuários da USF do Bethânia e 415 (quatrocentos e quinze) da USF do Bom Retiro. O “n” da pesquisa foi calculado com base no programa Epi Info - Versão 604 d. CDC, 2001, a partir dos dados de usuários cadastrados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município em dezembro de 2007 (APÊNDICE B), excluídos os menores de 18 (dezoito) anos, considerando ainda uma margem de erro de 2,5% para mais ou para menos.

As entrevistas foram realizadas somente com usuários que eram efetivamente cadastrados nas referidas USF, visando anular a possibilidade de que eventualmente um usuário “visitante” ou acompanhante, oriundo de uma outra unidade de saúde, que não fosse uma das pré-selecionadas, respondesse o questionário. Para tanto, os entrevistadores solicitaram a apresentação do cartão do usuário do SUS Ipatinga (que é de posse obrigatória para acesso aos serviços do SUS no município) e em caso de o usuário não o possuir no dado momento, confirmava-se junto à recepção da USF, através do cadastro geral de usuários.

Somente foram incluídos na pesquisa entrevistados que já tivessem atingido a maioria, ou os acompanhantes de usuários menores de 18 (dezoito), além de ter sido vedada a entrega do questionário ao entrevistado para que o mesmo respondesse sozinho, portanto os analfabetos e semi-analfabetos não foram excluídos da amostra. Foram excluídos da amostra usuários em tratamento psiquiátrico na época da pesquisa. Para tal identificação, sem gerar constrangimentos, os entrevistadores tiveram acesso à agenda semanal das equipes, que por sua vez tinham dias e turnos específicos para atendimento de pacientes do “grupo de

saúde mental”. Nessas situações, caso o usuário estivesse acompanhado de uma pessoa maior de idade, o acompanhante responderia a entrevista, caso contrário os mesmos não eram abordados.

Todos os entrevistados foram devidamente orientados quanto à importância da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e quanto ao sigilo de suas respostas durante todas as fases da pesquisa, ou seja, do momento da entrevista até a estruturação dos resultados.

6.7 COLETA DE DADOS

É importante destacar que o questionário já havia sido testado em uma pesquisa piloto aplicada exclusivamente pelo pesquisador responsável e realizada no período de 24 a 28 de março de 2008, com 50 (cinquenta) usuários da Unidade de Saúde do Bom Retiro (unidade intermediária no tocante à cronologia de implantação da estratégia no município, sendo ainda a de maior amostra total em relação às demais unidades alvo da pesquisa). Durante esse piloto, não ocorreu nenhum tipo de intercorrência que pudesse interferir na aplicação da pesquisa em sua totalidade.

A coleta iniciou-se no dia 07 de abril, sendo encerrada dia 31 de julho, totalizando 84 (oitenta e quatro) dias e uma carga horária total de 292 horas (duzentos e noventa e duas) de coleta (média de 3,47 horas diárias), com o objetivo de não se estender durante o período das eleições municipais, o que eventualmente poderia ser um fator que viesse a influenciar nas respostas dos usuários, já que poderiam estar movidos de sentimentos partidários. Durante esse período, os acadêmicos foram divididos em trios nas respectivas Unidades para

realização da coleta, com carga horária semanal pré-definida individualmente durante o treinamento, de acordo com a disponibilidade acadêmica, porém com a obrigatoriedade de coletas diárias e em ambos os turnos, visando evitar que fossem abordados apenas alguns grupos específicos de usuários, de acordo com a agenda semanal e diária das equipes. Durante todo o período de coleta, o pesquisador responsável compareceu sistematicamente às Unidades pesquisadas em horários em que os acadêmicos estivessem presentes ou não, com o objetivo de acompanhar a coleta e reunir-se com a coordenação das Unidades, no sentido de identificar possíveis dificuldades e contratemplos.

Conforme relatos no diário de campo de todos os entrevistadores, o tempo das entrevistas variava principalmente de acordo com o grau de escolaridade e idade dos entrevistados. Quanto menor o grau de escolaridade e maior a idade, maior era o tempo necessário para realizar a entrevista, devido à necessidade de se repetirem muitas perguntas e alternativas. Mesmo assim, foi extraída uma média geral de tempo por entrevista que girou em torno de 14 (quatorze) minutos.

6.8 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Todos os trios de entrevistadores receberam duas pastas tipo “sanfonada”, devidamente personalizada, para cada Unidade de Saúde selecionada. Uma pasta para registrar os termos de esclarecimento livre e esclarecido – TCLE –, que foram arquivados em ordem alfabética dos entrevistados, e a outra para arquivar aleatoriamente os formulários (já que os mesmos não eram identificados, visando preservar o sigilo das informações). Ao encerramento de cada turno de entrevistas, os entrevistadores conferiam o número de TCLE

com o número de formulários (que deveriam ser equivalentes) e posteriormente os arquivavam nas referidas pastas. Essas, por sua vez, eram acondicionadas em um armário devidamente trancado, cujo acesso durante a entrevista foi permitido apenas aos entrevistadores e ao pesquisador responsável.

Os entrevistadores foram orientados a que, após a apresentação pessoal (identificação), os mesmos deveriam prestar esclarecimentos sobre a pesquisa e primeiro preencher o TCLE com a devida assinatura do entrevistado, para posteriormente iniciar a entrevista. Nunca o contrário. Além disso, em caso de rasura de algum formulário, os mesmos deveriam imediatamente, na frente do entrevistado, eliminar o formulário (rasgar) e preencher outro.

Os dados e resultados foram trabalhados no programa Epi Info – Versão 604 d. CDC, pelo mestrando, em constante orientação e acompanhamento por parte do orientador. A análise dos dados encontra-se documentada nas tabelas e gráficos constantes no capítulo 7, (avaliação quantitativa e qualitativa das respostas), sendo apurados pelo método causal-comparativo, dado que o conhecimento esboçado pelos usuários só pode ser mensurado após o contato com a ESF.

O material será arquivado por 5 (cinco) anos, a fim de seja preservada a legitimidade dos resultados da pesquisa no período de realização do trabalho de campo, que será apresentado posteriormente à Secretaria de Saúde de Ipatinga.

7 RESULTADOS

“Quanto mais as pessoas acreditam em uma coisa, quanto mais se dedicam a ela, mais podem influenciar no seu acontecimento”

Dov Éden

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos na coleta de dados, bem como o perfil dos sujeitos pesquisados, distribuindo os dados em tabelas.

7.1. ANÁLISE DAS RESPOSTAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO LIMOEIRO

7.1.1 Variável gênero

Foi constatado que do total de 205 pessoas, 151 (73,6%) eram do gênero feminino, e 54 pessoas (26,4%) do gênero masculino.

7.1.2 Variável idade

Das 205 pessoas pesquisadas, 75 pessoas (36,5%) têm entre 18 e 30 anos. Encontrou-se 02 registros (0,9%) com idade com menos de 18 anos, porém, com respostas dos acompanhantes.

7.1.3 Variável grau de escolaridade

Das 205 pessoas pesquisadas, 63 pessoas (30,7%) possuem ensino fundamental incompleto. 14 pessoas (6,8%) são analfabetas, sendo 10 do gênero feminino e 04 do gênero masculino.

7.1.4 Variável renda do grupo familiar

Das 205 pessoas pesquisadas, 92 usuários (44,9%) têm renda de até 01 salário mínimo.

7.1.5 Análise das respostas do questionário

Pergunta n. 1. Você sabe o que é o Programa Saúde da Família?

Dos 205 pesquisados, 100 pessoas (48,8%) afirmaram saber o que é o PSF, enquanto que, 105 pessoas (51,2%) disseram não saber o que significa o PSF.

Foi perguntado como tomou conhecimento do programa: dos 100 pesquisados que afirmaram saber o que é o PSF, 60 pessoas (60,0%) afirmam que tomaram conhecimento na própria Unidade de Saúde.

Comparando o conhecimento do programa com a renda do pesquisado, foi constatado que na renda mais baixa de até 1 salário mínimo (92 pessoas (44,9%) entre 205, estão dentro dessa faixa salarial), 36 pessoas (39,1%) sabem o que é PSF enquanto que 56 pessoas (60,9%) não tem conhecimento do programa. Já na faixa salarial entre 2 e 3 salários mínimos (89 pessoas (43,4%) dentre os 205 pesquisados), 50 pessoas (56,2%) sabem o que é PSF enquanto que 39 (43,8%) não sabem.

Pergunta n. 2. No seu entendimento, qual ação é mais importante no PSF?

Duzentos e cinco (205) responderam essa pergunta, 01 pessoa (0,4%) não sabe ou não respondeu ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. Setenta e duas (72) pessoas (36,6%) afirmaram ser a alternativa (b) Consultas médicas agendadas, a ação mais importante do PSF.

Pergunta n. 3. Qual a finalidade do acolhimento na sua recepção, quanto procura atendimento no PSF?

Duzentos e cinco (205) responderam essa pergunta, 3 pessoas (1,5%) não sabem ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 82 pessoas (40,0%), afirmou ser a alternativa (a) Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros, a finalidade do acolhimento do PSF.

Pergunta n. 4. Qual o principal papel do médico no PSF?

Duzentos e cinco (205) responderam essa pergunta, 134 pessoas (65,4%) afirmaram ser a alternativa (a) Atender consultas agendadas na Unidade de saúde, o papel mais importante do médico no PSF.

Pergunta n. 5. Qual o principal papel do enfermeiro no PSF?

Duzentos e cinco (205) responderam essa pergunta. 91 pessoas (44,4%) afirmaram ser a alternativa (d) Orientar os grupos operativos, realizarem curativos e aplicar vacinas, como o papel mais importante do enfermeiro no PSF.

Pergunta n. 6. Qual o principal papel do ACS no PSF?

Duzentos e cinco (205) responderam essa pergunta, 01 pessoa (0,4%) não sabe ou não respondeu ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 85 pessoas (41,5%) afirmaram ser a alternativa (b) Agendar consultas e entregar resultados de exame, como o papel mais importante do ACS no PSF.

Pergunta n. 7. Você entende que é importante o atendimento no PSF ser dividido em equipes?

Dos 205 usuários pesquisados, 103 pessoas (50,2%) afirmaram saberem da importância, enquanto que 102 (49,8%) não souberam responder. Quando foi pedido aos 103 usuários que sabiam da importância de se dividir em equipe, 98 (95,1%) souberam explicar. Apenas 05 (4,9%) usuários deixaram o campo de explicações em branco.

As explicações que mais se repetiram dos 98 que responderam foram: (cálculos aproximados): Divide a população, 4 usuários (4,9%); facilita o atendimento, 5 usuários (5,1%); para não tumultuar, 6 usuários (6,1%).

Pergunta n. 8. Em qual dos níveis de assistência à saúde, o PSF está inserido?

Noventa e cinco (95) pessoas (46,3%) afirmaram ser a Atenção primária ou básica, 48 pessoas (23,4%) não souberam definir nível de assistência. Quando comparado níveis de assistência e o conhecimento se o usuário sabe ou não o que é PSF, observa-se que dos 95

usuários (46,3%) que afirmaram saber que o nível o PSF esta na atenção primaria ou básica, 48 pessoas (50,5%) sabem o que é PSF, enquanto que 47 (49,5%) não sabem o que é PSF.

Pergunta n. 9. Você sabe como funcionam os fluxos se referência e contra referencia (encaminhamentos e retornos) entre o PSF e os outros níveis da assistência?

Nesta pergunta foi perguntado aos usuários se eles sabiam ou não como funcionam os fluxos de referencia e contra referencia entre os níveis de assistência do PSF, dos 205 que responderam a essa pergunta, 49 usuários (23,9%) afirmaram conhecer o funcionamento do fluxo, enquanto que, 156 usuários (76,1%) disseram não saber. Quando foi pedido aos 49 usuários que conhecer o funcionamento do fluxo, 45 (91,8%) souberam explicar. Apenas 04 (8,2%) usuários deixaram o campo de explicações em branco.

Dentre os 49 usuários que explicaram como funcionam os fluxos de referencia e contra referencia, observamos a coerência nas respostas dos usuários. 16 usuários (32,7%) apresentaram coerência em suas explicações, enquanto que 33 usuários (67,3%) não tinham coerência em sua resposta.

Pergunta n. 10. Dos serviços listados, quais são realizados pelo PSF?

Nesta pergunta, observamos que dos 205 usuários que responderam, classificamos as respostas em “é um serviço do PSF” e “não é um serviço do PSF”:

Serviços listados	É um serviço do PSF		Não é um serviço do PSF	
	Nº usuários	F%	Nº usuários	F%
Cirurgias	8	3,9	197	96,1
Internações	8	3,9	197	96,1
Grupos de Educação em Saúde	104	50,7	101	49,3
Consultas	187	91,2	18	8,8
Parto	13	6,4	192	93,6
Pré-Natal	148	72,2	56	27,8

Com destaque para 49,3% que responderam que grupos de educação em saúde não é uma atividade do PSF.

Pergunta n. 11. Quantas vezes você procurou a Unidade de saúde no último mês?

Dos 205 usuários responderam a essa pergunta, 56 usuários (27,3%) não freqüentam com regularidade a Unidade de saúde, 73 usuários (35,6%) que afirmaram terem freqüentado a Unidade 1 vez no ultimo mês. Dos 205 usuários, 10 pessoas (4,9%) afirmam fazer parte de algum grupo operativo. Foi pedido para especificar a que grupo pertencia, observamos: 9 usuários (90,0%) fazem parte do grupo de hipertensão arterial, outros grupos citado: pré-natal.

Pergunta n. 12. Qual (is) o (s) serviço (s) você teve acesso da última vez que procurou a Unidade de Saúde?

Nesta pergunta foi apresentada uma série de serviços e procedimentos de saúde, onde foi questionado ao usuário, se ele havia utilizado algum (ns) na última vez em que procurou a unidade de saúde. Observamos que dos 205 usuários que responderam a essa pergunta, os serviços citados foram:

Consultas médicas	133 usuários	64,8%
Consultas de enfermagem	44 usuários	21,5%
Somente passou pelo acolhimento	9 usuários	4,4%
Medicamentos	87 usuários	42,4%
Exames	63 usuários	30,7%
Encaminhamento para policlínica	10 usuários	4,9%
Encaminhamento para o pronto Socorro	5 usuários	2,4%
Sala de Vacina, curativo e ou nebulização	18 usuários	8,8%
Reunião de programas operativos	1 usuário	0,4%
Psicologia	2 usuários	1,0%
Odontologia	9 usuários	4,4%
Serviço social	zero	0

Pergunta n. 13. Você continua recebendo informações sobre como o PSF funciona?

Duzentos e cinco (205) usuários responderam a essa pergunta, 27 usuários (13,2%) recebem algum tipo de informação. Dos 27 usuários que recebem algum tipo de informação, foi perguntado como os mesmos continuam a receber as informações. 9 usuários (33,3%) afirmam receber essa informação pelos agentes comunitários de saúde.

Pergunta n. 14. Você participa ativamente das reuniões da Comissão Local de Saúde?

Duzentos e cinco (205) usuários responderam a essa pergunta, 196 usuários (95,6%) afirmaram não participar das reuniões da comissão local de saúde. Dos 9 usuários (4,4%) que responderam participar da comissão, foi perguntado com que frequência ele participa das reuniões, observamos: 4 usuários (44,4%) participam mensalmente das reuniões.

Pergunta n. 15. Quais as funções da Comissão Local de Saúde?

Dos 205 usuários responderam a essa pergunta, 153 usuários (74,6%) não sabem quais são as funções da comissão local de saúde enquanto que 52 usuários (25,4%) afirmam saber quais são as funções da comissão. Dos 52 usuários que afirmam saber quais são as funções, a função mais lembrada entre eles foi: Lutar para ter mais médicos na Unidade de saúde, por 18 usuários (34,6%).

Pergunta n. 16. Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde?

Dos 205 usuários responderam a essa pergunta, 162 usuários (79,0%) não sabem quais são as funções do conselho municipal de saúde enquanto que 43 usuários (21,0%) afirmam saber quais são as funções do conselho. Dos 43 usuários que afirmam saber quais são as funções, a função mais lembrada entre eles foi: Ser um local apenas para a prefeitura mostrar o que esta sendo feito para a saúde na cidade, por 12 usuários (28,0%).

Pergunta n. 17. Como você avalia o PSF?

Cento e vinte quatro (124), (60,5%) avaliam positivamente o PSF, enquanto que, 27 usuários (13,2%) avaliam negativamente.

Pergunta n. 18. Você possui plano de saúde?

Dos 205 usuários que responderam a essa pergunta, 23 (11,2%) possuem algum plano de saúde, enquanto que, 182 usuários (88,8%) não possuem plano de saúde.

7.1.6 Apresentação das tabelas e gráficos

Neste item serão apresentadas as tabelas que demonstram os resultados obtidos na coleta de dados, e sua representação gráfica, considerando o perfil dos entrevistados por gênero, escolaridade, idade e renda. São feitas, ainda, correlações entre as variáveis apuradas.

Tabela 1- Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento do PSF na Unidade do Limoeiro

IDADE	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Entre 18 e 30 anos	39	36	75
Entre 31 e 40 anos	27	32	59
Entre 41 e 50 anos	16	17	33
Entre 51 e 60 anos	14	8	22
Acima de 60 anos	4	10	14
Menos de 18 anos	0	2	2
Total	100	105	205

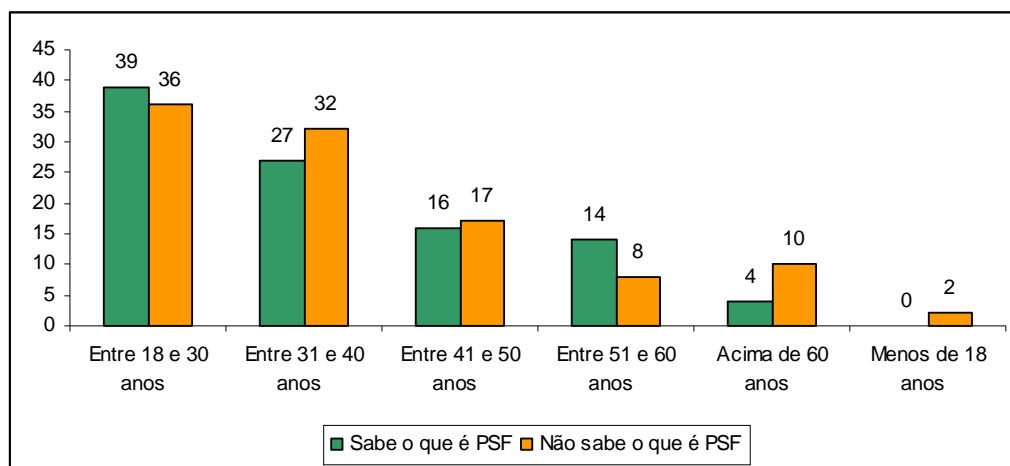


Gráfico 1 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento do PSF, na Unidade do Limoeiro

Tabela 2 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Comparativo entre as variáveis renda-conhecimento do PSF na Unidade do Limoeiro

RENDA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Até 1 salário mínimo	36	56	92
Entre 2 e 3 salários	50	39	89
Entre 4 e 5 salários	12	10	22
Entre 5 e 6 salários	0	0	0
Entre 7 e 10 salários	2	0	2
Acima de 10 salários	0	0	0
Total	100	105	205

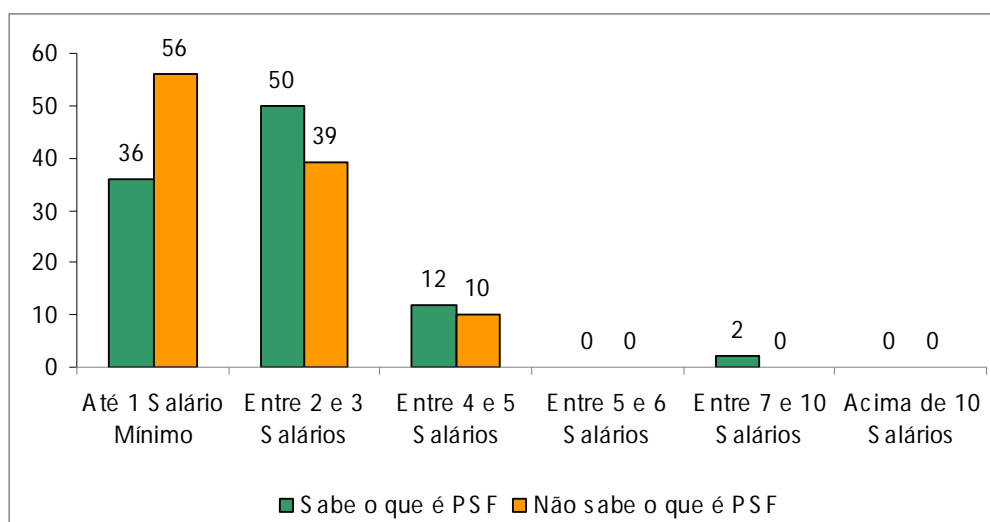


Gráfico 2 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação entre as variáveis renda-conhecimento do PSF, na Unidade do Limoeiro

Tabela 3 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade do Limoeiro

GÊNERO	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Masculino	25	29	54
Feminino	75	76	54
Total	100	105	205

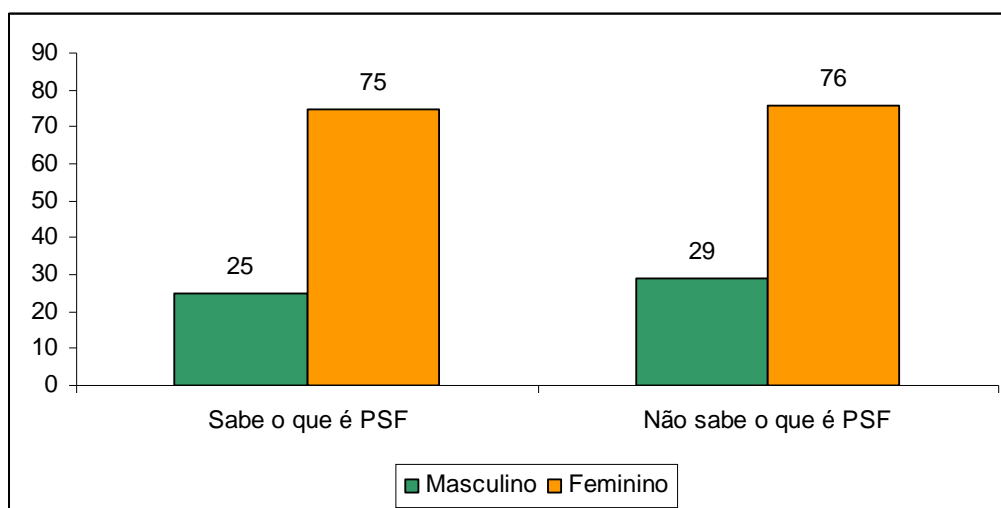


Gráfico 3 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento, na Unidade do Limoeiro

Tabela 4 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF na Unidade de Limoeiro

ESCOLA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Analfabeto	8	6	14
Fundamental completo	16	20	36
Fundamental incompleto	22	41	63
Médio completo	15	21	36
Médio incompleto	34	16	50
Superior completo	1	0	1
Superior incompleto	2	1	3
Pós-graduação completo	1	0	1
Pós-graduação incompleto	1	0	1
Total	100	105	205

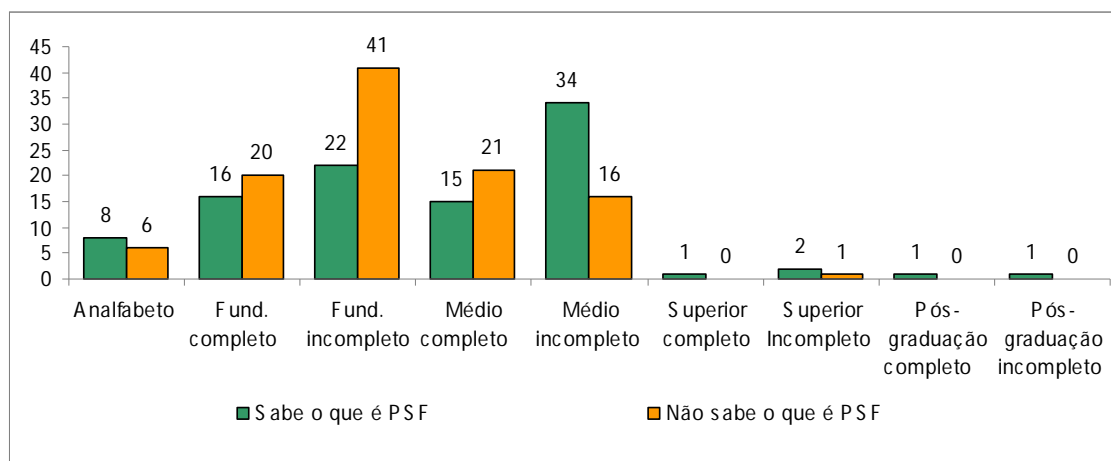
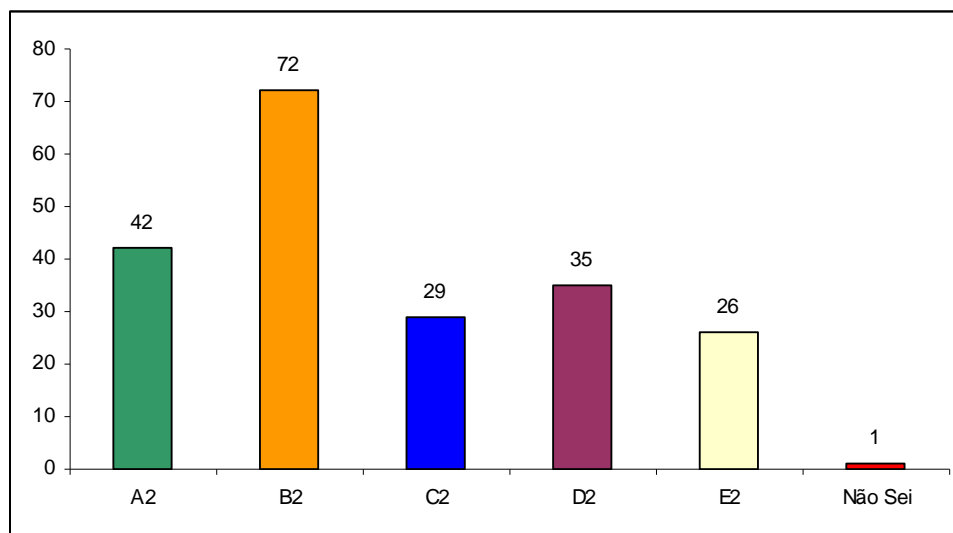


Gráfico 4 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF, na Unidade do Limoeiro

Tabela 5 - Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Limoeiro

AÇÃO PSF	Frequência absoluta
A2	42
B2	72
C2	29
D2	35
E2	26
Não Sei	1
Total	205

A- Consultas médicas em casa
 B- Consultas médicas agendadas
 C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos
 D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade
 E- Atendimento de urgência



A- Consultas médicas em casa B- Consultas médicas agendadas C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade E- Atendimento de urgência

Gráfico 5 - Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Limoeiro

Tabela 6 - Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Limoeiro

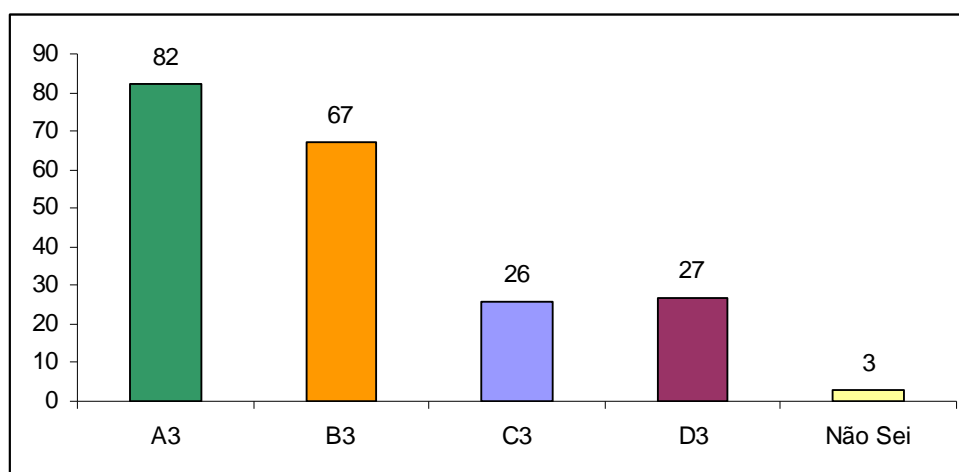
FINALIDADE PSF	Frequência absoluta
A3	82
B3	67
C3	26
D3	27
Não Sei	3
Total	205

A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros

B- Agendar consultas

C- Dar orientações de saúde

D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento



A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros B- Agendar consultas C- Dar orientações de saúde D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento

Gráfico 6 - Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF na Unidade do Limoeiro

Tabela 7 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Limoeiro

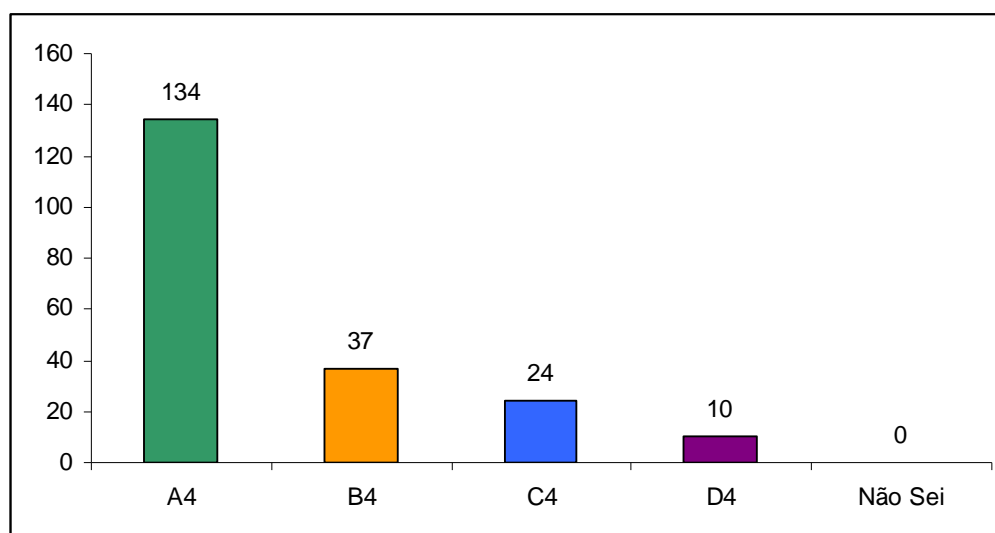
MÉDICO	Frequência absoluta
A4	134
B4	37
C4	24
D4	10
Não Sei	0
Total	205

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Coordenar equipe



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Coordenar equipe

Gráfico 7 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico na Unidade do Limoeiro

Tabela 8 - Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Limoeiro

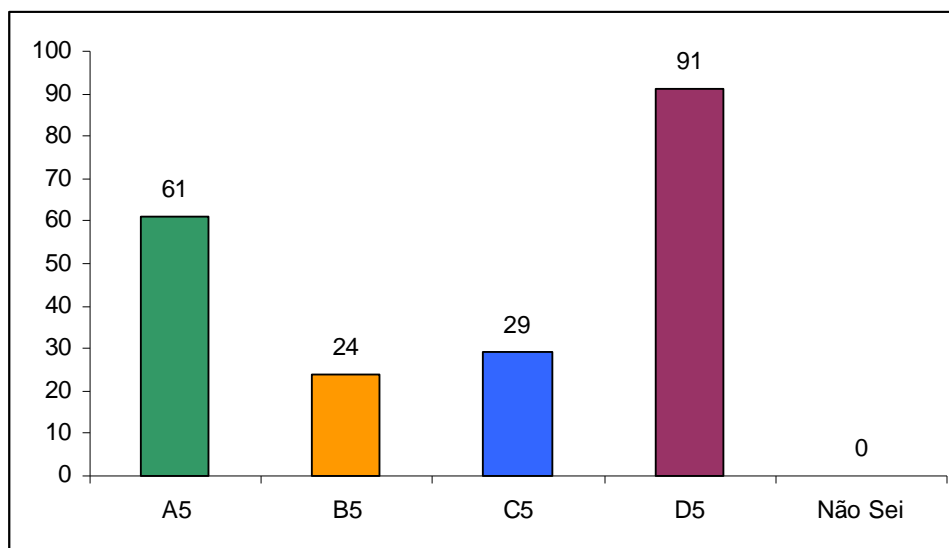
ENFERMEIRO	Frequência absoluta
A5	61
B5	24
C5	29
D5	91
Não Sei	0
Total	205

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender Consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio
C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas

Gráfico 8 - Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel Enfermeiro na Unidade do Limoeiro

Tabela 9 - Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Limoeiro

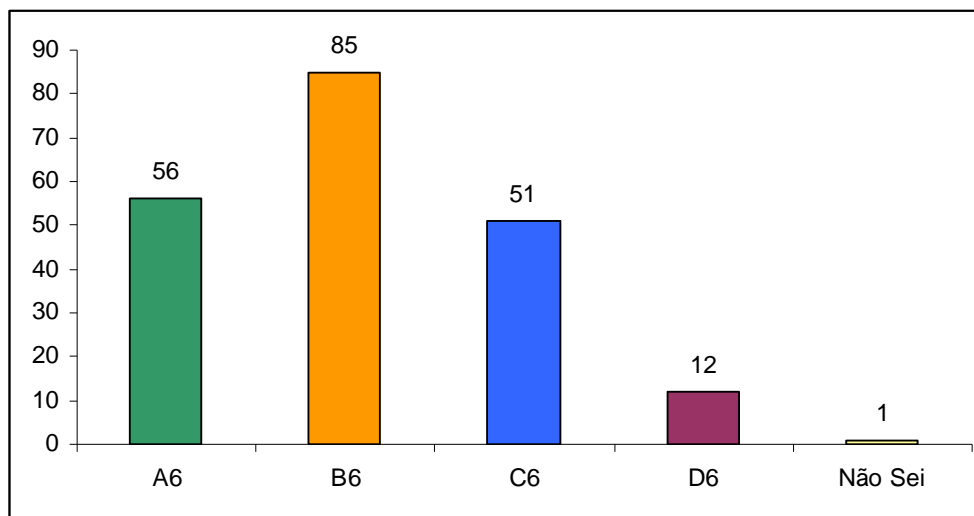
PAPEL ACS	Frequência absoluta
A6	56
B6	85
C6	51
D6	12
Não Sei	1
Total	205

A- Realizar visitas domiciliares

B- Agendar consultas e entregar resultados de exames

C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde

D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem



A- Realizar visitas domiciliares B- Agendar consultas e entregar resultados de exames C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem

Gráfico 9 - Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel ACS no PSF na Unidade do Limoeiro

Tabela 10 - Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Limoeiro

EQUIPE	Frequência absoluta
Entende divisão em equipe	103
Não entende divisão em equipe	102
Total	205

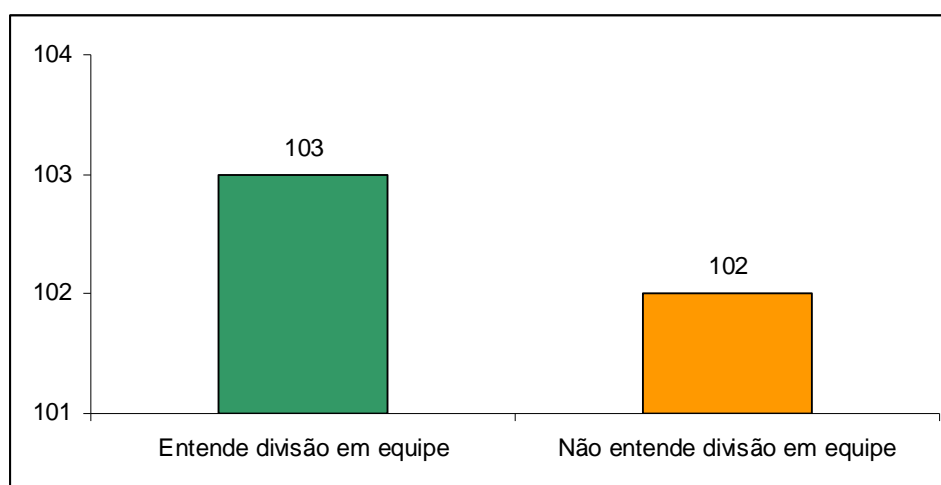


Gráfico 10 - Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe na Unidade do Limoeiro

Tabela 11 - Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação entre níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade do Limoeiro

NIVEIS	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Atenção secundária	21	17	38
Atenção Primária	48	47	95
Atenção Terciária	13	11	24
Não Sei	18	30	48
Total	100	105	205

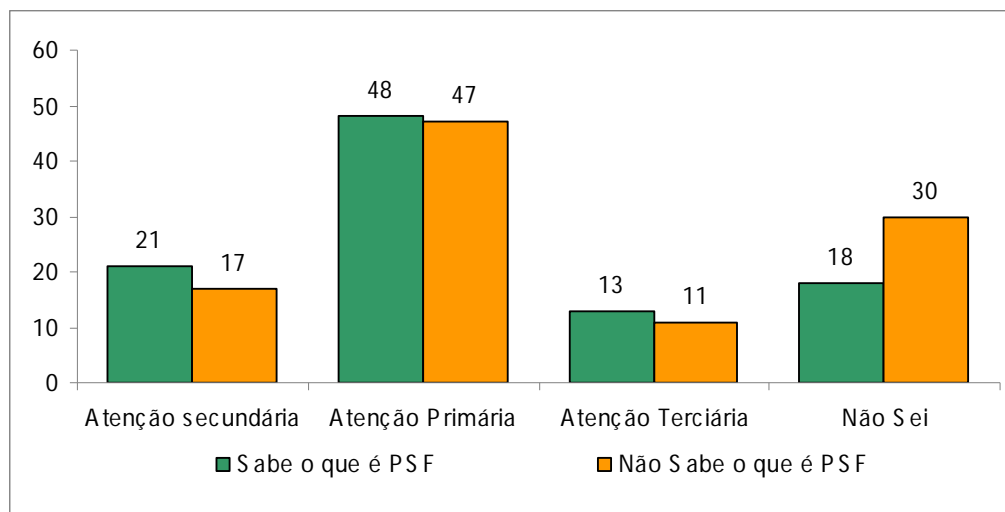


Gráfico 11 - Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação entre níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade do Limoeiro

Tabela 12 - Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Limoeiro

FLUXO PSF	Frequência absoluta
Sabem sobre fluxo de referência	49
Não sabem sobre fluxo de referência	156
Total	205

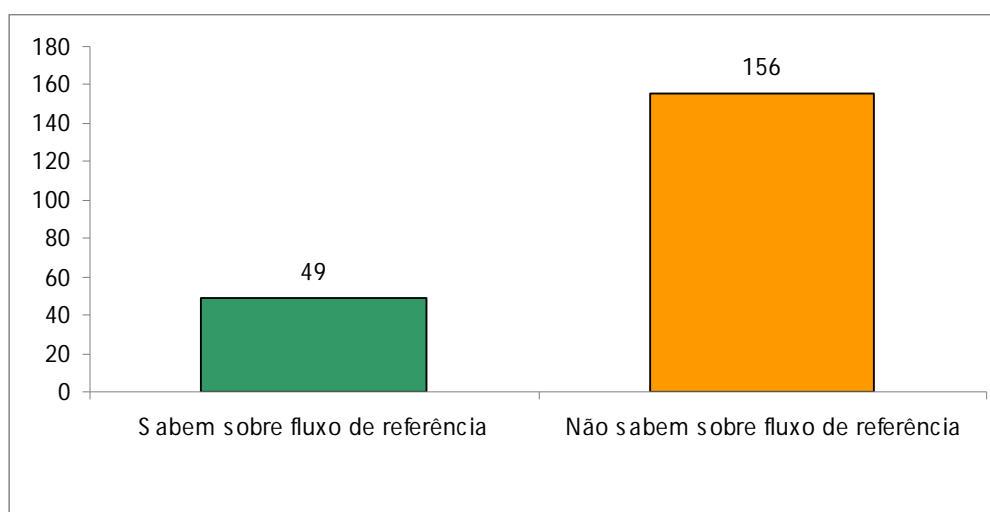
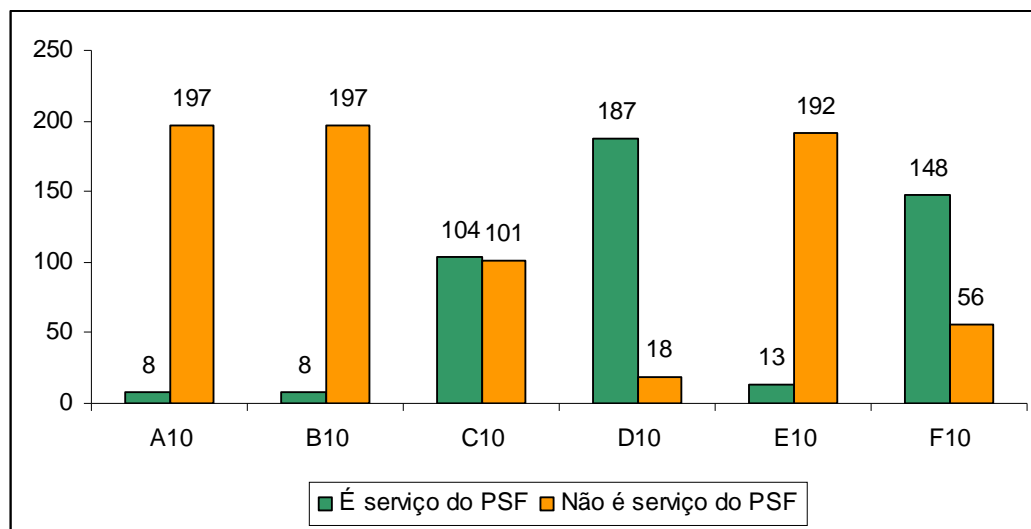


Gráfico 12 - Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Limoeiro

Tabela 13 - Frequência das respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Limoeiro

SERVIÇOS	É serviço do PSF	Não é serviço do PSF	Total
A10	8	197	205
B10	8	197	205
C10	104	101	205
D10	187	18	205
E10	13	192	205
F10	148	56	205

A- Cirurgias
 B- Internações
 C- Grupos de educação em saúde
 D- Consultas
 E- Parto
 F- Pré-Natal



A- Cirurgias B- Internações C- Grupos de educação em saúde D- Consultas E- Parto F- Pré-Natal

Gráfico 13 - Frequência das respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Limoeiro

Tabela 14 - Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação entre vezes USF - conhecimento PSF, na Unidade do Limoeiro

VEZES USF	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Não freqüente com regularidade	32	24	56
1 vez	35	38	73
2 a 3 vezes	20	31	51
3 a 5 vezes	5	3	8
Mais de 5 vezes	4	3	7
Grupo Operativo	4	6	10
Total	100	105	205

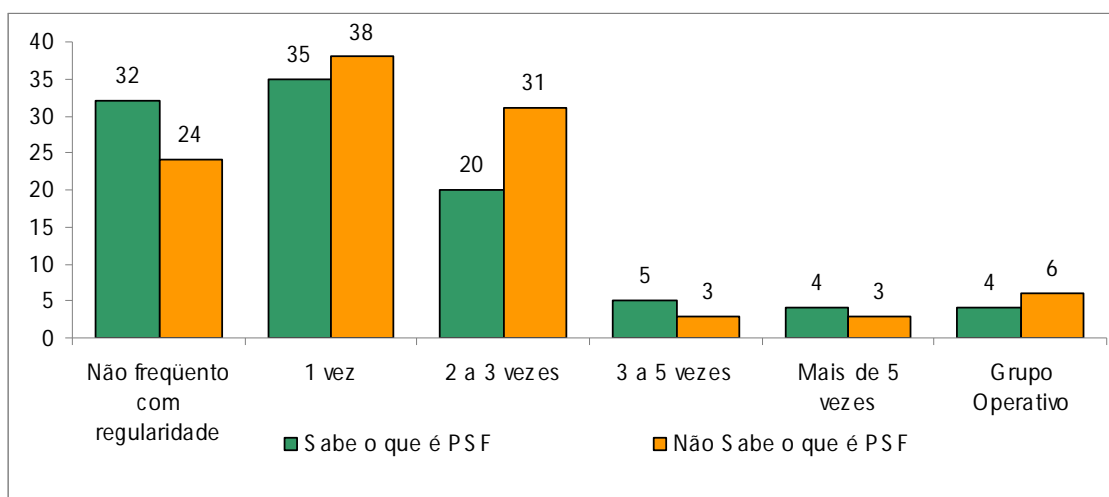


Gráfico 14 - Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação entre vezes USF - conhecimento do PSF, na Unidade do Limoeiro

Tabela 15 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Limoeiro

SERVIÇOS	Teve acesso	Não teve acesso	Total
A12	133	72	205
B12	44	161	205
D12	9	196	205
E12	87	118	205
F12	63	142	205
G12	10	195	205
H12	5	200	205
I12	18	187	205
J12	1	204	205
K12	2	203	205
L12	9	196	205
M12	0	205	205

A- Consultas médicas

B- Consulta de enfermagem

C- Consulta médica e de enfermagem

D- Somente passou pelo acolhimento

E- Medicamentos

F- Exames

G- Encaminhamento para Policlínica

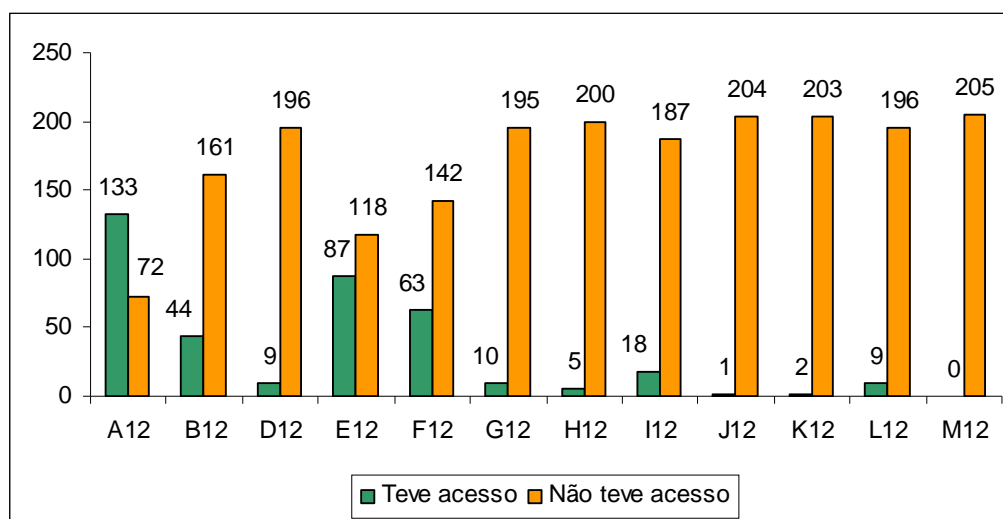
H- Encaminhamento para o Pronto Socorro

I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização

J- Reunião de programas operativos

K- Psicologia

L- Odontologia



A- Consultas médicas B- Consulta de enfermagem C- Consulta médica e de enfermagem D- Somente passou pelo acolhimento E- Medicamentos F- Exames G- Encaminhamento para Policlínica H- Encaminhamento para o Pronto Socorro I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização J- Reunião de programas operativos K- Psicologia L- Odontologia

Gráfico 15 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Limoeiro

Tabela 16 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Limoeiro

INFORMAÇÕES	Frequência absoluta
Recebe informações	27
Não recebe informações	178
Total	205

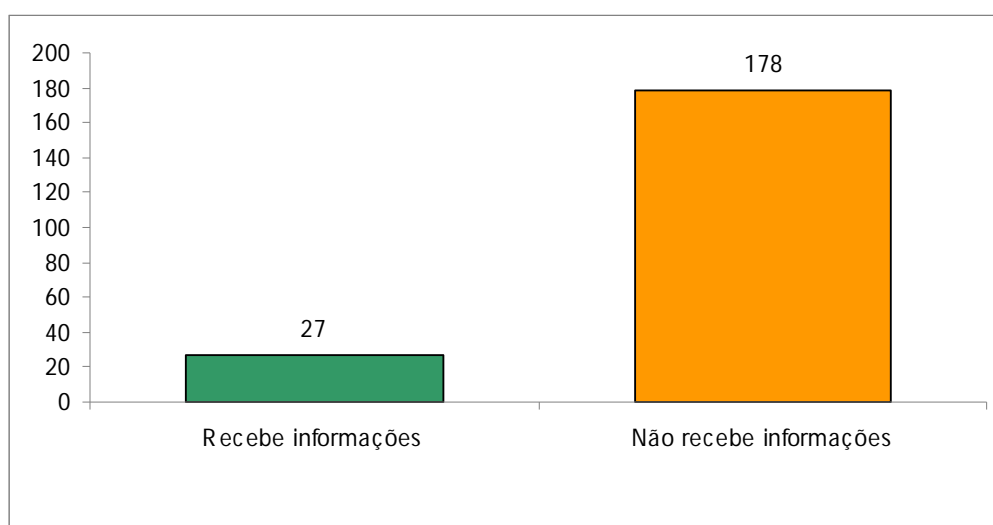


Gráfico 16 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Limoeiro

Tabela 17 - Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Limoeiro

REUNIÕES CLS	Frequência absoluta
Participa	9
Não participa	196
Total	205

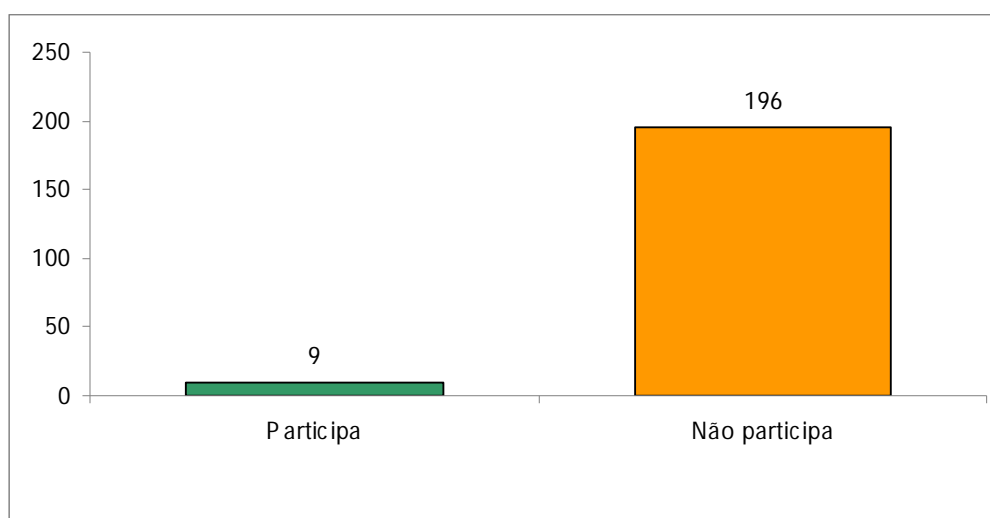


Gráfico 17 – Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas Reuniões da CLS – na Unidade do Limoeiro

Tabela 18 - Frequência de respostas à pergunta 15. Função CSL, na Unidade do Limoeiro

COMISSÃO	É função	Não é função	Total
A15	18	34	52
B15	17	35	52
C15	12	40	52
D15	16	36	52
E15	5	47	52
F15	4	48	52
G15	4	48	52

A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde

B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade

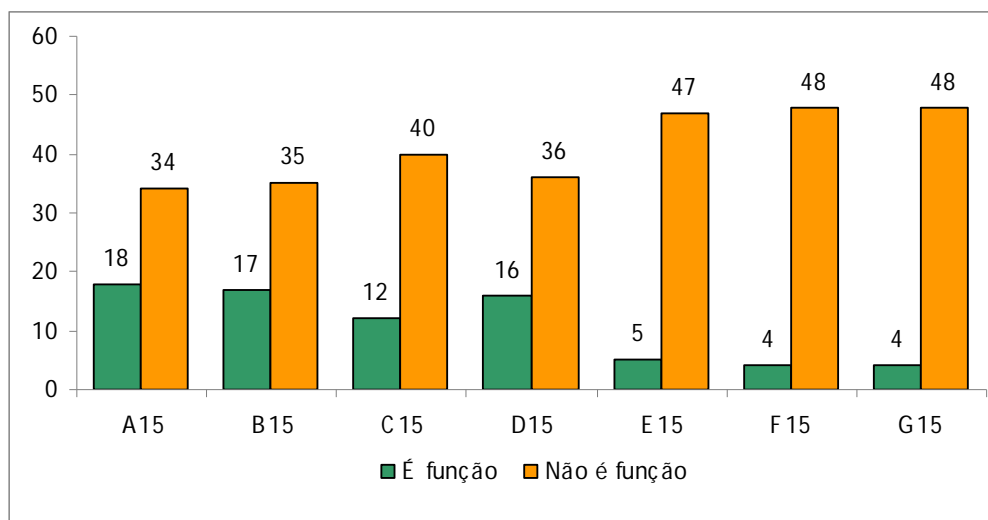
C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde

D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade

E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade

F- Ter atendimento prioritário quando necessário

G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde



A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ter atendimento prioritário quando necessário G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde

Gráfico 18 - Frequência de respostas à pergunta 15. Função da CSL, na Unidade do Limoeiro

Tabela 19 - Frequência das respostas à Pergunta 16. Função CS, na Unidade do Limoeiro

CONSELHO	É função	Não é função	Total
A16	7	36	43
B16	2	41	43
C16	11	32	43
D16	11	32	43
E16	8	35	43
F16	1	42	43
G16	12	31	43

A- Realizar o que a Prefeitura determinar

B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade

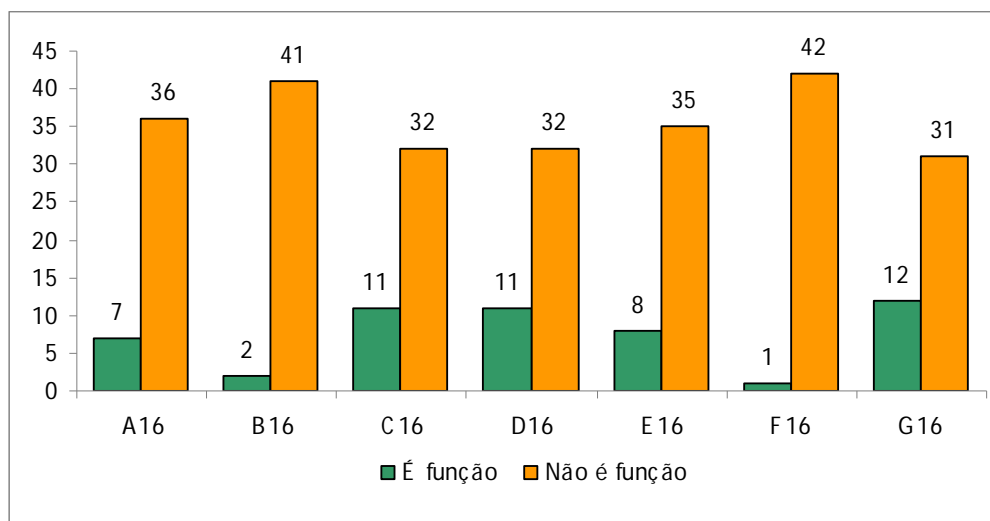
C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde

D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade

E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade

F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro

G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade



A- Realizar o que a Prefeitura determinar B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade

Gráfico 19 - Frequência das respostas à Pergunta 16. Função da CS, na Unidade do Limoeiro

Tabela 20 – Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Limoeiro

AVALIAÇÃO PSF	Frequência absoluta
Positivamente	124
Negativamente	27
Regular	11
Não Sabe responder	43
Total	205

(*) Foi considerada pelos entrevistadores a resposta regular, apesar da mesma não se encontrar registrada no formulário.

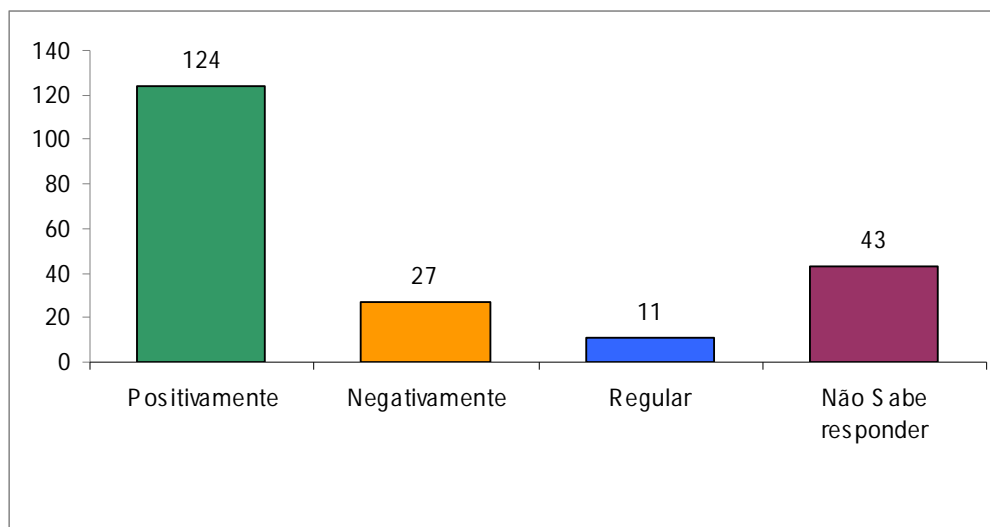


Gráfico 20 – Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Limoeiro

Tabela 21 – Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Limoeiro

PLANO DE SAÚDE	Frequência absoluta
Sim	23
Não	182
Total	205

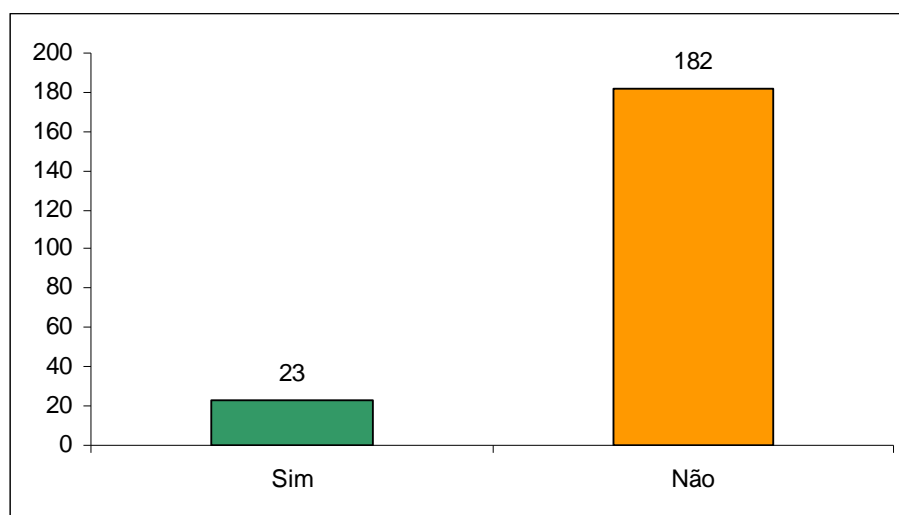


Gráfico 21 – Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Limoeiro

7.1.7 Avaliação qualitativa das tabelas e gráficos

Os usuários entrevistados representam um grupo cuja maioria é composta de mulheres, na faixa etária entre 31 e 40 anos de idade. Nesse grupo as maiores faixas de renda estão entre até 1 e de 2 a 3 salários mínimos, e a minoria é composta de usuários com faixa de renda entre 7 e 10 salários. Verificou-se a frequência zero nas faixas entre 5 e 7 e mais de 10 salários.

Os sujeitos pesquisados do gênero masculino se equiparam aos do gênero feminino apenas nos usuário na faixa de 18 a 30 anos.

Em relação ao nível de escolaridade os entrevistados se distribuem desigualmente. O maior grupo de sujeitos apresenta escolaridade do fundamental incompleto (maioria de mulheres), e o menor grupo é composto de sujeitos que possuem curso superior completo com pós-graduação. Encontraram-se 4 analfabetos.

Cinquenta (50%) dos entrevistados referem saber o que é o Programa Saúde Família. A maioria de usuários que sabe o que é o PSF se encontra na faixa de renda de 2 a 3 salários, com tendência a diminuição dos índices na medida em que se eleva a faixa de renda. As maiores frequências de usuários que sabem o que é o PSF possuem a escolaridade entre o fundamental completo e o nível médio incompleto.

A maioria dos usuários que conhecem o PSF (95 usuários) o identifica com o nível de assistência primária, e freqüentaram a UBS apenas 1 vez no último mês (73 usuários em 205).

Na faixa etária entre 18 e 30 anos, 75 usuários afirmam ter conhecimento do PSF e representam a maioria dos usuários nesta UBS.

Na distribuição de renda a maioria que conhece o PSF se encontra na faixa de um salário mínimo.

7.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO BOM RETIRO

7.2.1 Variável gênero

Foi constatado que do total de 415 pessoas, 267 (64,3%) pessoas eram do gênero feminino, e 148 pessoas (35,7%) do gênero masculino.

7.2.2 Variável idade

Das 415 pessoas pesquisadas, destacamos a faixa etária entre 18 e 30 anos, correspondente a 122 pessoas (29,4%).

7.2.3 Variável grau de escolaridade

Cento e oito (108) pessoas (26,2%) possuem Ensino Médio Completo. 5 pessoas (1,2%) são analfabetas, sendo 5 do gênero feminino e nenhum do gênero masculino.

7.2.4 Variável renda do grupo familiar

Cem (100) usuários (24,1%) têm renda acima de 10 salários mínimos.

7.2.5. Análise das respostas do questionário

Pergunta n. 1. Você sabe o que é o Programa Saúde da Família?

Trezentas (300) pessoas (72,3%) afirmaram saber o que é PSF, enquanto que, 115 pessoas (27,7%) disseram não saber o que significa Programa de Saúde da Família. Foi questionado ainda, como tomou conhecimento do mesmo: dos 300 pesquisados que afirmaram saber o que é o PSF, 110 pessoas (36,6%) afirmam que tomaram conhecimento do programa na própria Unidade de Saúde.

Comparando o conhecimento do programa com a renda do pesquisado foi constatado que na renda mais baixa de até 1 salário mínimo (25 pessoas (6,0%) entre 415, estão dentro dessa faixa salarial), 15 pessoas (60,0%) sabem o que é PSF enquanto que 10 pessoas (40,0%) não tem conhecimento do programa. Já na faixa salarial acima de 10 salários mínimos (100 pessoas (24,1%) dentre os 415 pesquisados), 81 pessoas (81,0%) sabem o que é PSF enquanto que 19 (19,0%) não sabem.

Pergunta n. 2. No seu entendimento, qual ação é mais importante no PSF?

Oito (08) pessoas (1,9%) não sabem ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. Cento e oitenta e sete (187) pessoas (45,1%) afirmaram ser a alternativa

d) Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade, como a ação mais importante do PSF.

Pergunta n. 3. Qual a finalidade do acolhimento na sua recepção, quanto procura atendimento no PSF?

Oito (8) pessoas (1,9%) não sabem ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 165 pessoas (39,7%), afirmaram ser a alternativa (a) Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros, como a finalidade do acolhimento no PSF.

Pergunta n. 4. Qual o principal papel do médico no PSF?

Três (03) pessoas (0,7%) não sabem ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 218 pessoas (52,5%) afirmaram ser a alternativa (a) Atender consultas agendadas na Unidade de saúde, como o papel mais importante do médico no PSF.

Pergunta n. 5. Qual o principal papel do enfermeiro no PSF?

Três (03) pessoas (0,7%) não souberam ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 177 pessoas (42,6%) afirmaram ser a alternativa (d) Orientar os grupos operativos, realizar curativos e aplicar vacinas, como o papel mais importante do enfermeiro no PSF.

Pergunta n. 6. Qual o principal papel do ACS no PSF?

Três (03) pessoas (0,7%) não sabem ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 210 pessoas (50,6%) afirmaram ser a alternativa (c) Realizar visitas domiciliares e participar de atividades de promoção à saúde, como o papel mais importante do ACS no PSF.

Pergunta n. 7. Você entende que é importante o atendimento no PSF ser dividido em equipes?

Duzentos e sessenta e cinco pessoas (265) pessoas (63,9%) afirmaram saberem da importância, enquanto que 150 (36,1%) não souberam responder. Quando foi pedido aos 265 usuários que sabiam da importância de se dividir em equipe, 243 (91,7%) souberam explicar. Apenas 22 (8,3%) usuários deixaram o campo de explicações em branco. As explicações que mais se repetiram dos 243 que responderam foram: (cálculos aproximados): Organizar o serviço – 19 usuários (7,8%); Facilitar o atendimento – 18 usuários (7,4%).

Pergunta n. 8. Em qual dos níveis de assistência à saúde, o PSF está inserido?

Duzentos e setenta e uma (271) pessoas (65,3%) afirmaram ser a Atenção primária ou básica, 70 pessoas (16,9%) não souberam definir nível de assistência. Quando comparado níveis de assistência e o conhecimento se o usuário sabe ou não o que é PSF, observamos que: dos 271 usuários (65,3%) que afirmaram saber que o nível o PSF está na atenção primária ou básica, 199 pessoas (73,4%) sabem o que é PSF, enquanto que 72 (26,6%) não sabem o que é PSF.

Pergunta n. 9. Você sabe como funcionam os fluxos de referência e contra referência (encaminhamentos e retornos) entre o PSF e os outros níveis da assistência?

Nesta pergunta foi indagado dos usuários se eles sabiam ou não, como funcionam os fluxos de referência e contra referência entre os níveis de assistência com o PSF. Dos 415 que responderam a essa pergunta, 118 usuários (28,4%) afirmaram conhecer o funcionamento do fluxo, enquanto que, 297 usuários (71,6%) disseram não saber. Quando foi pedido aos 118 usuários que conhecer o funcionamento do fluxo, 107 (90,7%) souberam explicar. Apenas 11 (9,3%) usuários deixaram o campo de explicações em branco.

Pergunta n. 10. Dos serviços listados, quais são realizados pelo PSF?

Nesta pergunta, observamos que dos 415 usuários que responderam, classificamos as respostas em “é um serviço do PSF” e “não é um serviço do PSF”:

Cirurgia	37 usuários (8,9%) afirmaram ser este um serviço do PSF, enquanto que 378 usuários (91,1%) disseram não ser um serviço do PSF.
Internações	32 usuários (7,7%) afirmaram ser este um serviço do PSF, enquanto que 383 usuários (92,3%) disseram não ser um serviço do PSF.
Grupos de educação em saúde	265 usuários (63,8%) afirmaram ser este um serviço do PSF, enquanto que 150 usuários (36,2%) disseram não ser um serviço do PSF.
Consultas	368 usuários (88,7%) afirmaram ser este um serviço do PSF, enquanto que 47 usuários (11,3%) disseram não ser um serviço do PSF.
Parto	23 usuários (5,6%) afirmaram ser este um serviço do PSF, enquanto que 392 usuários (94,4%) disseram não ser um serviço do PSF.
Pré-natal	246 usuários (59,3%) afirmaram ser este um serviço do PSF, enquanto que 169 usuários (40,7%) disseram não ser um serviço do PSF.

Pergunta n. 11. Quantas vezes você procurou a Unidade de saúde no último mês?

Dos 415 usuários que responderam a essa pergunta, 229 usuários (55,2%) não frequentam com regularidade a Unidade de saúde, onde apenas 16 usuários (3,8%) afirmam fazer parte de algum grupo operativo. Foi solicitado ainda, especificar a que grupo pertencia e observamos que 7 usuários (50,0%) fazem parte do grupo de hipertensão arterial, outros grupos como: diabetes, projeto respirar, pré-natal e psicologia também foram citados.

Pergunta n. 12. Qual (is) o (s) serviço (s) você teve acesso da última vez que procurou a Unidade de Saúde?

Nesta pergunta foi apresentada uma série de serviços e procedimentos de saúde, onde foi questionado ao usuário, se ele havia utilizado algum (ns) na última vez em que procurou a unidade de saúde. Observamos:

Consultas médicas	199 usuários	48,0%
Consultas de enfermagem	36 usuários	8,6%
Somente passou pelo acolhimento	17 usuários	4,1%
Medicamentos	73 usuários	17,6%
Exames	63 usuários	15,2%
Encaminhamento para policlínica	6 usuários	1,4%
Encaminhamento para o pronto Socorro	2 usuários	0,5%
Sala de Vacina, curativo e ou nebulização	69 usuários	16,6%
Psicologia	7 usuários	1,6%
Odontologia	23 usuários	5,5%
Serviço social	2 usuários	0,5%

Pergunta n. 13. Você continua recebendo informações sobre como o PSF funciona?

Oitenta e nove (89) usuários (21,4%) afirmaram continuar recebendo algum tipo de informação. A estes, foi questionado como recebem essas informações. Trinta e quatro (34) usuários (40,5%) afirmam receber essa informação pelos agentes comunitários de saúde.

Pergunta n. 14. Você participa ativamente das reuniões da Comissão Local de Saúde?

Trezentos e noventa e um (391) usuários (94,2%) afirmaram não participar das reuniões da comissão local de saúde. Dos 24 usuários (5,8%) que responderam participar da comissão, foi perguntado com que frequência participa das reuniões, observamos que 13 usuários (54,2%) participam mensalmente das reuniões.

Pergunta n. 15. Quais as funções da Comissão Local de Saúde?

Duzentos e sessenta e oito (268) usuários (64,6%) não sabem quais são as funções da Comissão Local de Saúde, enquanto que 147 usuários (35,4%) afirmam saber quais são as funções da comissão. Dos 147 usuários que afirmam saber quais são as funções, a mais citada

foi: propor coerentemente ações parcerias para melhorar a assistência à saúde da comunidade, por 105 usuários (71,4%).

Pergunta n. 16. Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde?

Duzentos e sessenta e um (261) usuários (62,9%) não sabem quais são as funções do Conselho Municipal de Saúde, enquanto que 154 usuários (37,1%) afirmam saber quais são as funções do conselho. Dos 154 usuários que afirmam saber quais são as funções, a função mais lembrada entre eles foi: apresentar, analisar e propor propostas para saúde da cidade, por 81 usuários (52,6%).

Pergunta n. 17. Como você avalia o PSF?

Trezentos e seis (306) (73,7%) avaliam positivamente o PSF, enquanto que, 19 usuários (4,6%) avaliam negativamente.

Pergunta n. 18. Você possui plano de saúde?

Duzentos e cinquenta e oito (258) (62,2%) possuem algum plano de saúde, enquanto que, 151 usuários (37,8%) não possuem plano de saúde.

7.2.6 Apresentação das tabelas e gráficos

Tabela 22 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

IDADE	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Entre 18 e 30 anos	86	36	122
Entre 31 e 40 anos	33	24	57
Entre 41 e 50 anos	63	21	84
Entre 51 e 60 anos	83	17	100
Acima de 60 anos	35	17	52
Menos de 18 anos	0	0	0
Total	300	115	415

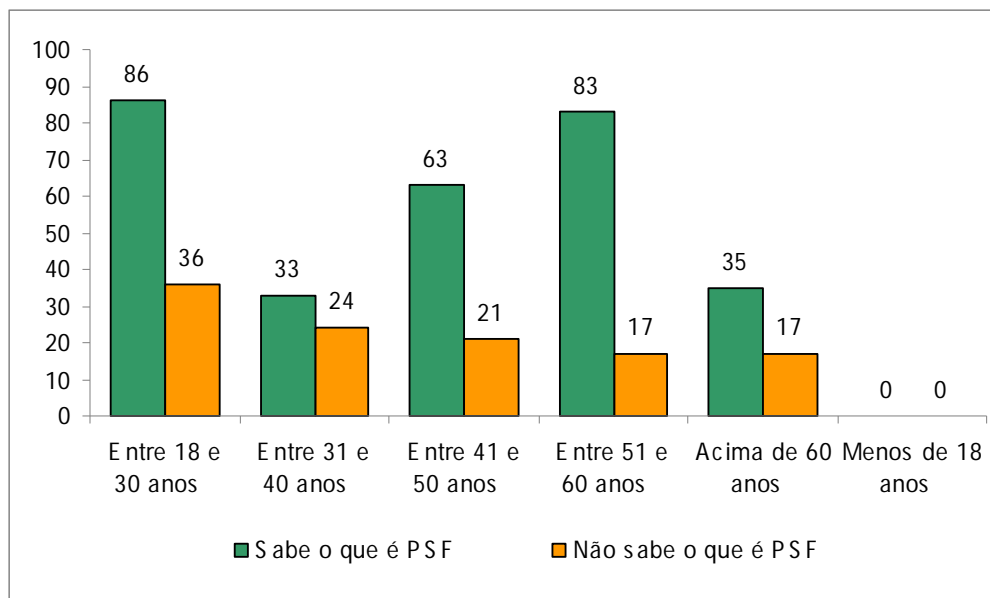


Gráfico 22 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 23 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação renda-conhecimento na Unidade do Bom Retiro

RENDA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Até 1 salário mínimo	15	10	25
Entre 2 e 3 salários	63	40	103
Entre 4 e 5 salários	62	22	84
Entre 5 e 6 salários	35	9	44
Entre 7 e 10 salários	44	15	59
Acima de 10 salários	81	19	100
Total	300	115	415

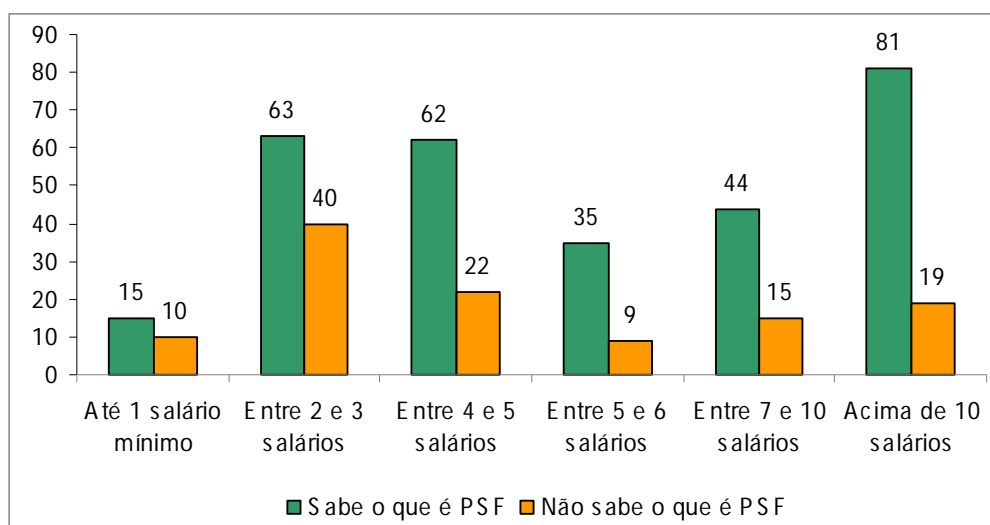


Gráfico 23 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação renda-conhecimento, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 24 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

GÊNERO	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Masculino	104	44	148
Feminino	196	71	267
Total	300	115	415

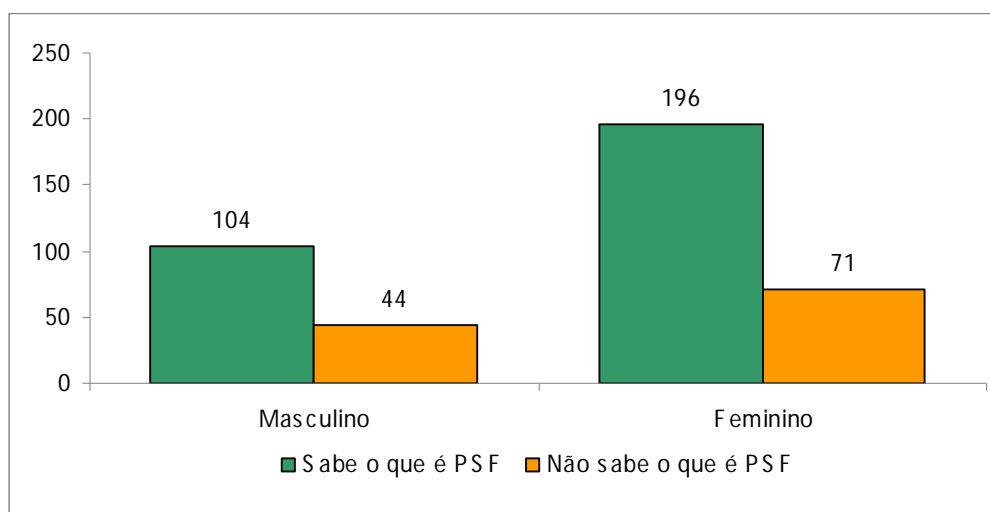


Gráfico 24 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 25 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

ESCOLA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Analfabeto	0	5	5
Fundamental completo	24	10	34
Fundamental incompleto	30	31	61
Médio completo	78	30	108
Médio incompleto	23	14	37
Superior completo	64	10	74
Superior incompleto	53	10	63
Pós-graduação completo	25	5	30
Pós-graduação incompleto	3	0	3
Total	300	115	415

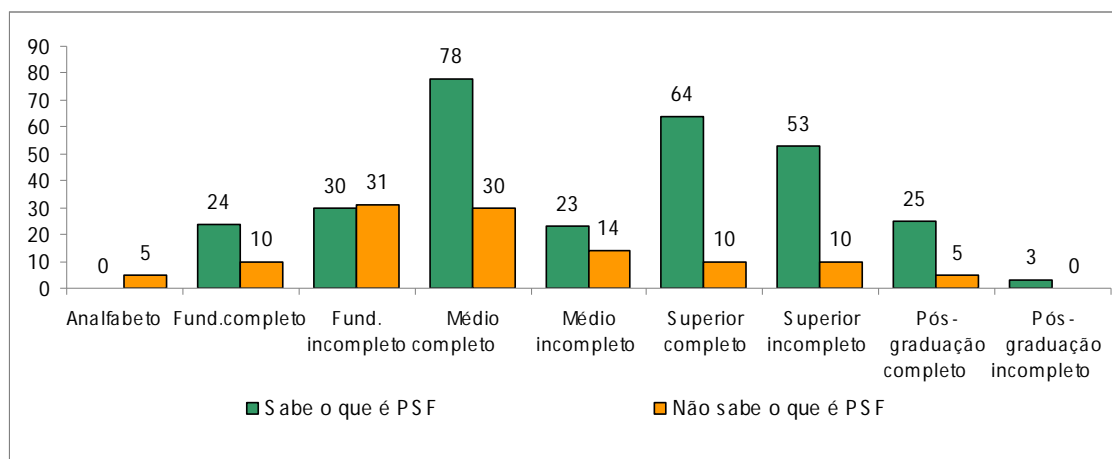


Gráfico 25 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 26 - Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bom Retiro

AÇÃO PSF	Frequência absoluta
A2	53
B2	105
C2	37
D2	187
E2	25
Não Sei	8
Total	415

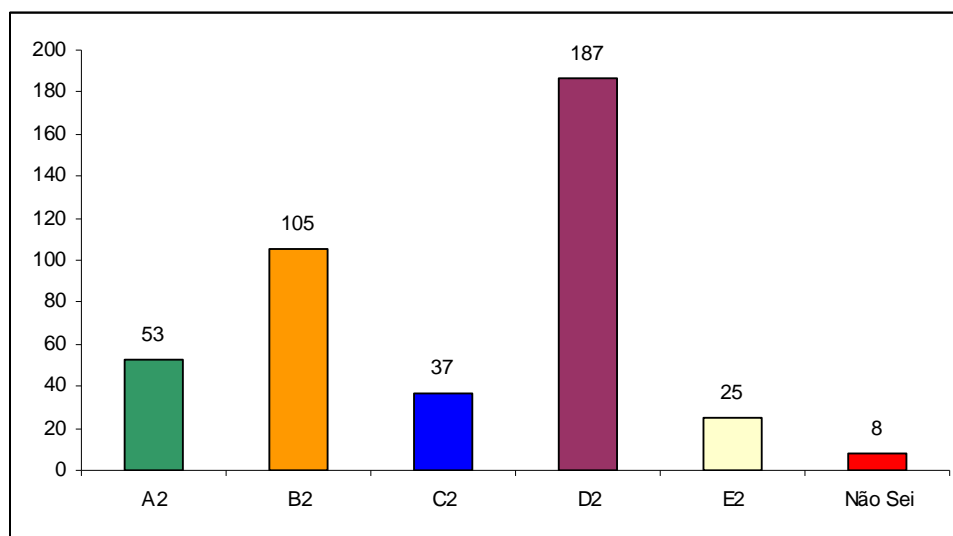
A- Consultas médicas em casa

B- Consultas médicas agendadas

C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos

D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade

E- Atendimento de urgência



A- Consultas médicas em casa B- Consultas médicas agendadas C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade E- Atendimento de urgência

Gráfico 26 - Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bom Retiro

Tabela 27 - Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Bom Retiro

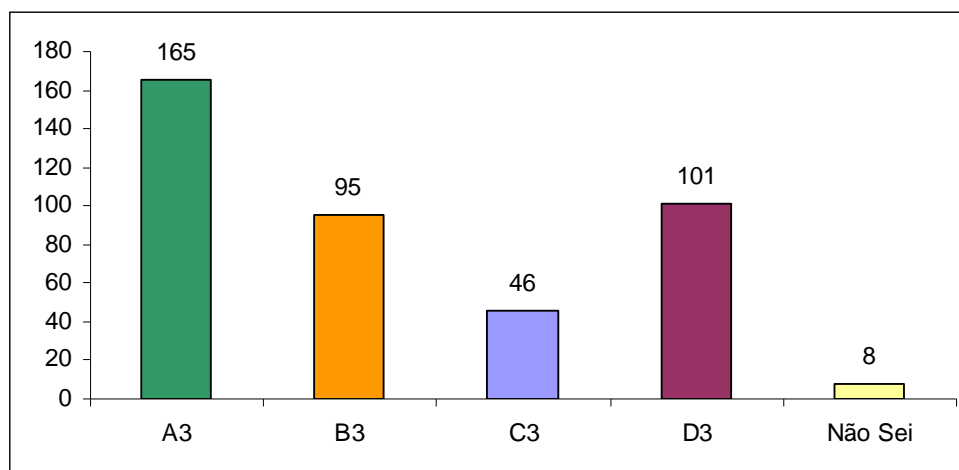
FINALIDADE PSF	Frequência absoluta
A3	165
B3	95
C3	46
D3	101
Não Sei	8
Total	415

A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros

B- Agendar consultas

C- Dar orientações de saúde

D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento



A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros B- Agendar consultas C- Dar orientações de saúde D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento

Gráfico 27 - Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF na Unidade do Bom Retiro

Tabela 28 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Bom Retiro

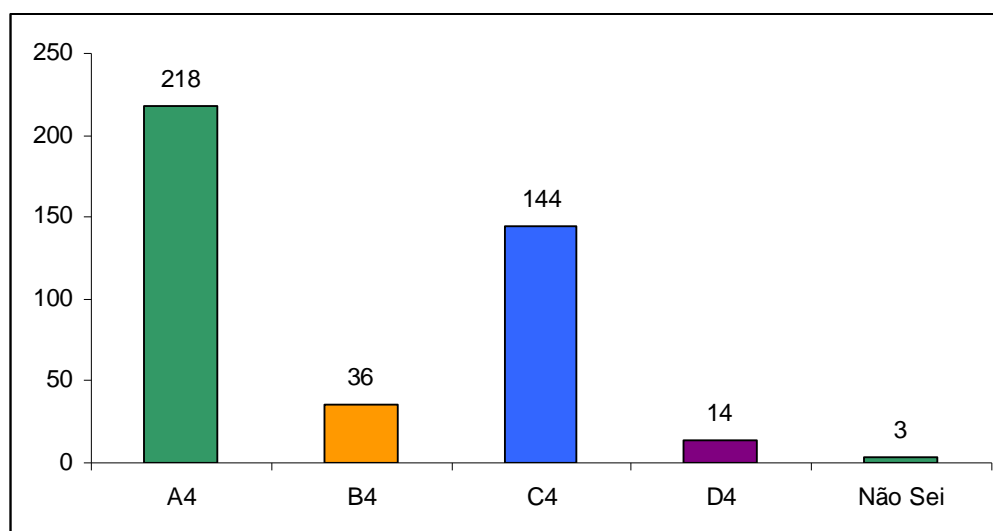
MÉDICO	Frequência absoluta
A4	218
B4	36
C4	144
D4	14
Não Sei	3
Total	415

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Coordenar equipe



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Coordenar equipe

Gráfico 28 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico na Unidade do Bom Retiro

Tabela 29 - Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Bom Retiro

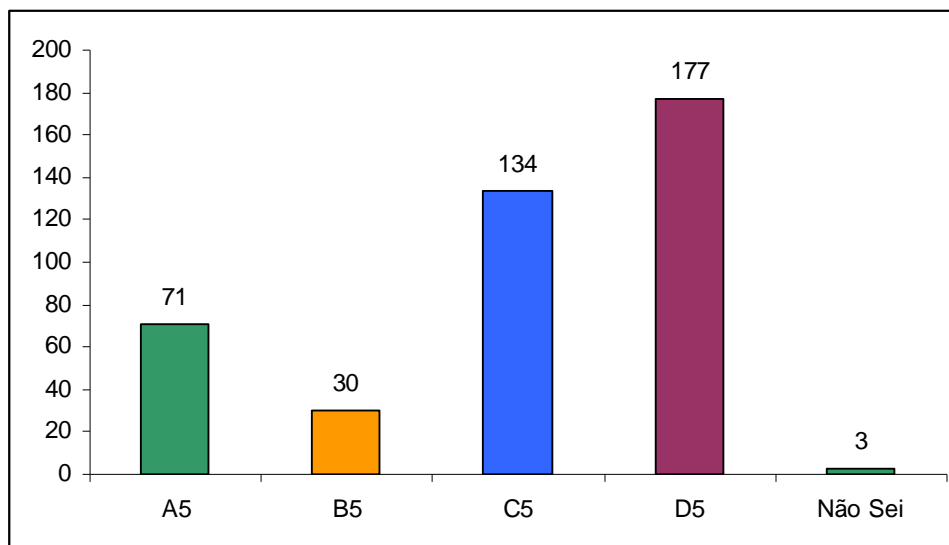
ENFERMEIRO	Frequência absoluta
A5	71
B5	30
C5	134
D5	177
Não Sei	3
Total	415

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender Consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio
C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas

Gráfico 29 - Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel Enfermeiro na Unidade do Bom Retiro

Tabela 30 - Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Bom Retiro

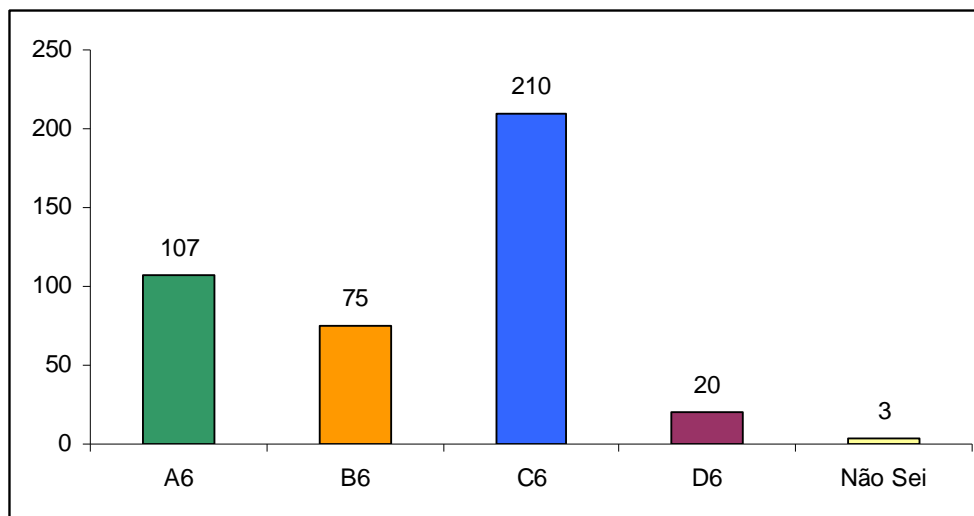
PAPEL ACS	Frequência absoluta
A6	107
B6	75
C6	210
D6	20
Não Sei	3
Total	415

A- Realizar visitas domiciliares

B- Agendar consultas e entregar resultados de exames

C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde

D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem



A- Realizar visitas domiciliares B- Agendar consultas e entregar resultados de exames C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem

Gráfico 30 - Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel ACS no PSF na Unidade do Bom Retiro

Tabela 31 - Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Bom Retiro

EQUIPE	Frequência absoluta
Entende divisão em equipe	265
Não entende divisão em equipe	150
Total	415

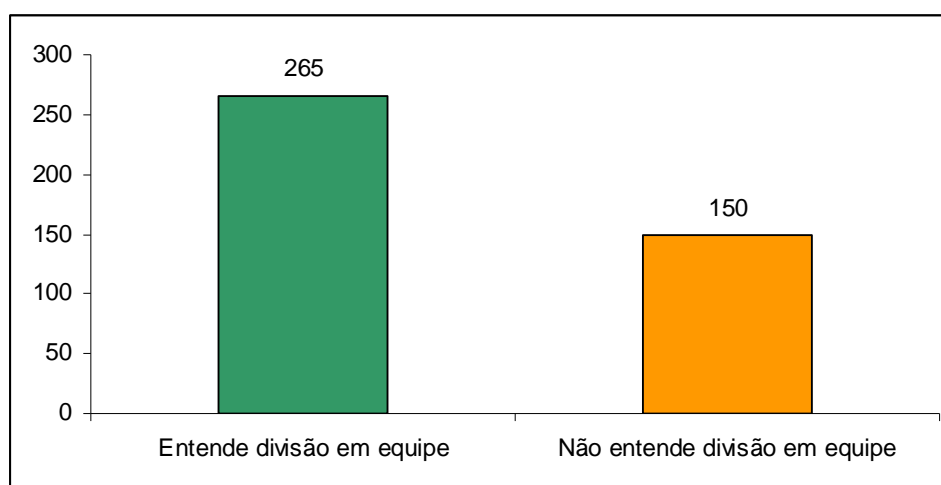


Gráfico 31 - Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe na Unidade do Bom Retiro

Tabela 32 - Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

NIVEIS	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Atenção secundária	31	20	51
Atenção primária	199	72	271
Atenção terciária	16	7	23
Não Sei	54	16	70
Total	300	115	415

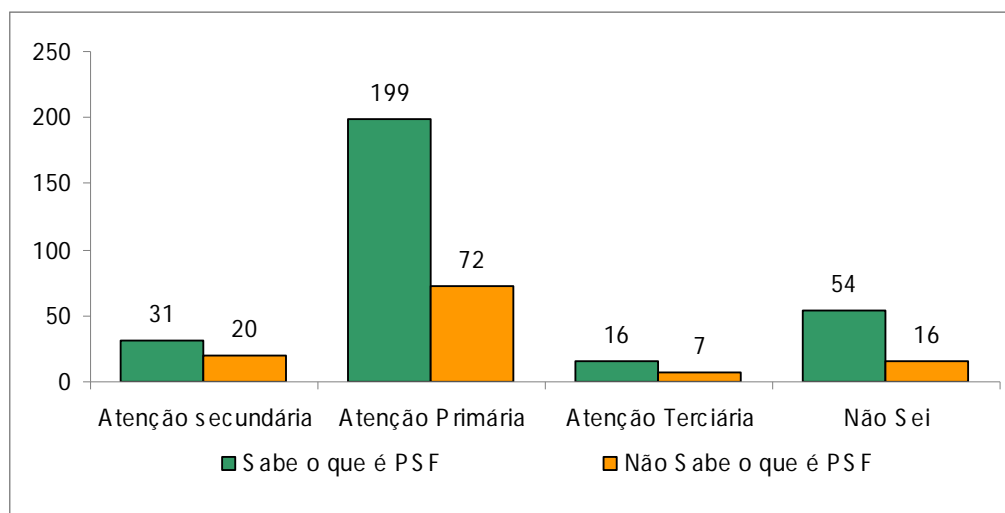


Gráfico 32 - Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação de níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 33 - Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bom Retiro

FLUXO PSF	Frequência absoluta
Sabem sobre fluxo de referência	118
Não sabem sobre fluxo de referência	297
Total	415

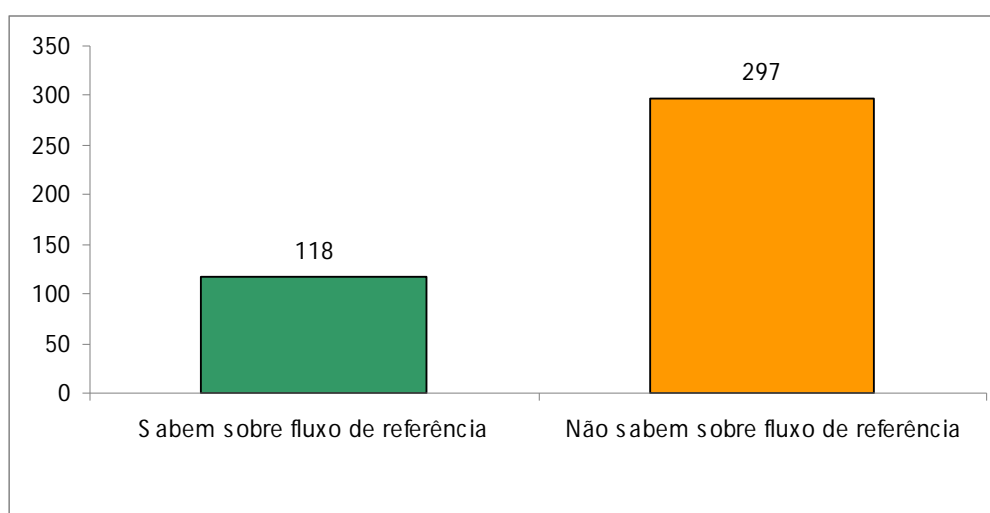
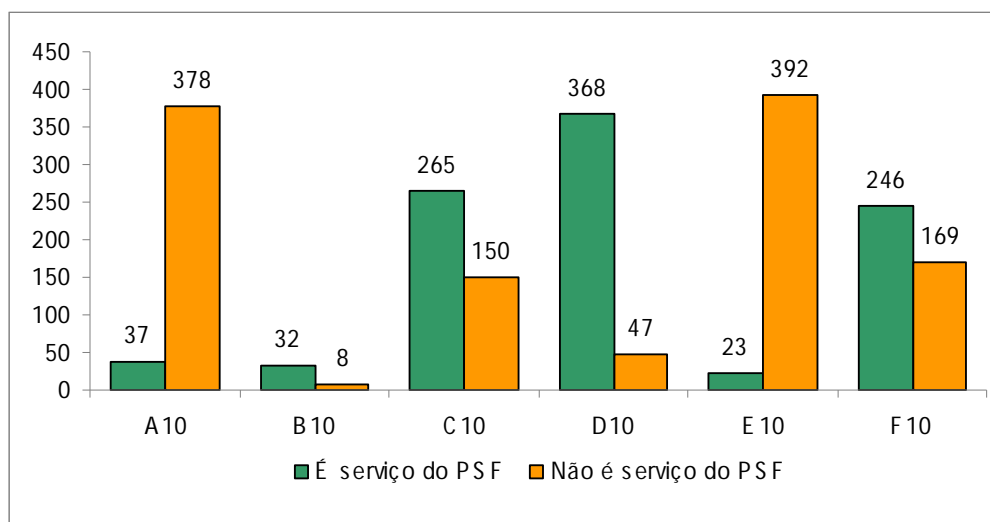


Gráfico 33 - Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bom Retiro

Tabela 34 - Frequência das respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Bom Retiro

SERVIÇOS	É serviço do PSF	Não é serviço do PSF	Total
A10	37	378	415
B10	32	8	415
C10	265	150	415
D10	368	47	415
E10	23	392	415
F10	246	169	415

A- Cirurgias
 B- Internações
 C- Grupos de educação em saúde
 D- Consultas
 E- Parto
 F- Pré-Natal



A- Cirurgias B- Internações C- Grupos de educação em saúde D- Consultas E- Parto F- Pré-Natal

Gráfico 34 - Frequência das respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 35 - Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação vezes USF - conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

VEZES USF	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Não freqüente com regularidade	173	56	229
1 vez	69	23	92
2 a 3 vezes	38	24	62
3 a 5 vezes	4	6	10
Mais de 5 vezes	3	3	6
Grupo operativo	13	3	16
Total	300	115	415

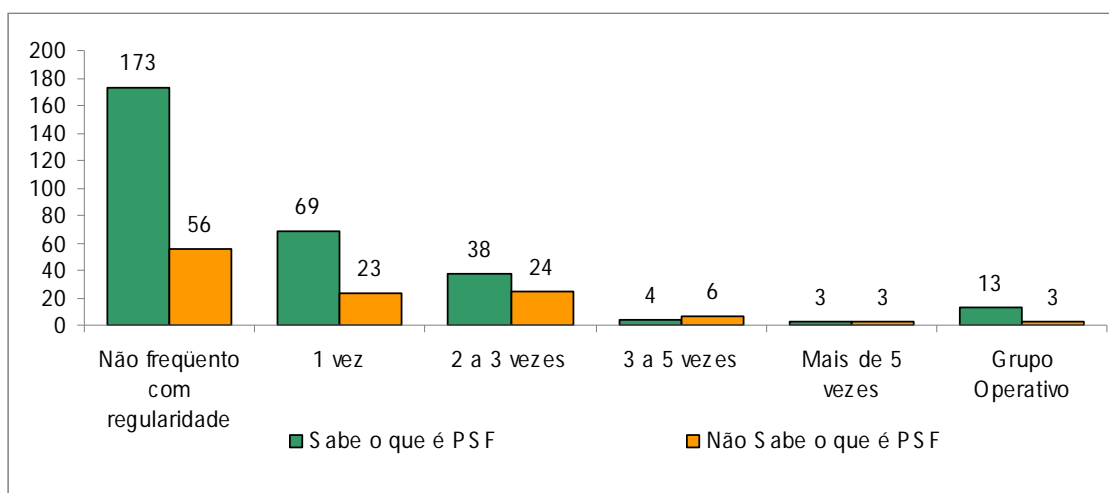


Gráfico 35 - Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação vezes USF - conhecimento PSF, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 36 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Bom Retiro

SERVIÇOS	Teve acesso	Não teve acesso	Total
A12	199	216	415
B12	36	379	415
D12	17	398	415
E12	73	342	415
F12	63	352	415
G12	6	409	415
H12	2	313	415
I12	69	346	415
J12	8	407	415
K12	7	408	415
L12	23	392	415
M12	2	413	415

A- Consultas médicas

B- Consulta de enfermagem

C- Consulta médica e de enfermagem

D- Somente passou pelo acolhimento

E- Medicamentos

F- Exames

G- Encaminhamento para Policlínica

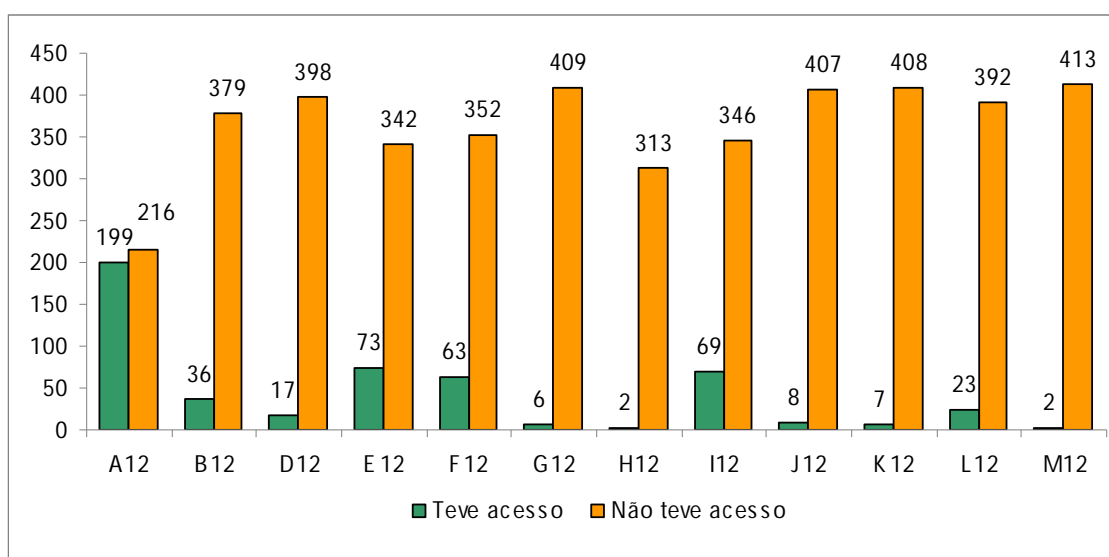
H- Encaminhamento para o Pronto Socorro

I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização

J- Reunião de programas operativos

K- Psicologia

L- Odontologia



A- Consultas médicas B- Consulta de enfermagem C- Consulta médica e de enfermagem D- Somente passou pelo acolhimento E- Medicamentos F- Exames G- Encaminhamento para Policlínica H- Encaminhamento para o Pronto Socorro I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização J- Reunião de programas operativos K- Psicologia L- Odontologia

Gráfico 36 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 37 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bom Retiro

INFORMAÇÕES	Frequência absoluta
Recebe informações	89
Não recebe informações	326
Total	415

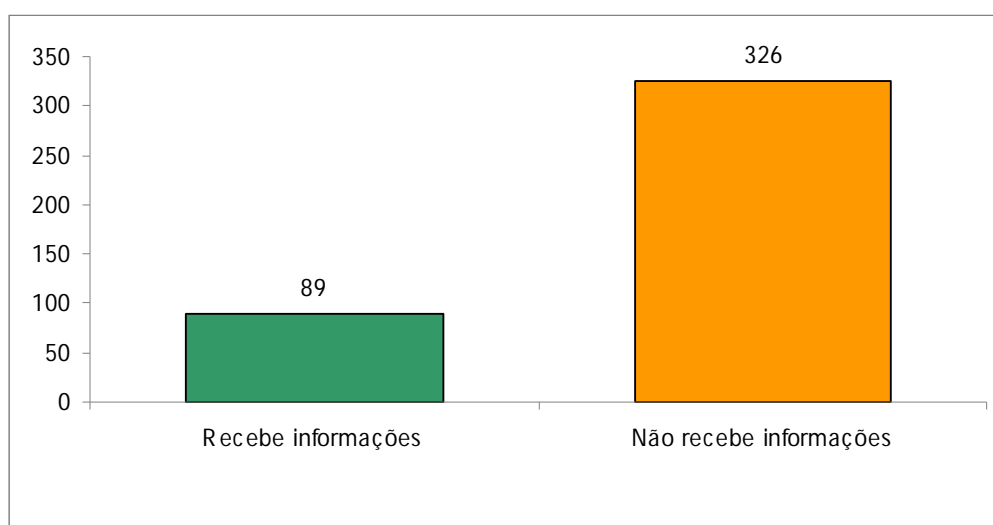


Gráfico 37 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 38 - Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Bom Retiro

REUNIÕES CLS	Frequência absoluta
Participa	24
Não participa	391
Total	415

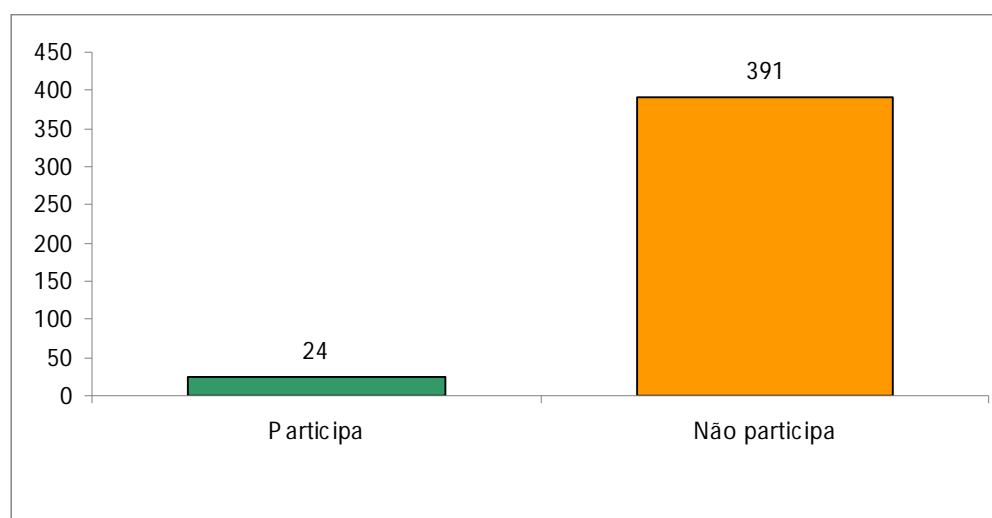
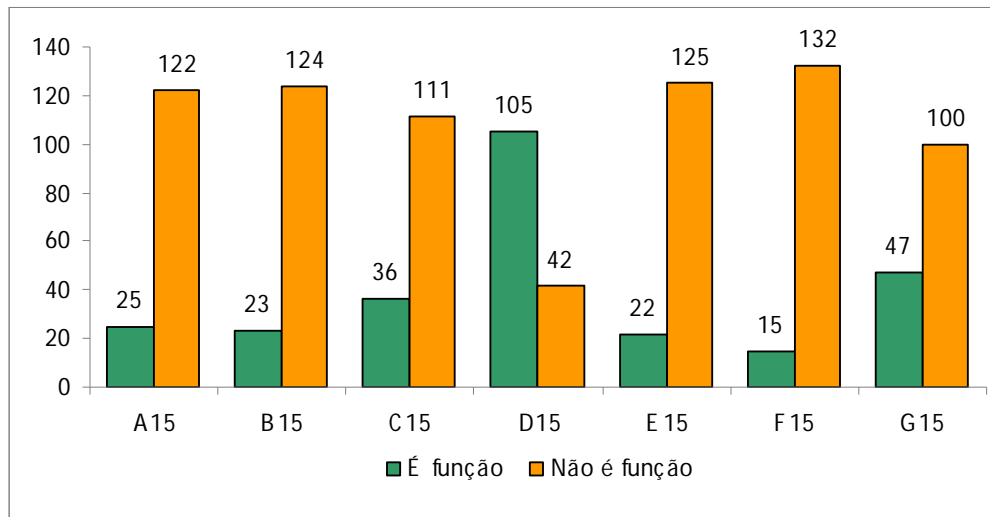


Gráfico 38 – Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas Reuniões da CLS – na Unidade do Bom Retiro

Tabela 39 - Frequência de respostas à Pergunta 15. Funções da CSL, na Unidade do Bom Retiro

COMISSÃO	É função	Não é função	Total
A15	25	122	147
B15	23	124	147
C15	36	111	147
D15	105	42	147
E15	22	125	147
F15	15	132	147
G15	47	100	147

- A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde
 B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade
 C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde
 D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade
 E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade
 F- Ter atendimento prioritário quando necessário
 G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde



A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade
 C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ter atendimento prioritário quando necessário G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde

Gráfico 39 - Frequência de respostas à Pergunta 15. Função da CSL, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 40 - Frequência de respostas à Pergunta 16. Função do CMS, na Unidade do Bom Retiro

CONSELHO	É função	Não é função	Total
A16	14	140	154
B16	19	135	154
C16	42	112	154
D16	81	73	154
E16	61	93	154
F16	10	144	154
G16	8	146	154

A- Realizar o que a Prefeitura determinar

B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade

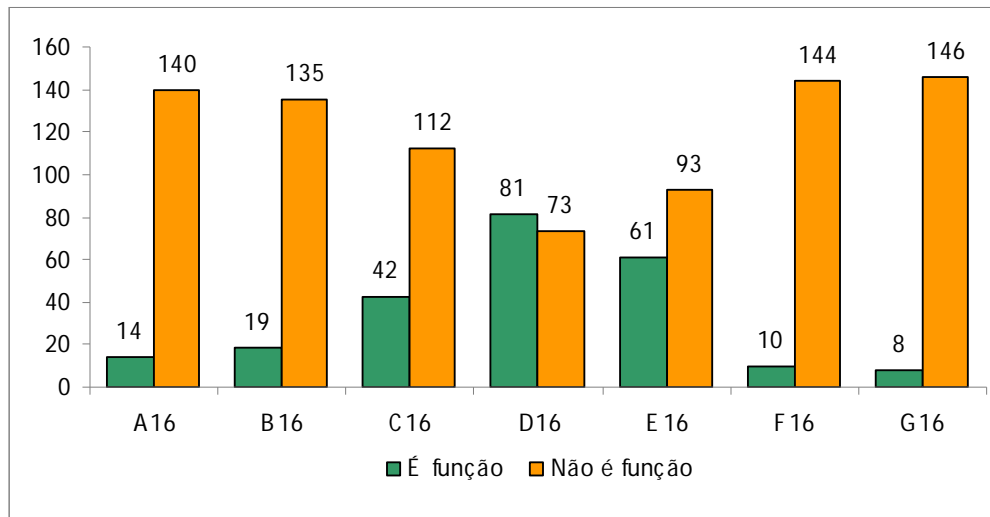
C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde

D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade

E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade

F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro

G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade



A- Realizar o que a Prefeitura determinar B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade

Gráfico 40 - Frequência de respostas à Pergunta 16. Função do CMS, na Unidade do Bom Retiro

Tabela 41 - Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bom Retiro

AVALIAÇÃO PSF	Frequência absoluta
Positivamente	306
Negativamente	19
Regular	4
Não Sabe responder	86
Total	415

(*) Foi considerada pelos entrevistadores a resposta regular, apesar da mesma não se encontrar registrada no formulário.

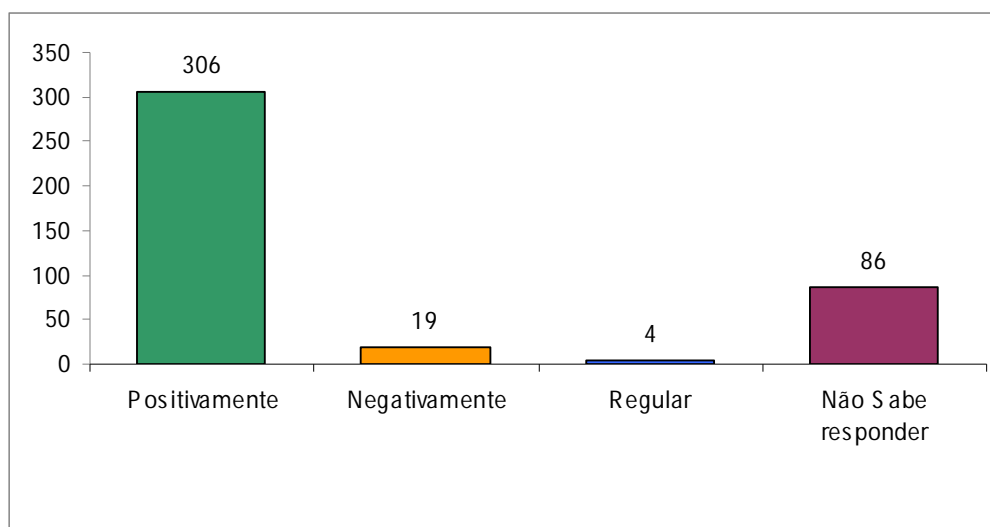


Gráfico 41 – Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bom Retiro

Tabela 42 - Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Bom Retiro

PLANO DE SAÚDE	Frequência absoluta
Sim	258
Não	157
Total	415

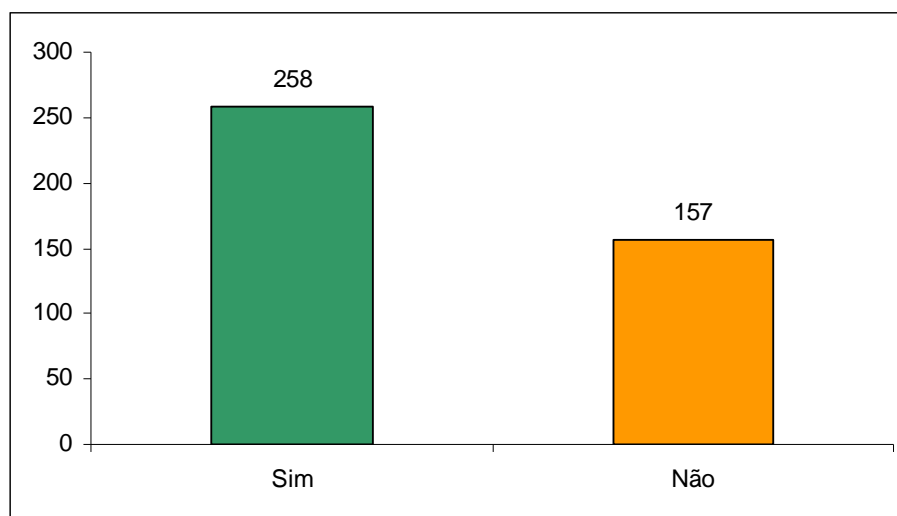


Gráfico 42 – Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Bom Retiro

7.3 ANÁLISE DAS RESPOSTAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO BETHÂNIA

7.3.1 Variável gênero

Foi constatado que do total de 341 pessoas entrevistadas, 251 (73,6%) pessoas eram do gênero feminino, e 90 pessoas (26,4%) do gênero masculino.

7.3.2 Variável idade

Das 341 pessoas entrevistadas, destacamos a faixa etária entre 18 e 30 anos com 122 pessoas (35,8%).

7.3.3 Variável escolaridade

Das 341 pessoas pesquisadas, 139 (40,8%) possuem ensino fundamental incompleto. 13 pessoas (3,8%) são analfabetas, sendo 9 do gênero feminino e 4 do gênero masculino.

7.3.4 Variável renda do grupo familiar

Das 341 pessoas pesquisadas, 154 usuários (45,2%) têm renda entre 2 e 3 salários mínimos.

7.3.5 Análise das respostas do questionário

Pergunta n. 1. Você sabe o que é o Programa Saúde da Família?

Cento e sessenta e três (163) pessoas (47,8%) afirmaram saber o que é PSF, enquanto que, 178 pessoas (52,2%) disseram não saber o que é o Programa Saúde da Família. Foi questionado ainda, como tomou conhecimento do programa: dos 163 pesquisados que afirmaram saber o que é PSF, 91 pessoas (55,8%) afirmam que tomaram conhecimento do programa na própria Unidade de Saúde.

Comparando o conhecimento do programa com a renda do pesquisado, foi constatado que na renda mais baixa, de até 1 salário mínimo (115 pessoas (33,7%) entre 341, estão dentro dessa faixa salarial), 34 pessoas (29,6%) sabem o que é PSF enquanto que 81 pessoas (70,4%) não tem conhecimento do programa. Já na faixa salarial entre 2 e 3 salários mínimos (154 pessoas (45,2%) dentre os 341 pesquisados), 75 pessoas (48,7%) sabem o que é PSF enquanto que 79 (51,3%) não sabem.

Pergunta n. 2. No seu entendimento, qual ação é mais importante no PSF?

Na segunda pergunta foi perguntado aos pesquisados qual das ações listadas eram a mais importante no PSF, 145 pessoas (42,5%) afirmaram ser a alternativa b) Consultas médicas agendadas, como a ação mais importante do PSF.

Pergunta n. 3. Qual a finalidade do acolhimento na sua recepção, quanto procura atendimento no PSF?

Duas (02) pessoas (0,6%) não sabem ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores, 144 pessoas (42,2%), afirmaram ser a alternativa (b) Agendar consultas, como finalidade do acolhimento no PSF.

Pergunta n. 4. Qual o principal papel do médico no PSF?

Três (03) pessoas (0,7%) não sabem ou não responderam ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 235 pessoas (68,9%) afirmaram ser a alternativa (a) Atender consultas agendadas na Unidade de saúde, como o papel mais importante do médico dentro do PSF.

Pergunta n. 5. Qual o principal papel do enfermeiro no PSF?

Cento e setenta pessoas (170) pessoas (49,8%) afirmaram ser a alternativa (d) Orientar os grupos operativos, realizar curativos e aplicar vacinas, como o papel mais importante do enfermeiro dentro do PSF.

Pergunta n. 6. Qual o principal papel do ACS no PSF?

Uma (01) pessoa (0,3%) não soube ou não respondeu ou foi esquecida por um de nossos pesquisadores. 148 pessoas (43,4%) afirmaram ser a alternativa (b) Agendar consultas e entregar resultados de exames, como o papel mais importante do ACS no PSF.

Pergunta n. 7. Você entende que é importante o atendimento no PSF ser dividido em equipes?

Duzentos e quatro (204) pessoas (59,8%) afirmaram saber a importância, enquanto que 137 (40,2%) não souberam responder. Quando foi solicitado aos 204 usuários que sabiam da importância de se dividir em equipe, 195 (95,6%) souberam explicar. Apenas 9 (4,4%) usuários deixaram o campo de explicações em branco. As explicações que mais se repetiram dos 195 que responderam foram: (cálculos aproximados): organizar o serviço – 15 usuários (7,6%); para não tumultuar – 12 usuários (6,1%); facilita o atendimento – 10 usuários (5,1%).

Pergunta n. 8. Em qual dos níveis de assistência à saúde, o PSF está inserido?

Cento e oitenta e três (183) pessoas (53,7%) afirmaram ser a Atenção primária ou básica, 96 pessoas (28,1%) não souberam definir nível de assistência. Quando comparado níveis de assistência e o conhecimento se o usuário sabe ou não o que é PSF, observamos que: dos 183 usuários (53,7%) que afirmaram saber que o nível o PSF está na atenção primária ou básica, 83 pessoas (45,4%) sabem o que é PSF, enquanto que 100 (54,6%) não sabem o que é PSF.

Pergunta n. 9. Você sabe como funcionam os fluxos de referência e contra referência (encaminhamentos e retornos) entre o PSF e os outros níveis da assistência?

Oitenta e dois (82) usuários (24,0%) afirmaram conhecer o funcionamento do fluxo, enquanto que, 259 usuários (76,0%) disseram não saber. Quando foi pedido aos 82 usuários que conhecer o funcionamento do fluxo, 81 (98,8%) souberam explicar. Apenas 01 (1,2%) usuário deixou o campo de explicações em branco.

Dentre os 82 usuários que explicaram como funcionam os fluxos de referência e contra referência, observamos a coerência nas respostas dos usuários. 32 usuários (39,0%)

apresentaram coerência em suas explicações, enquanto que 50 usuários (61,0%) não tinham coerência em sua resposta.

Pergunta n. 10. Dos serviços listados, quais são realizados pelo PSF?

Nesta pergunta, observamos que dos 341 usuários que responderam, classificamos as respostas em “é um serviço do PSF” e “não é um serviço do PSF”:

Serviços	É um serviço do PSF		Não é um serviço do PSF	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Cirurgia	14	4,1%	327	95,9%
Internações	28	8,2%	313	91,8%
Grupos de Educação em Saúde	206	60,4%	135	39,6%
Consultas	333	97,6%	8	2,4%
Parto	26	7,6%	315	92,4%
Pré-natal	265	77,7%	76	22,3%

Pergunta n. 11. Quantas vezes você procurou a Unidade de saúde no último mês?

Cento e três (103) usuários (30,2%) freqüentam 1 vez a unidade de saúde.

Pergunta n. 12. Qual (is) o (s) serviço (s) você teve acesso da ultima vez que procurou a Unidade de Saúde?

Nesta pergunta foi apresentada uma série de serviços e procedimentos de saúde, onde foi questionado ao usuário, se ele havia utilizado algum (ns) na última vez em que procurou a unidade de saúde. Dos 341 usuários, 11 pessoas (3,2%) afirmam fazer parte de algum grupo operativo. Foi pedido para especificar a que grupo pertencia, observamos: 7 usuários (63,6%) fazem parte do grupo de hipertensão arterial, outros grupos como: diabetes e pré-natal também foram citados.

Os serviços foram lembrados por:

Consultas médicas	229 usuários	67,1%
Consultas de enfermagem	45 usuários	13,2%
Somente passou pelo acolhimento	11 usuários	3,2%
Medicamentos	133 usuários	39%
Exames	78 usuários	22,9%
Encaminhamento para policlínica	11 usuários	3,2%
Encaminhamento para o pronto Socorro	3 usuários	0,9%
Sala de Vacina, curativo e nebulização	23 usuários	6,7%
Reunião de programas operativos	3 usuários	0,9%
Psicologia	1 usuário	0,3%
Odontologia	25 usuários	7,3%
Serviço Social	1 usuário	0,3%

Pergunta n. 13. Você continua recebendo informações sobre como o PSF funciona?

Sessenta e seis (66) usuários (19,3%) afirmaram continuar a receber algum tipo de informação. Dos 66 usuários que recebem algum tipo de informação, foi perguntado como eles a recebem e 19 usuários (30,6%) afirmam receber essa informação pelos agentes comunitários de saúde.

Pergunta n. 14. Você participa ativamente das reuniões da Comissão Local de Saúde?

Nesta pergunta foi pedido ao usuário para responder se participa ou não das reuniões da comissão local de saúde. 332 usuários (97,4%) afirmaram não participar das reuniões da comissão local de saúde. Dos 9 usuários (2,6%) que responderam participar da comissão, foi perguntado com que frequência ele participa das reuniões, onde 4 usuários (44,4%) relataram participar mensalmente.

Pergunta n. 15. Quais as funções da Comissão Local de Saúde?

Duzentos e oitenta e oito (288) usuários (84,4%) não sabem quais são as funções da comissão local de saúde enquanto que 53 usuários (15,6%) afirmam saber quais são as funções da comissão. Dos 53 usuários que afirmam saber quais são as funções, a função mais lembrada entre eles foi: lutar para ter mais médico e remédios nas unidades, por 39 usuários (37,1%).

Pergunta n. 16. Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde?

Trezentos e oito (308) usuários (90,3%) não sabem quais são as funções do conselho municipal de saúde enquanto que 33 usuários (9,7%) afirmaram saber quais são as funções do conselho. Dos 33 usuários que afirmam saber quais são as funções, a função mais lembrada entre eles foi: apresentar, analisar e propor propostas para saúde da cidade, por 15 usuários (45,4%).

Pergunta n. 17. Como você avalia o PSF?

Duzentos e cinquenta e seis (256) usuários (75,1%) avaliam positivamente, enquanto que 34 (10,0%) avaliam negativamente.

Pergunta n. 18. Você possui plano de saúde?

Sessenta e oito (68) usuários (19,9%) possuem algum plano de saúde, enquanto que 273 (80,1%) não possuem plano de saúde.

7.3.6 Apresentação das tabelas e gráficos

Tabela 43 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

IDADE	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Entre 18 e 30 anos	63	59	122
Entre 31 e 40 anos	35	42	77
Entre 41 e 50 anos	30	35	65
Entre 51 e 60 anos	26	23	49
Acima de 60 anos	9	19	28
Menos de 18 anos	0	0	0
Total	163	178	341

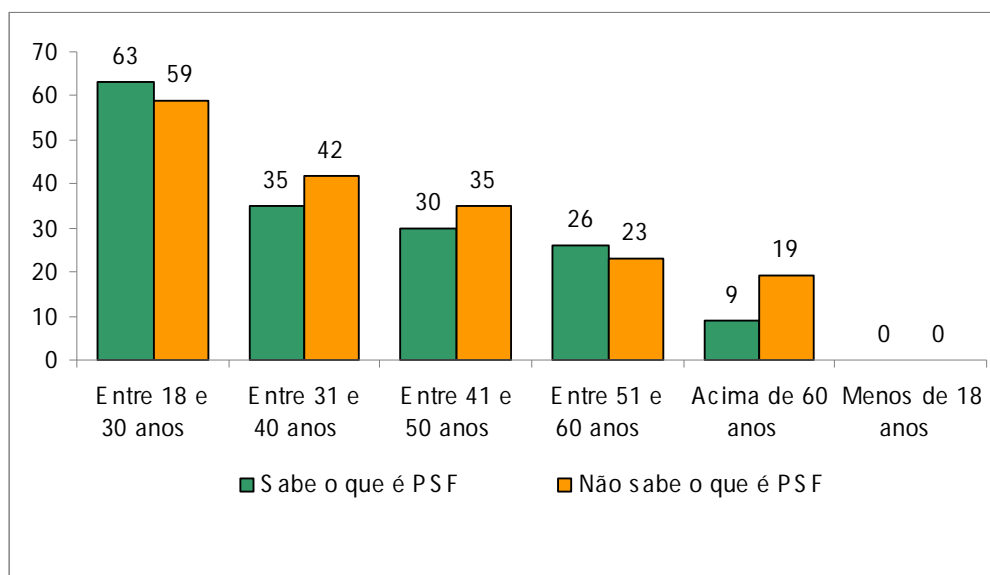


Gráfico 43 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação idade-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 44 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Comparativo renda-conhecimento do PSF na Unidade do Bethânia

RENDA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Até 1 salário mínimo	34	81	115
Entre 2 e 3 salários	75	79	154
Entre 4 e 5 salários	30	12	42
Entre 5 e 6 salários	14	4	18
Entre 7 e 10 salários	6	1	7
Acima de 10 salários	4	1	5
Total	163	178	341

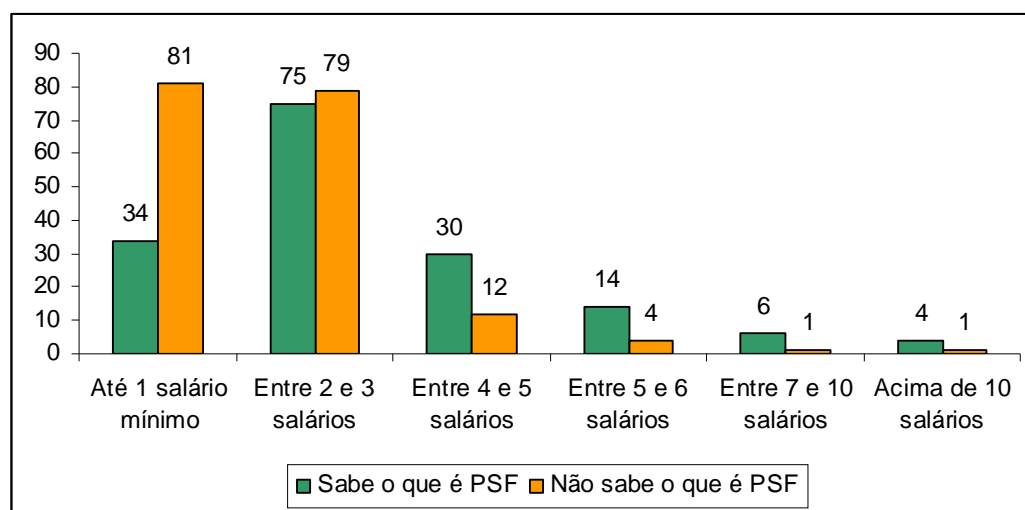


Gráfico 44 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação renda-conhecimento do PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 45 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

GÊNERO	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Masculino	45	45	90
Feminino	118	133	251
Total	163	178	341

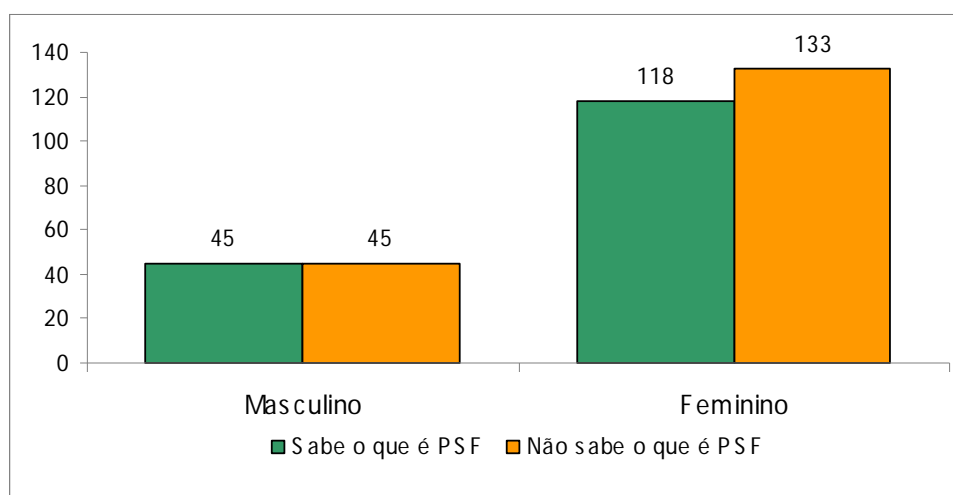


Gráfico 45 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação gênero-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 46 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

ESCOLA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Analfabeto	2	11	13
Fundamental completo	30	16	46
Fundamental incompleto	50	89	139
Médio completo	40	43	83
Médio incompleto	16	15	31
Superior completo	6	3	9
Superior incompleto	19	1	20
Pós-graduação completo	0	0	0
Pós-graduação incompleto	0	0	0
Total	163	178	341

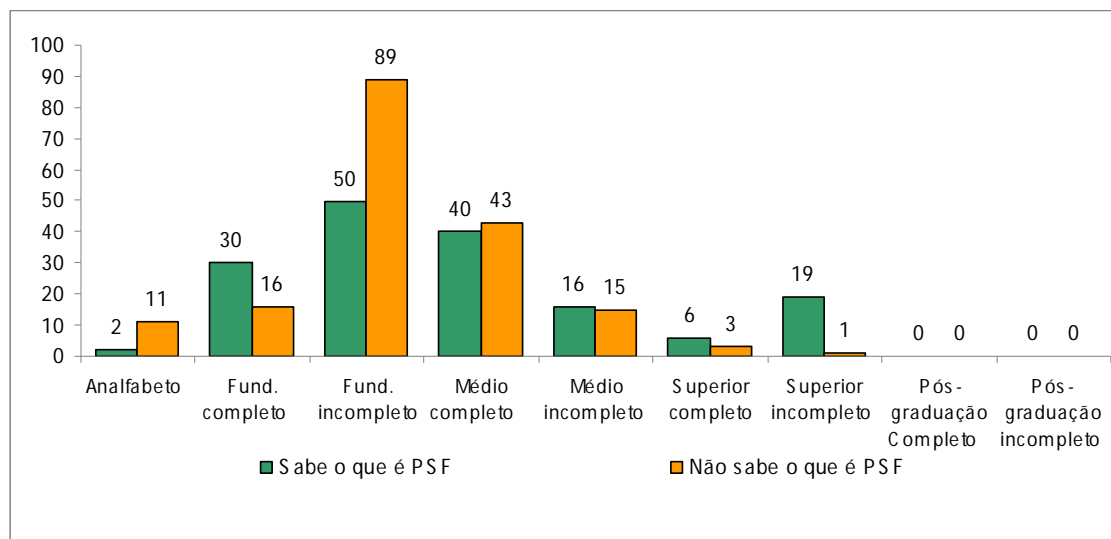


Gráfico 46 - Frequência de respostas à Pergunta 1. Correlação escolaridade-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 47 - Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bethânia

AÇÃO PSF	Frequência absoluta
A2	44
B2	145
C2	43
D2	43
E2	66
Não Sei	0
Total	341

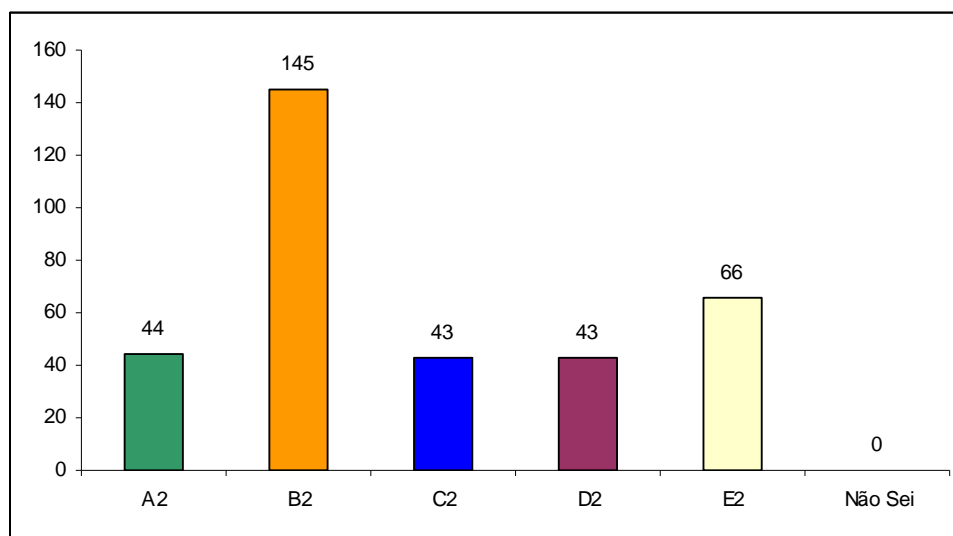
A- Consultas médicas em casa

B- Consultas médicas agendadas

C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos

D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade

E- Atendimento de urgência



A- Consultas médicas em casa B- Consultas médicas agendadas C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade E- Atendimento de urgência

Gráfico 47 - Frequência de respostas à Pergunta 2. Ação mais importante no PSF na Unidade do Bethânia

Tabela 48 - Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, na Unidade do Bethânia

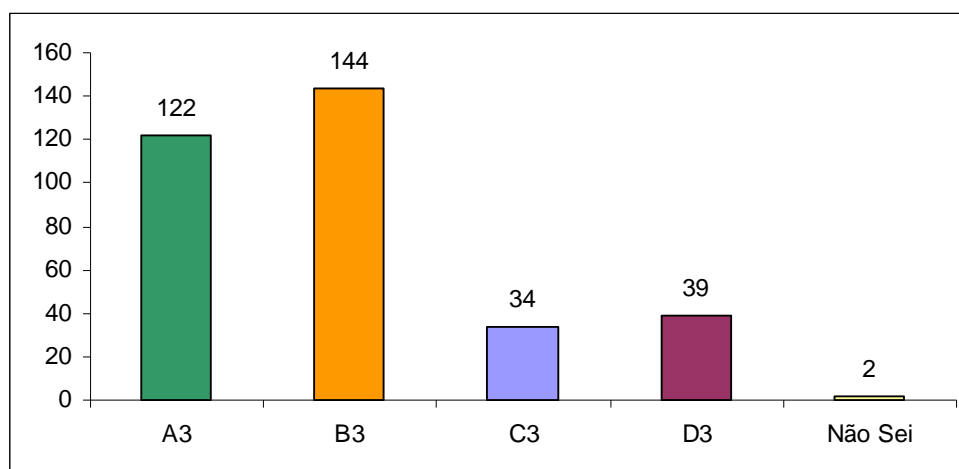
FINALIDADE PSF	Frequência absoluta
A3	122
B3	144
C3	34
D3	39
Não Sei	2
Total	341

A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros

B- Agendar consultas

C- Dar orientações de saúde

D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento



A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros B- Agendar consultas C- Dar orientações de saúde D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento

Gráfico 48 - Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF na Unidade do Bethânia

Tabela 49 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, na Unidade do Bethânia

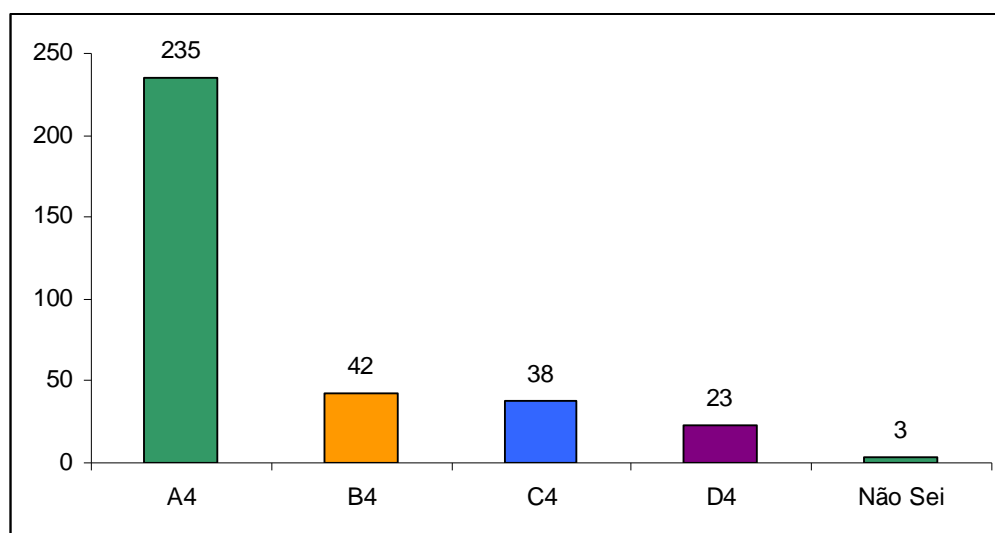
MÉDICO	Frequência absoluta
A4	235
B4	42
C4	38
D4	23
Não Sei	3
Total	341

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Coordenar equipe



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Coordenar equipe

Gráfico 49 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico na Unidade do Bethânia

Tabela 50 - Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, na Unidade do Bethânia

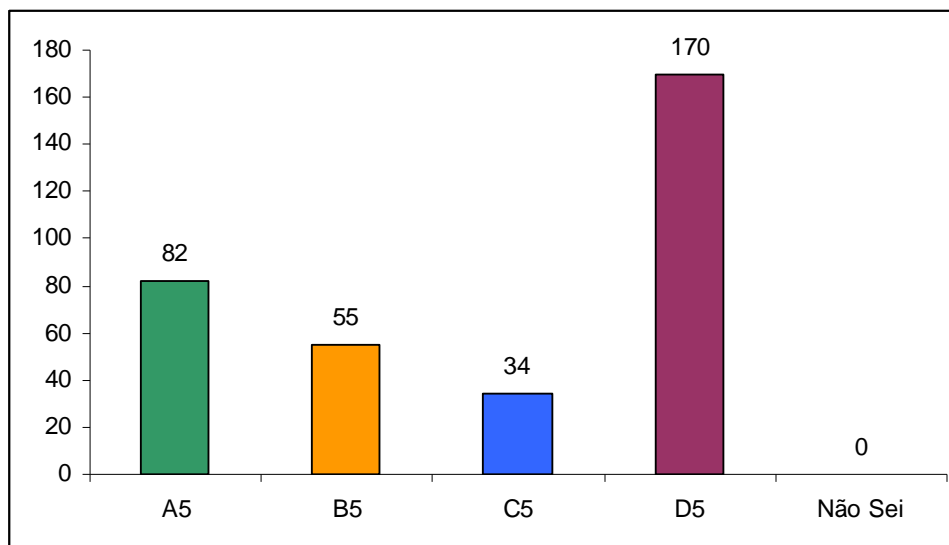
ENFERMEIRO	Frequência absoluta
A5	82
B5	55
C5	34
D5	170
Não Sei	0
Total	341

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender Consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio
C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas

Gráfico 50 - Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel Enfermeiro na Unidade do Bethânia

Tabela 51 - Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, na Unidade do Bethânia

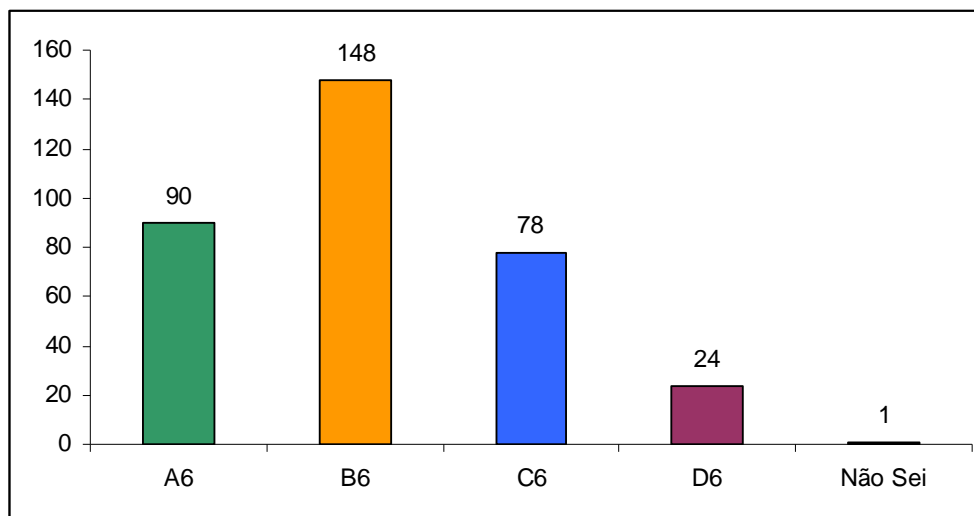
PAPEL ACS	Frequência absoluta
A6	90
B6	148
C6	78
D6	24
Não Sei	1
Total	341

A- Realizar visitas domiciliares

B- Agendar consultas e entregar resultados de exames

C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde

D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem



A- Realizar visitas domiciliares B- Agendar consultas e entregar resultados de exames C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem

Gráfico 51 - Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel ACS no PSF na Unidade do Bethânia

Tabela 52 - Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe, na Unidade do Bethânia

EQUIPE	Frequência absoluta
Entende divisão em equipe	204
Não entende divisão em equipe	137
Total	341

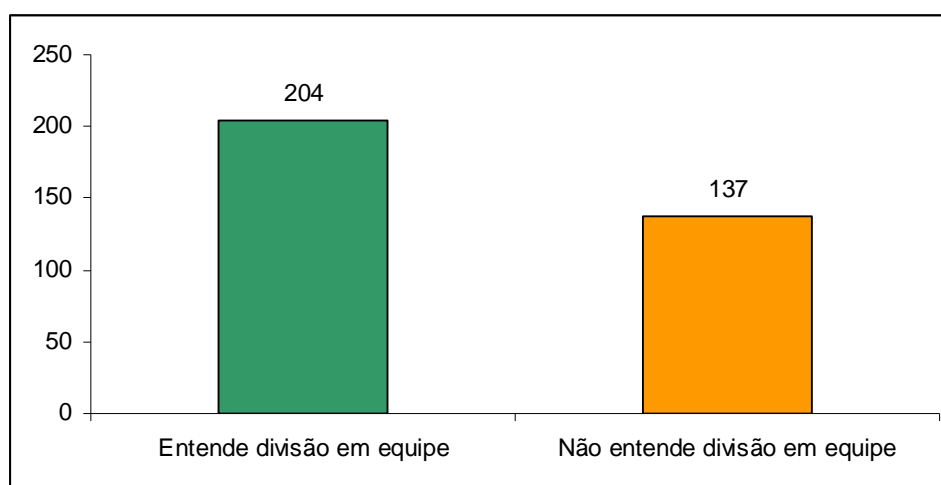


Gráfico 52 - Frequência das respostas à Pergunta 7. Entende divisão de equipe na Unidade do Bethânia

Tabela 53 - Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

NIVEIS	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Atenção secundária	14	18	32
Atenção primária	83	100	183
Atenção terciária	7	23	30
Não Sei	59	37	96
Total	163	178	341

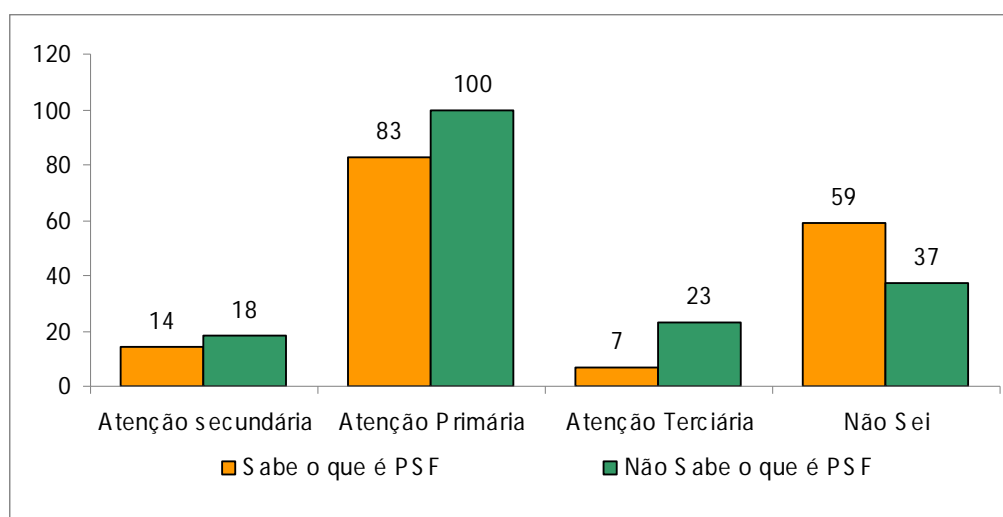


Gráfico 53 - Frequência de respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência-conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 54 - Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bethânia

FLUXO PSF	Frequência absoluta
Sabem sobre fluxo de referência	82
Não sabem sobre fluxo de referência	259
Total	341

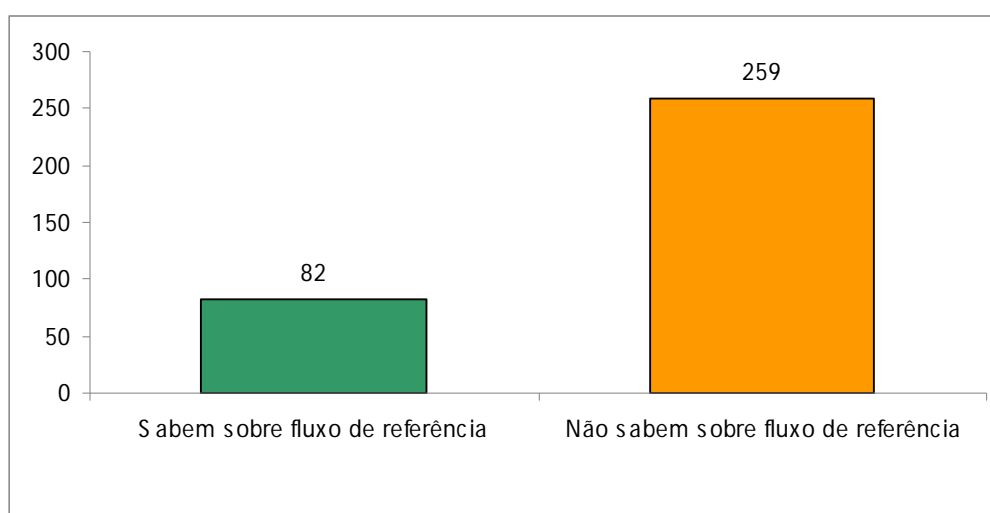
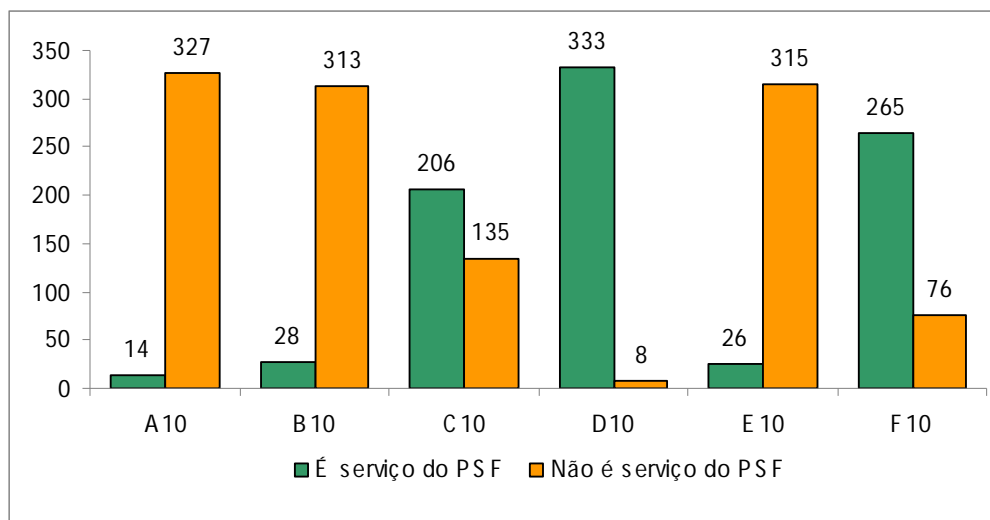


Gráfico 54 - Frequência de respostas à Pergunta 9. Fluxo de Referência no PSF na Unidade do Bethânia

Tabela 55 - Frequência de respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Bethânia

SERVIÇOS	É serviço do PSF	Não é serviço do PSF	Total
A10	14	327	341
B10	28	313	341
C10	206	135	341
D10	333	8	341
E10	26	315	341
F10	265	76	341

A- Cirurgias
 B- Internações
 C- Grupos de educação em saúde
 D- Consultas
 E- Parto
 F- Pré-Natal



A- Cirurgias B- Internações C- Grupos de educação em saúde D- Consultas E- Parto F- Pré-Natal

Gráfico 55 - Frequência de respostas à Pergunta 10. Variável serviços, na Unidade do Bethânia

Tabela 56 - Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação entre vezes USF - conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

VEZES UBS	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Não freqüente com regularidade	48	41	89
1 vez	51	52	103
2 a 3 vezes	43	52	95
3 a 5 vezes	9	12	21
Mais de 5 vezes	7	15	22
Grupo operativo	5	6	11
Total	163	178	341

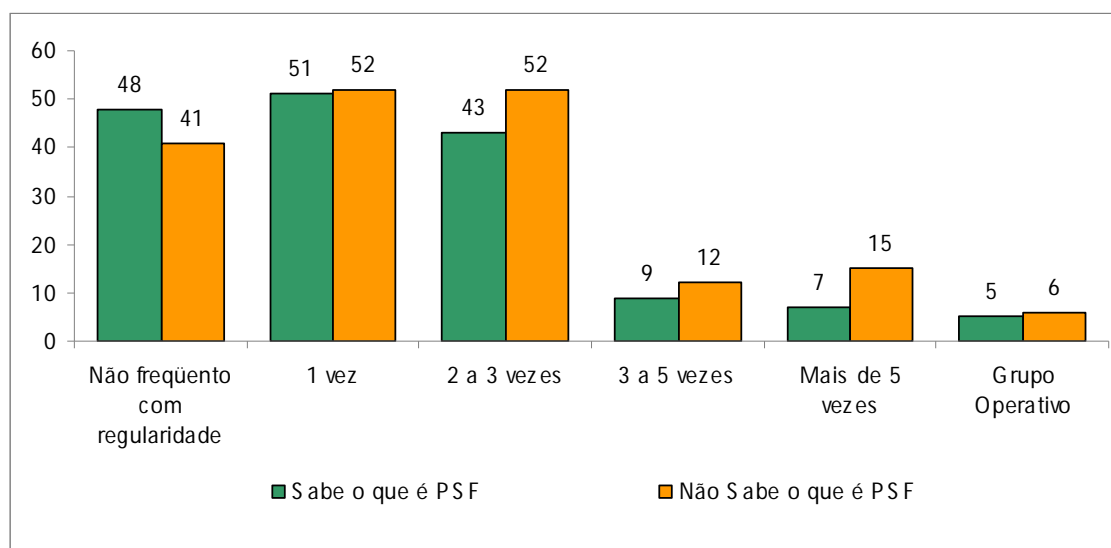


Gráfico 56 - Frequência de respostas à Pergunta 11. Correlação entre vezes USF - conhecimento PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 57 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Bethânia

SERVIÇOS	Teve acesso	Não teve acesso	Total
A12	229	112	341
B12	45	296	341
D12	11	330	341
E12	133	208	341
F12	78	263	341
G12	11	330	341
H12	3	338	341
I12	23	318	341
J12	3	338	341
K12	1	340	341
L12	25	316	341
M12	1	340	341

A- Consultas médicas

B- Consulta de enfermagem

C- Consulta médica e de enfermagem

D- Somente passou pelo acolhimento

E- Medicamentos

F- Exames

G- Encaminhamento para Policlínica

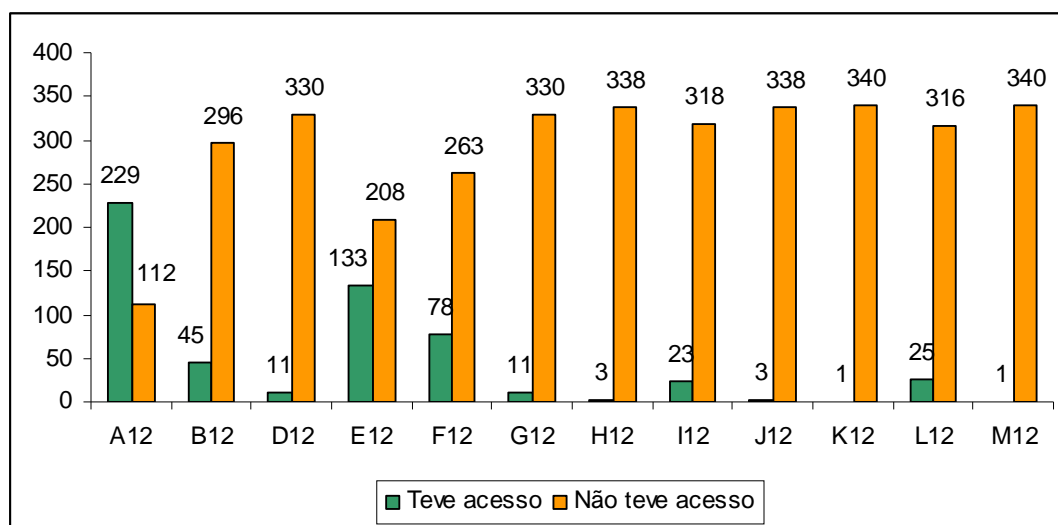
H- Encaminhamento para o Pronto Socorro

I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização

J- Reunião de programas operativos

K- Psicologia

L- Odontologia



A- Consultas médicas B- Consulta de enfermagem C- Consulta médica e de enfermagem D- Somente passou pelo acolhimento E- Medicamentos F- Exames G- Encaminhamento para Policlínica H- Encaminhamento para o Pronto Socorro I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização J- Reunião de programas operativos K- Psicologia L- Odontologia

Gráfico 57 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 58 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Ainda recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bethânia

INFORMAÇÕES	Frequência absoluta
Recebe informações	66
Não recebe informações	275
Total	341

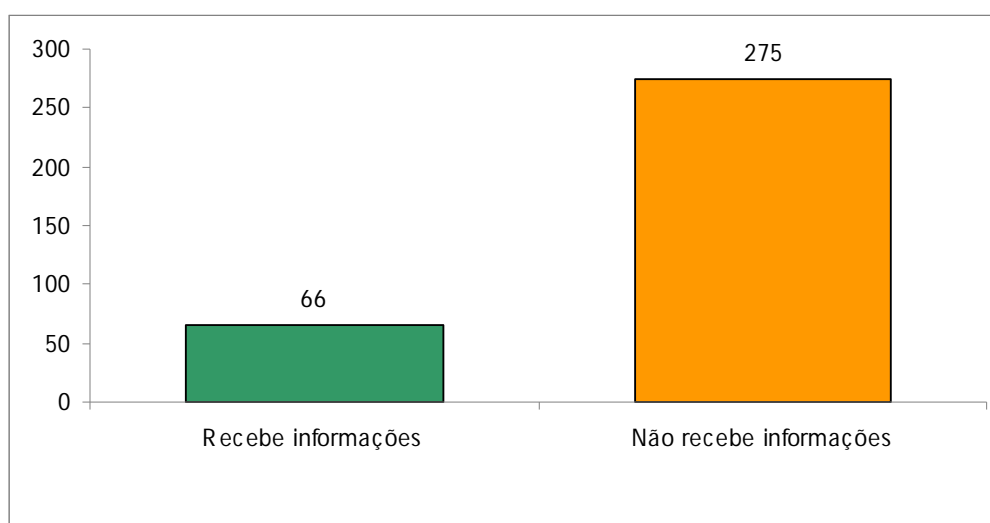


Gráfico 58 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Ainda recebe informações sobre PSF, na Unidade do Bethânia

Tabela 59 - Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - na Unidade do Bethânia

REUNIÕES CLS	Frequência absoluta
Participa	9
Não participa	332
Total	341

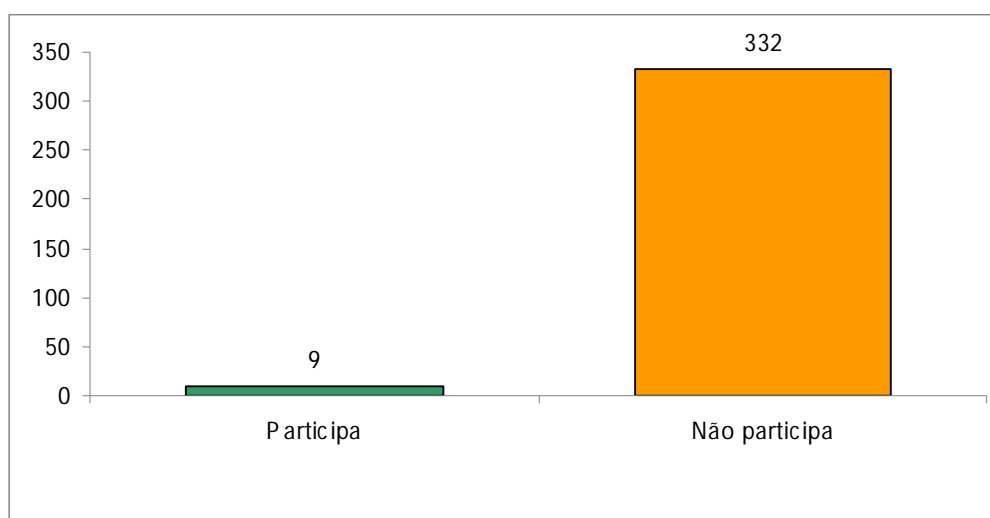


Gráfico 59 – Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas Reuniões da CLS – na Unidade do Bethânia

Tabela 60 - Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, na Unidade do Bethânia

COMISSÃO	É função	Não é função	Total
A15	6	47	53
B15	39	14	53
C15	9	44	53
D15	15	38	53
E15	8	45	53
F15	6	47	53
G15	12	41	53

A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde

B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade

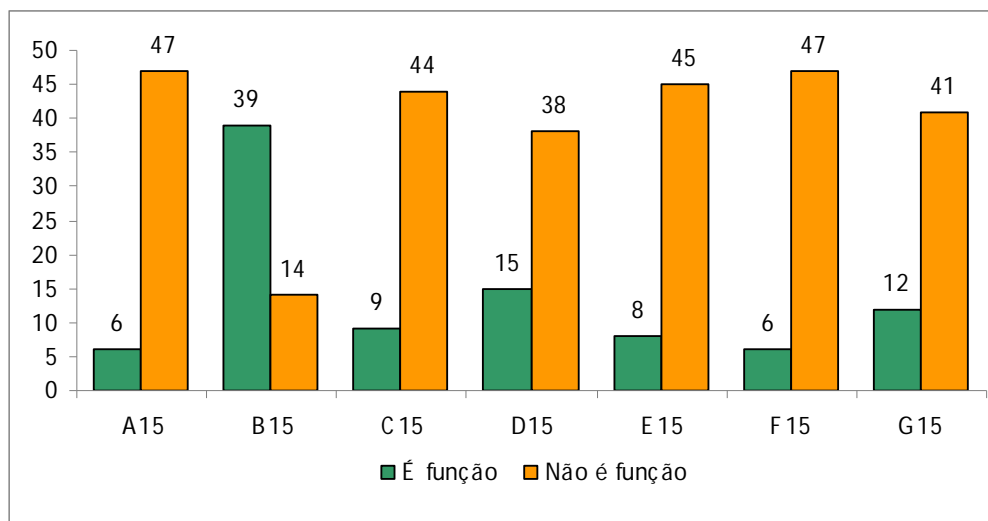
C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde

D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade

E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade

F- Ter atendimento prioritário quando necessário

G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde



A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ter atendimento prioritário quando necessário G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde

Gráfico 60 - Frequência de respostas à Pergunta 15. CSL, na Unidade do Bethânia

Tabela 61 - Frequência de respostas à Pergunta 16. Função da CS, na Unidade do Bethânia

CONSELHO	É função	Não é função	Total
A16	3	30	33
B16	8	25	33
C16	7	26	33
D16	15	18	33
E16	7	26	33
F16	4	29	33
G16	2	31	33

A- Realizar o que a Prefeitura determinar

B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade

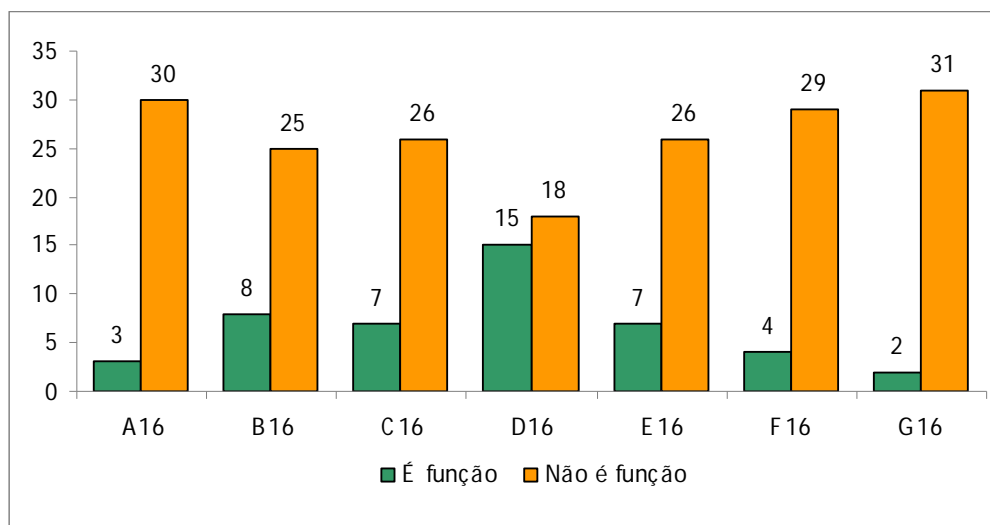
C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde

D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade

E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade

F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro

G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade



A- Realizar o que a Prefeitura determinar B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade

Gráfico 61 - Frequência de respostas à Pergunta 16. Função da CS, na Unidade do Bethânia

Tabela 62 - Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bethânia

AVALIAÇÃO PSF	Frequência absoluta
Positivamente	256
Negativamente	34
Regular	7
Não Sabe responder	44
Total	341

(*) Foi considerada pelos entrevistadores a resposta regular, apesar da mesma não se encontrar registrada no formulário.

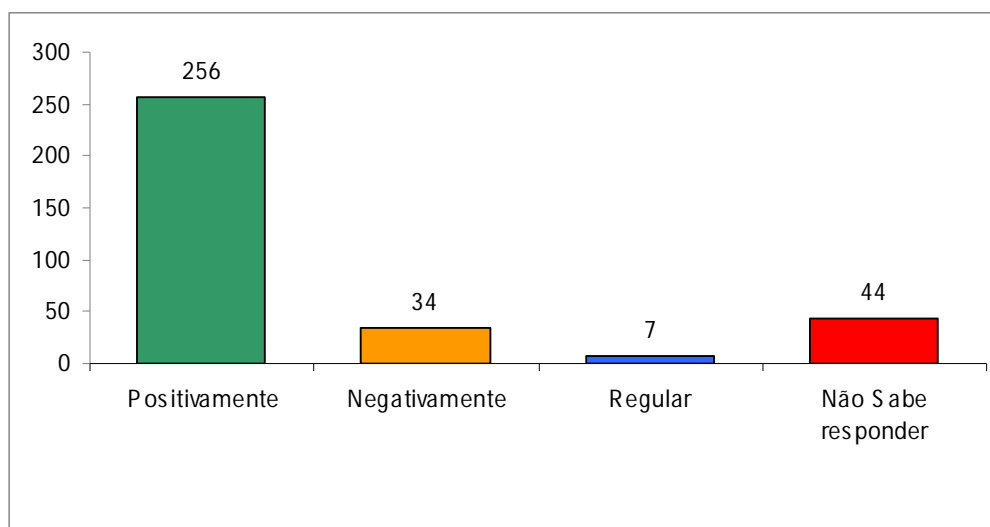


Gráfico 62 – Frequência de respostas à Pergunta 17. Avaliação do PSF na Unidade do Bethânia

Tabela 63 – Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Bethânia

PLANO DE SAÚDE	Frequência absoluta
Sim	68
Não	273
Total	341

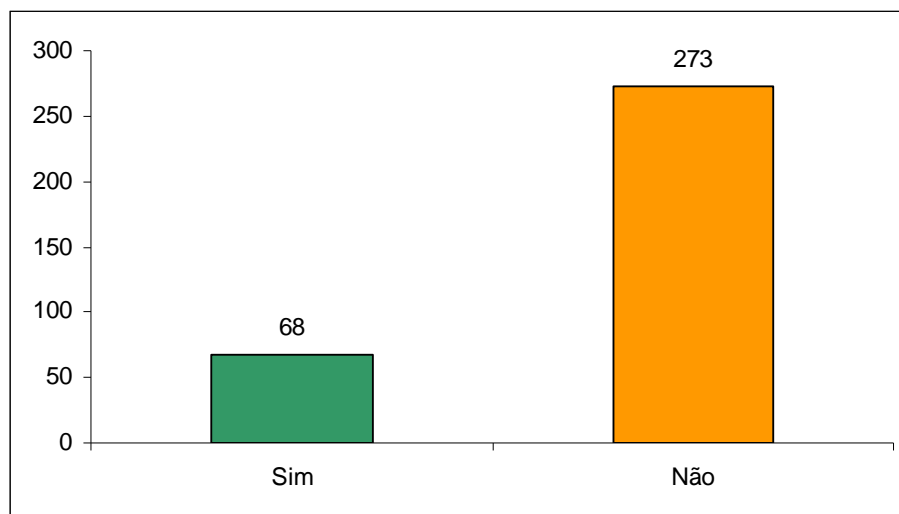


Gráfico 63 – Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - na Unidade do Bethânia

7.3.7 Análise qualitativa das tabelas e gráficos

Os usuários entrevistados representam um grupo cuja maioria é composta de mulheres, na faixa etária entre 31 e 40 anos de idade. Nesse grupo a renda varia entre 4 e 5 salários (maior frequência), e a minoria é composta de usuários com faixa de renda acima de dez salários mínimos.

Os sujeitos pesquisados do gênero masculino se equiparam aos do gênero feminino apenas nos entrevistados acima dos 60 anos.

Em relação ao nível de escolaridade os entrevistados se distribuem desigualmente. O maior grupo de sujeitos apresenta escolaridade média completa (maioria de mulheres), e o menor grupo é composto de sujeitos que possuem curso superior completo com pós-graduação. Não se encontrou nenhum analfabeto.

Cinquenta e quatro (54%) dos entrevistados referem saber o que é a Estratégia Saúde Família, e 48,1% souberam do PSF na própria Unidade de Saúde. Correlacionando a idade dos entrevistados com o conhecimento do PSF, encontramos que no grupo de sujeitos entre 31 e 40 anos de idade a proporção é quase a mesma para o fator conhecimento do PSF.

No conjunto de sujeitos com o nível de escolaridade médio completo apenas 20% dos sujeitos referem saber o que é o PSF, enquanto 12% afirmam não saber do que se trata.

Em relação às ações do PSF a mais importante para os sujeitos entrevistados (cerca de 40%) é a consulta médica agendada. Para 58% dos sujeitos, entretanto, essa percepção não se confirmou.

Pode-se observar o entendimento dos sujeitos entrevistados em relação ao acolhimento na recepção da Unidade de Saúde. Para metade dos usuários (50%) a finalidade

do acolhimento significa realizar a triagem para os atendimentos médicos e de enfermagem (variável A3).

O papel do médico no PSF é percebido como sendo o de atender consultas agendadas na Unidade de Saúde (variável A4) para a maioria dos sujeitos entrevistados (72%).

Os grupos operativos são percebidos como locais onde se realizam curativos e se aplicam vacinas. Esta é finalidade dos GO para cerca de 60% dos sujeitos, e o enfermeiro é visto como o profissional que orienta essas atividades. Apenas 38% dos sujeitos entrevistados percebem o enfermeiro como um profissional que realiza mais do que as atividades descritas nesta questão.

Em relação ao papel do ACS observou-se que 27 sujeitos (54%) entendem que o papel desse profissional é o de realizar visitas domiciliares e promover a saúde, enquanto 23 sujeitos (46%) não reconhecem esse papel ao ACS.

A territorialização do PSF foi entendida dentro de uma grande diversidade de razões. Praticamente cada sujeito entrevistado tem sua opinião. A frequência maior de respostas aponta como razão para a territorialização a facilitação do atendimento. Este resultado indica que há certa congruência entre a razão *facilitação do atendimento* e a percepção dos usuários de que o PSF está inserido no nível de *Atenção Básica à Saúde*. Contudo, de 34 sujeitos que afirmaram que o PSF atende a Atenção Básica cerca de 50% sabem o que é o PSF, o que não conduz a afirmação de que seja uma informação consistente no grupo de entrevistados. Esse resultado pode ser confirmado pelos dados da Tabela 26, em que 76% dos sujeitos pesquisados desconhecem o que são os fluxos de referência, contra-referência e os níveis de Assistência à Saúde.

A maioria dos usuários vê o PSF como prestador de serviços de consultas médicas (93,8% dos sujeitos entrevistados), e esse dado pode estar relacionado ao fato de que a

demanda maior junto às US seja por consultas. Assim, o serviço mais lembrado pelos usuários é a consulta médica, mesmo entre aqueles que já utilizaram outros serviços.

Do grupo de sujeitos que afirmam que a consulta médica é o serviço central do PSF, 25 usuários sabem o que seja o PSF e 20 não sabem. E dentro do exame da variável Consulta Médica, 68,8% utilizaram este serviço na última vez que estiveram na US e 33% não utilizaram. O que confirma que a maior demanda é para este tipo de serviço.

No grupo de usuários que frequentou a US apenas 1 vez no último mês (20 em 48 sujeitos) cerca de 60% sabe o que é o PSF.

Do grupo de indivíduos que realizaram consulta médica na última vez que procuraram a US a grande maioria (76%) afirma não ter informações continuadas sobre o funcionamento do PSF.

A participação em reuniões é reduzida. Conforme o resultado encontrado, de 50 sujeitos entrevistados apenas 7 participam de reuniões. Desse grupo de 7 usuários que frequenta as reuniões das Comissões de Saúde 3 usuários mantêm uma frequência de uma reunião trimestral.

O conhecimento da Comissão Local de Saúde é percebido pela maioria dos sujeitos entrevistados (53,7%) como sendo sua função “Lutar para terem mais médicos e remédios na USF”. Outras funções mencionadas são Lutar para ter mais médicos na USF e Propor ações parceiras para melhorar a assistência a Saúde

Na variável fiscalizar as ações de saúde na Unidade observa-se que 21 indivíduos (52,5%) acreditam ser essa a principal função do Conselho Municipal de Saúde, enquanto que 19 indivíduos (47,5%) disseram não ser função do Conselho, totalizando 40 indivíduos. Assim, segundo apurado na Pesquisa, Fiscalizar as ações de saúde na Unidade (variável E16), é a principal função do Conselho. 40 indivíduos responderam a essa pergunta, 8 sujeitos, porém, não souberam informar.

7.4 APRESENTAÇÃO DAS TABELAS E GRÁFICOS - CORRELAÇÃO ENTRE AS TRÊS UNIDADES DE SAÚDE

Neste item serão apresentadas as tabelas que demonstram os resultados obtidos na coleta de dados, e sua representação gráfica, considerando o perfil dos entrevistados por gênero, escolaridade, idade e renda, sendo apresentadas, ainda, correlações entre as variáveis apuradas.

Tabela 64 - Frequência da correlação idade-gênero nas três Unidades de Saúde

IDADE	Masculino	Feminino	Total
Entre 18 e 30 anos	95	224	319
Entre 31 e 40 anos	57	136	193
Entre 41 e 50 anos	41	141	182
Entre 51 e 60 anos	56	115	171
Acima de 60 anos	43	51	94
Menos de 18 anos	0	2	2
Total	282	648	961

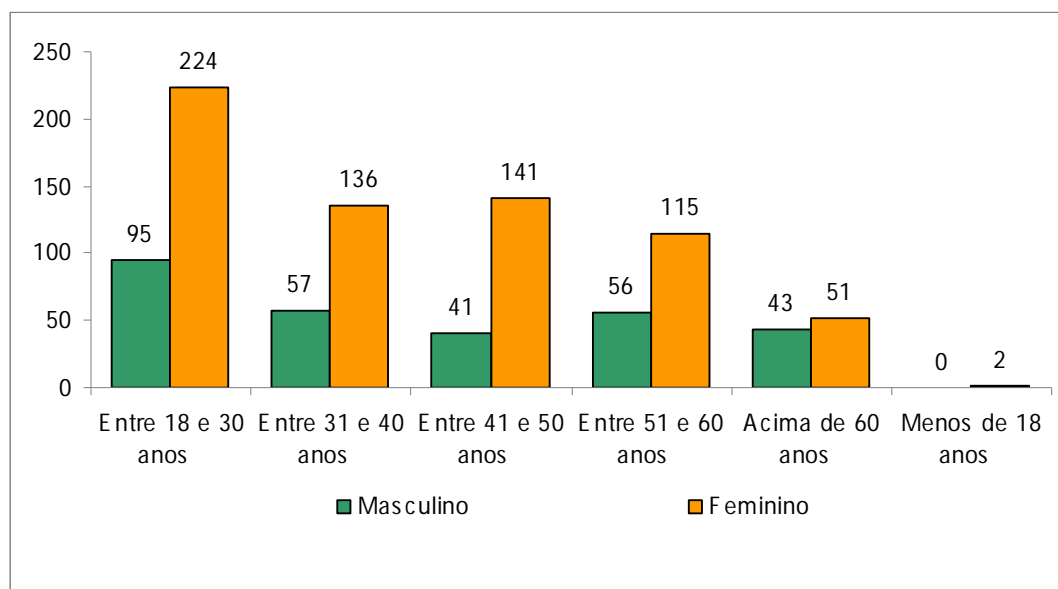


Gráfico 64 - Frequência da correlação idade-gênero nas três Unidades de Saúde

Tabela 65 - Comparativo dos gêneros entre as três Unidades de Saúde

GÊNERO	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Masculino	54	148	90	292
Feminino	151	267	251	669
Total	205	415	341	961

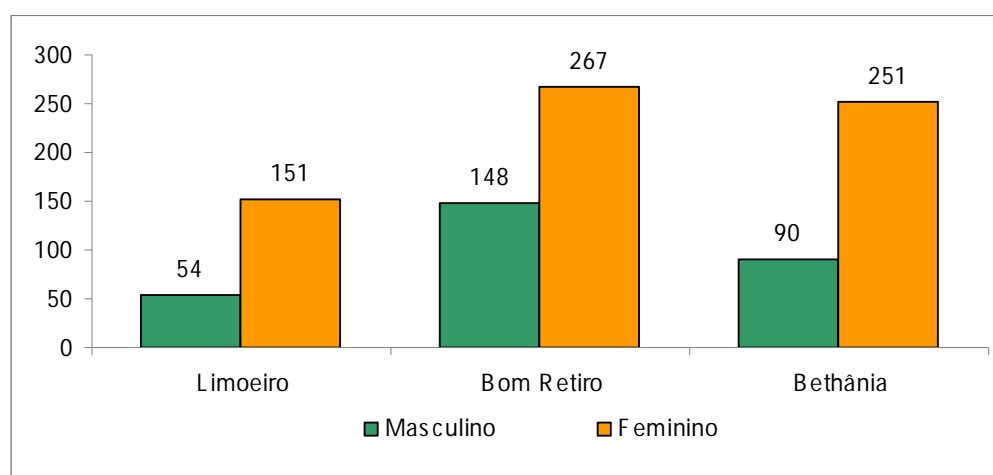


Gráfico 65 - Comparativo dos gêneros entre as três Unidades de Saúde

Tabela 66 - Comparativo de frequência absoluta e relativa na variável gênero entre as três Unidades de Saúde

GÊNERO	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Masculino	292	30.4%	30,4%
Feminino	669	69.6%	100,0%
Total	961	100.0%	

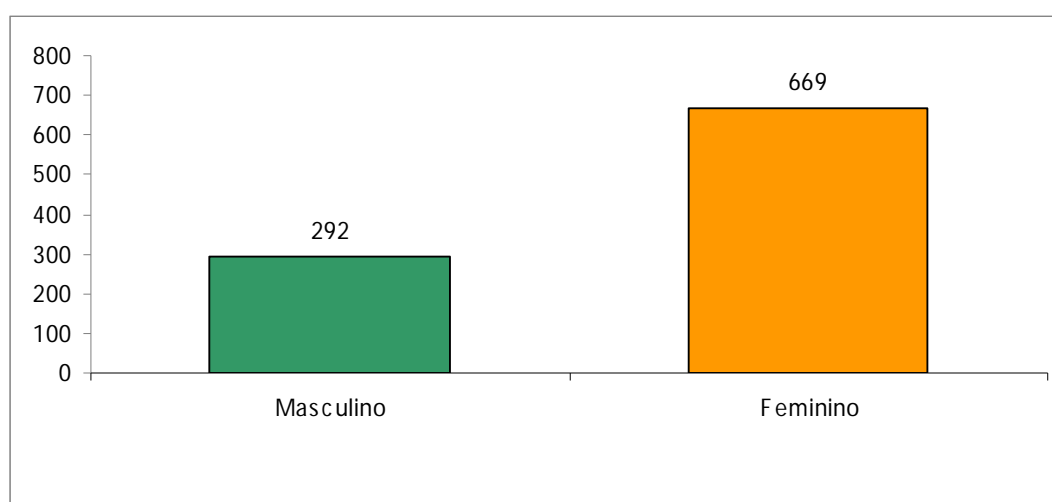


Gráfico 66 - Comparativo de frequência absoluta e relativa na variável gênero entre as três Unidades de Saúde

Tabela 67 - Comparativo de gênero e renda entre as três Unidades de Saúde

RENDA	Masculino	Feminino	Total
Até 1 salário mínimo	52	180	232
Entre 2 e 3 salários	100	246	346
Entre 4 e 5 salários	38	110	148
Entre 5 e 6 salários	24	38	62
Entre 7 e 10 salários	25	43	68
Acima de 10 salários	53	52	105
Total	292	669	961

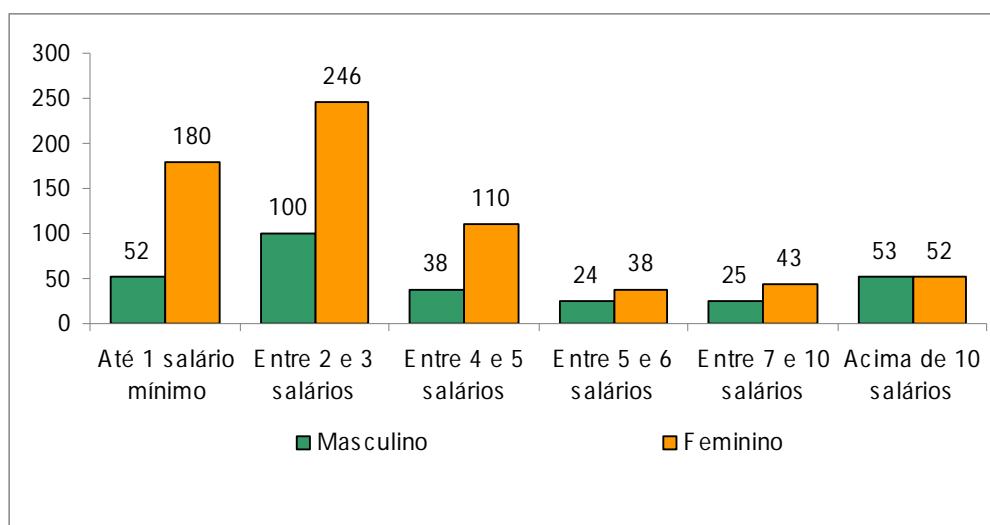


Gráfico 67 - Comparativo gênero e renda entre as três Unidades de Saúde

Tabela 68 - Comparativo de idade entre as três Unidades de Saúde

IDADE	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Entre 18 e 30 anos	319	33.2%	33.2%
Entre 31 e 40 anos	193	20.1%	53.3%
Entre 41 e 50 anos	182	18.9%	72.2%
Entre 51 e 60 anos	171	17.8%	99.2%
Acima de 60 anos	94	9.8%	82.0%
Menos de 18 anos	2	0.2%	100.0%
Total	961	100.0%	

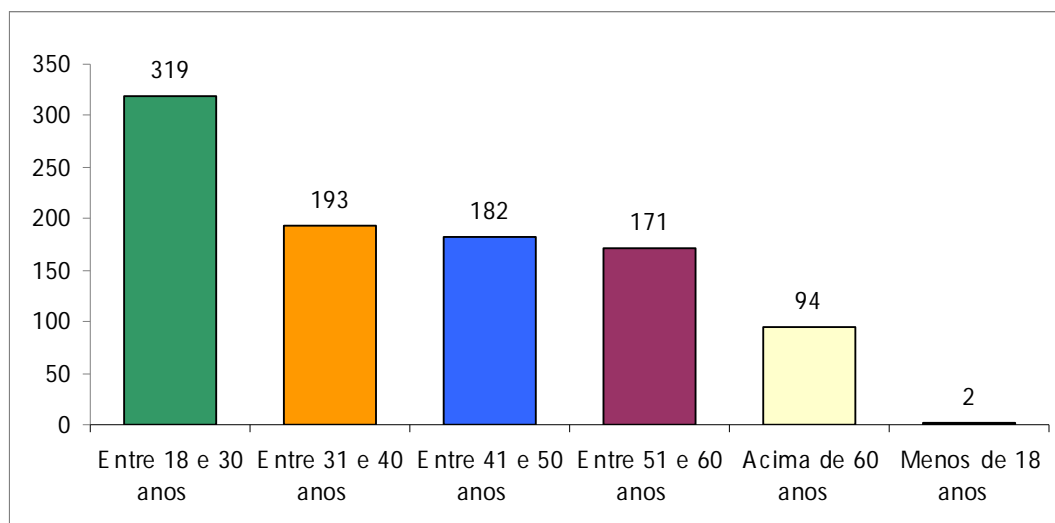


Gráfico 68 - Comparativo de idade entre as três Unidades de Saúde

Tabela 69 - Comparativo de renda familiar entre as três Unidades de Saúde

RENDA	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Até 1 salário mínimo	92	25	115	232
Entre 2 e 3 salários	89	103	154	346
Entre 4 e 5 salários	22	84	42	148
Entre 5 e 6 salários	0	44	18	62
Entre 7 e 10 salários	2	59	7	68
Acima de 10 salários	0	100	5	105
Total	205	415	341	961

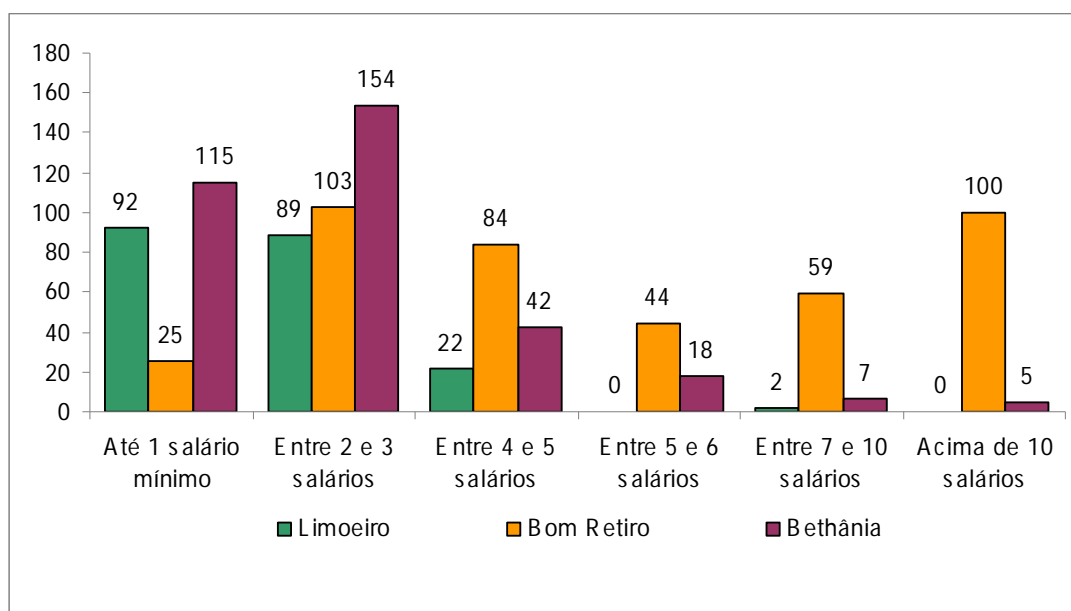


Gráfico 69 - Comparativo de renda familiar entre as três Unidades de Saúde

Tabela 70 - Comparativo de frequência absoluta e relativa da variável renda familiar entre as três Unidades de Saúde

RENDA	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Até 1 salário mínimo	232	24.1%	24.1%
Entre 2 e 3 salários	346	36.0%	60.1%
Entre 4 e 5 salários	148	15.4%	75.5%
Entre 5 e 6 salários	62	6.5%	82.0%
Entre 7 e 10 salários	68	7.1%	89.1%
Acima de 10 salários	105	10.9%	100.0%
Total	961	100.0%	

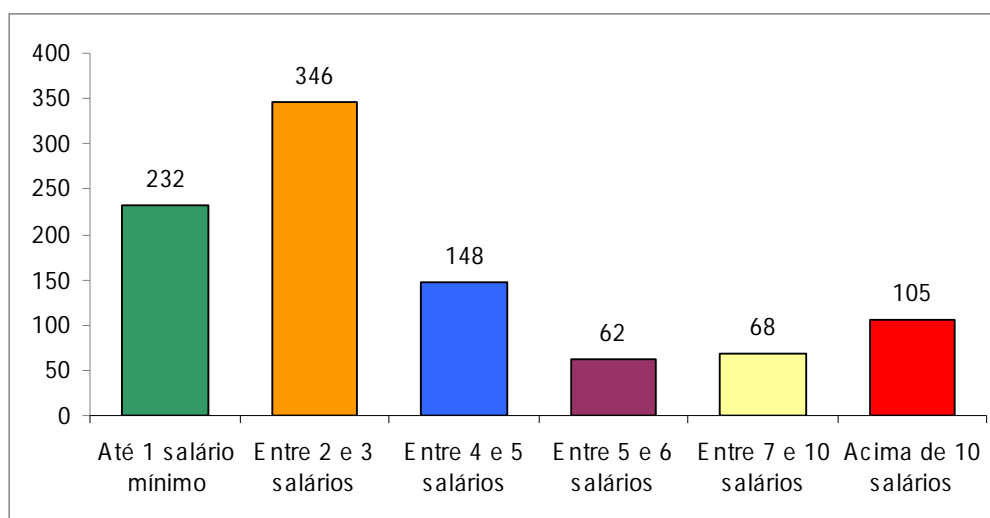


Gráfico 70 - Comparativo de frequência absoluta e relativa da variável renda familiar entre as três Unidades de Saúde

Tabela 71 - Frequência da correlação entre as variáveis renda-gênero nas três Unidades de Saúde

RENDA	Masculino	Feminino	Total
Até 1 salário mínimo	52	180	232
Entre 2 e 3 salários	100	246	346
Entre 4 e 5 salários	38	110	148
Entre 5 e 6 salários	24	38	62
Entre 7 e 10 salários	25	43	68
Acima de 10 salários	53	52	105
Total	292	669	961

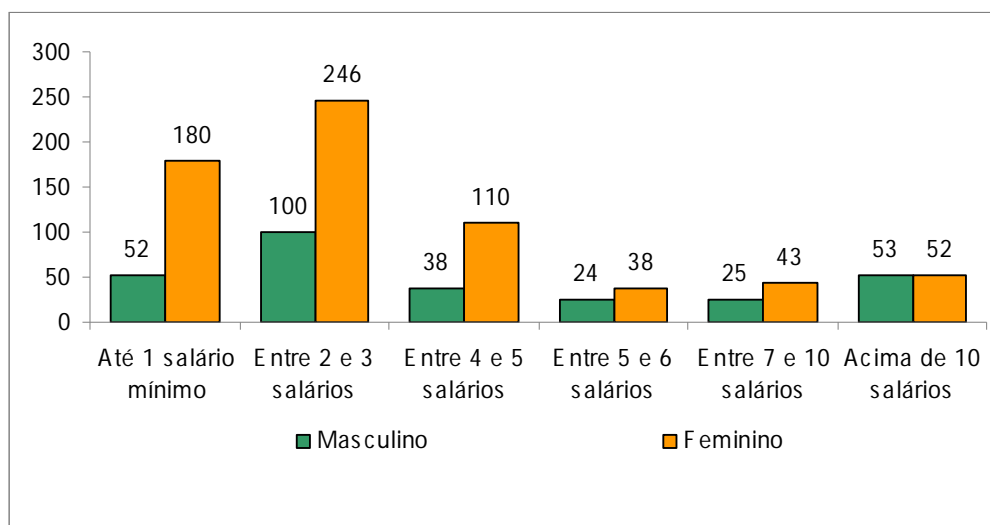


Gráfico 71 - Frequência da correlação entre as variáveis renda-gênero nas três Unidades de Saúde

Tabela 72 - Distribuição por idade nas três unidades de saúde

IDADE	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Entre 18 e 30 anos	75	122	122	319
Entre 31 e 40 anos	59	57	77	193
Entre 41 e 50 anos	33	84	65	182
Entre 51 e 60 anos	22	100	49	171
Acima de 60 anos	14	52	28	94
Menos de 18 anos	2	0	0	2
Total	205	415	341	961

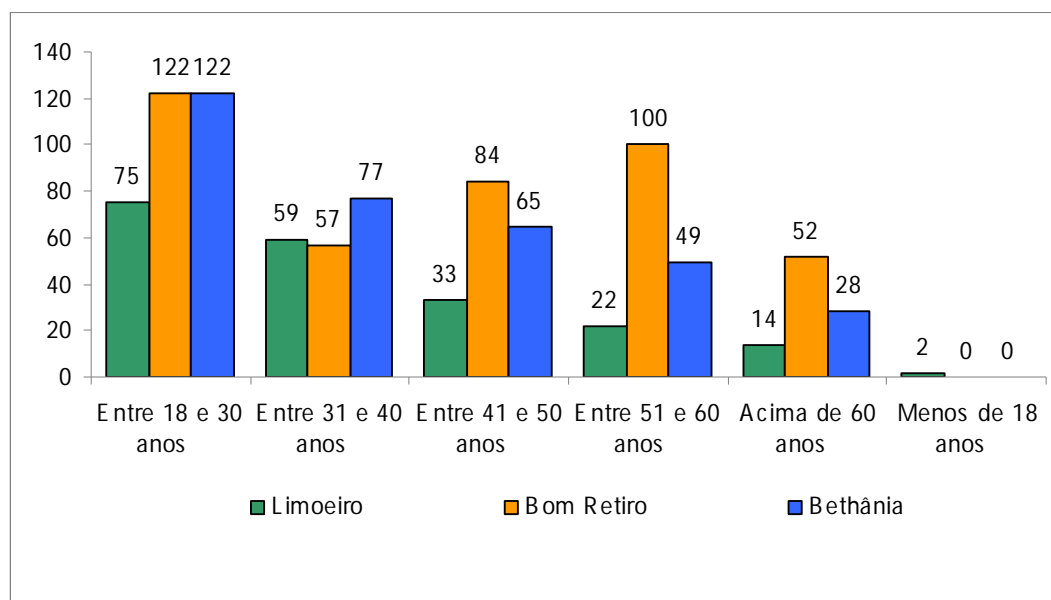


Gráfico 72 - Distribuição por idade nas três unidades de saúde

Tabela 73 - Distribuição da frequência absoluta e relativa da variável idade nas três Unidades de Saúde

IDADE	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Entre 18 e 30 anos	319	33.2%	33.2%
Entre 31 e 40 anos	193	20.1%	53.3%
Entre 41 e 50 anos	182	18.9%	72.2%
Entre 51 e 60 anos	171	17.8%	99.2%
Acima de 60 anos	94	9.8%	82.0%
Menos de 18 anos	2	0.2%	100.0%
Total	961	100.0%	

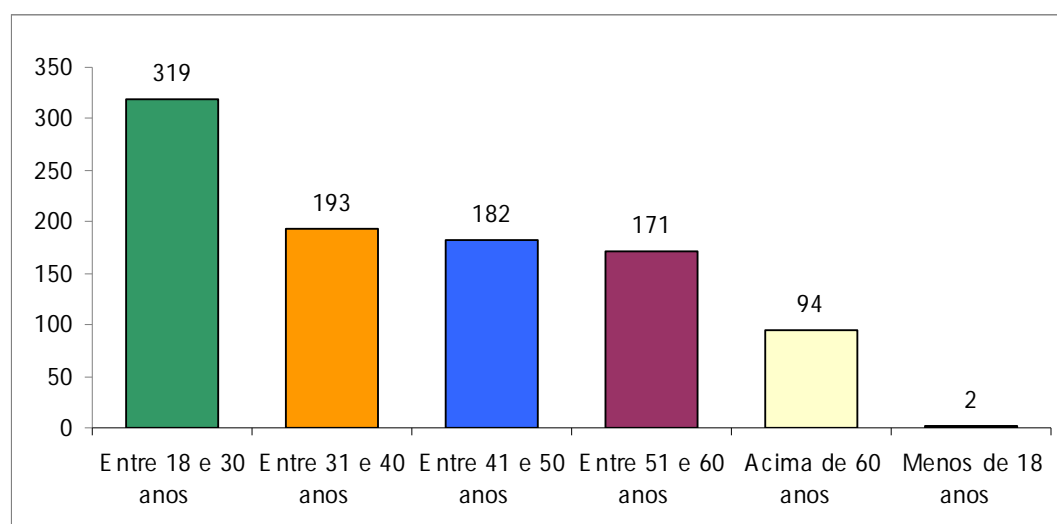


Gráfico 73 - Frequência absoluta e relativa da variável idade nas três Unidades de Saúde

Tabela 74 - Comparativo escolaridade-gênero nas três Unidades de Saúde

ESCOLARIDADE	Masculino	Feminino	Total
Analfabeto	8	24	32
Fundamental completo	28	88	116
Fundamental incompleto	71	192	263
Médio completo	68	159	227
Médio incompleto	35	83	118
Superior completo	39	45	84
Superior incompleto	30	56	86
Pós-graduação completo	11	20	31
Pós-graduação incompleto	2	2	4

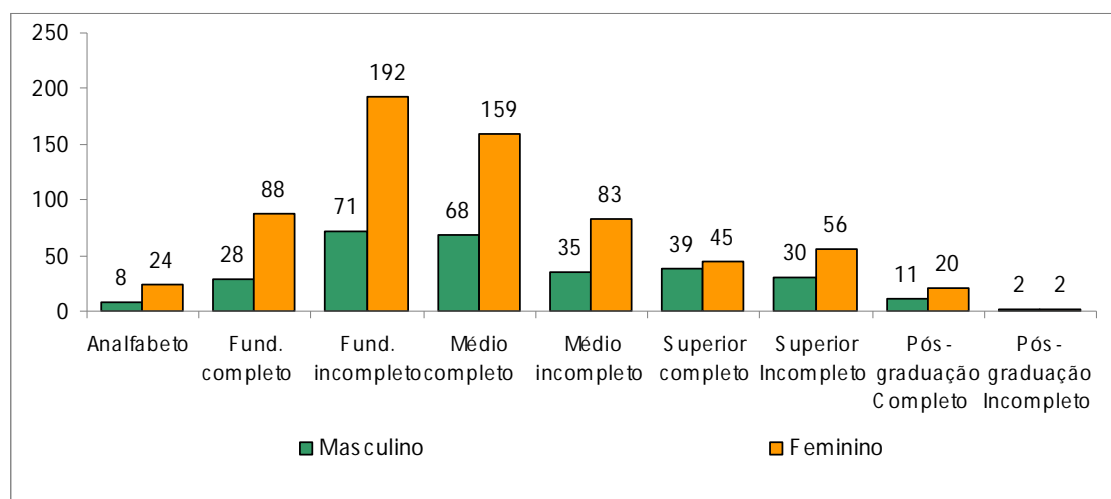


Gráfico 74 - Comparativo escolaridade-gênero nas três Unidades de Saúde

Tabela 75 - Comparativo de escolaridade nas três Unidades de Saúde

ESCOLA	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Analfabeto	14	5	13	32
Fundamental completo	36	34	46	116
Fundamental incompleto	63	61	139	263
Médio completo	36	108	83	227
Médio incompleto	50	37	31	118
Superior completo	1	74	9	84
Superior incompleto	3	63	20	86
Pós-graduação completo	1	30	0	31
Pós-graduação incompleto	1	3	0	4
Total	205	415	341	961

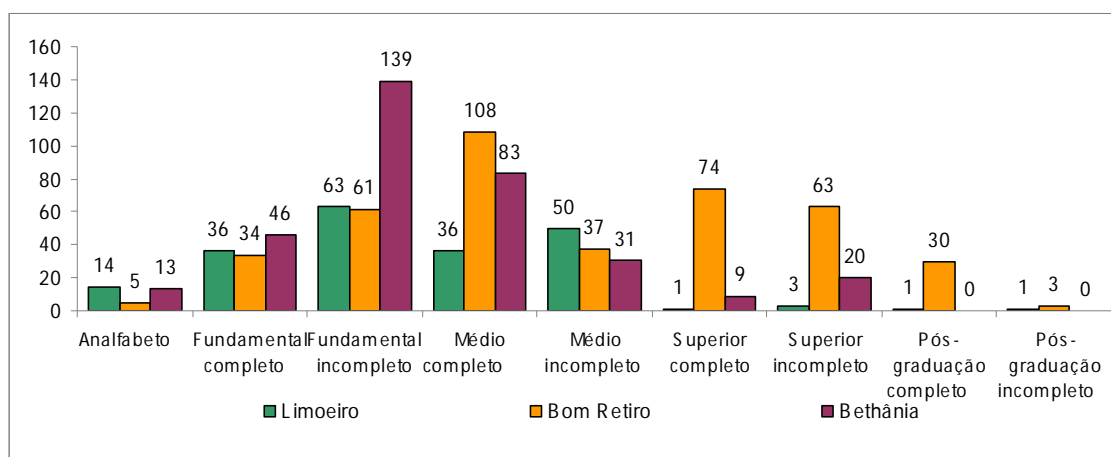


Gráfico 75 - Comparativo de escolaridade nas três Unidades de Saúde

Tabela 76 - Conhecimento do PSF nas três nas três Unidades de Saúde (Pergunta 1)

SABE PSF	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Sim	100	300	163	563
Não	105	115	178	398
Total	205	415	341	961

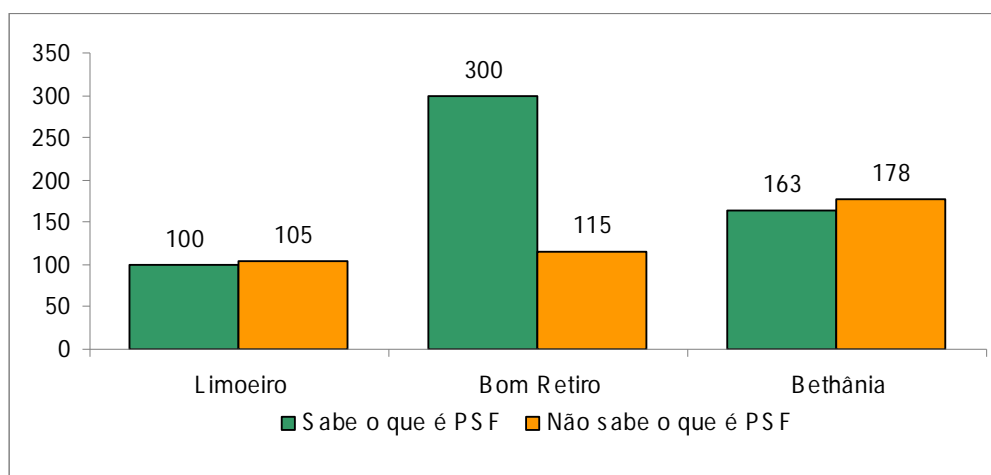


Gráfico 76 - Conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde (Pergunta 1)

Tabela 77 - Correlação idade-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde

IDADE	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Entre 18 e 30 anos	188	131	319
Entre 31 e 40 anos	95	98	193
Entre 41 e 50 anos	109	73	182
Entre 51 e 60 anos	123	48	171
Acima de 60 anos	48	46	94
Menos de 18 anos	0	2	2
Total	563	398	961

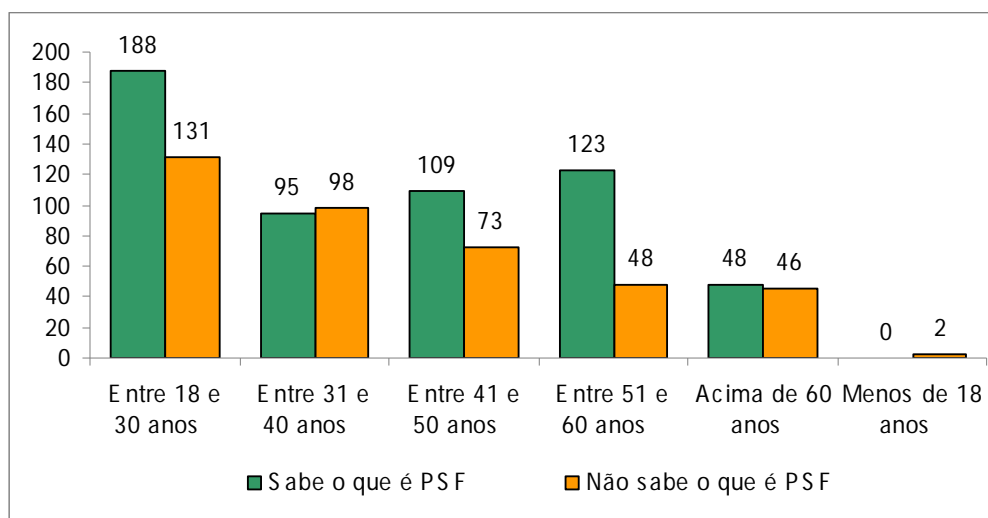
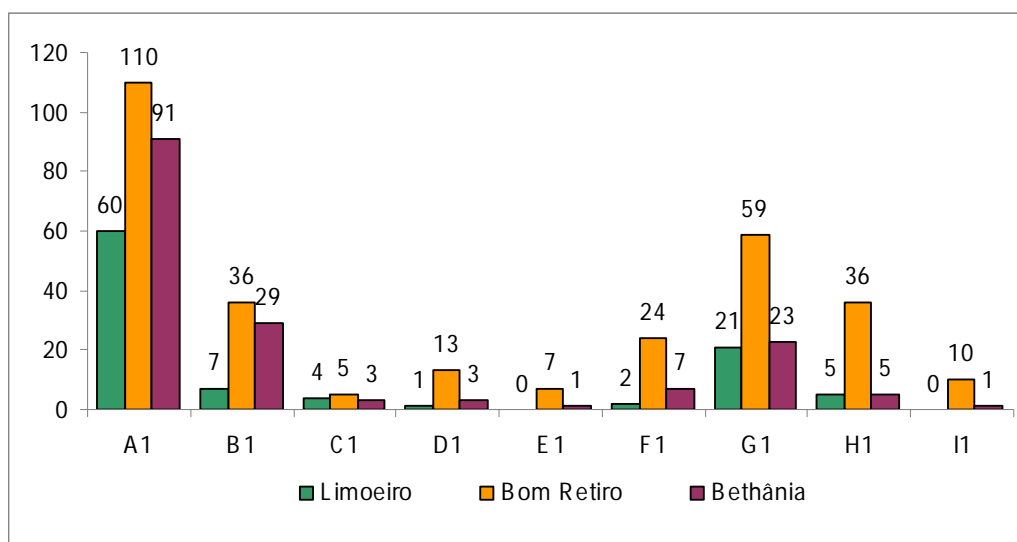


Gráfico 77 - Correlação idade-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde

Tabela 78 - Frequência de respostas a Pergunta 1 (Sim, Como) (Sabe o que é PSF e como tomou conhecimento) nas três Unidades de Saúde

SIM e COMO	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A1	60	110	91	261
B1	7	36	29	72
C1	4	5	3	12
D1	1	13	3	17
E1	0	7	1	8
F1	2	24	7	33
G1	21	59	23	103
H1	5	36	5	46
I1	0	10	1	11
Total	100	300	163	563

A- Na própria unidade de saúde
 B- Pela televisão
 C- Pelo rádio
 D- Por jornais
 E- Pela Internet
 F- Por materiais publicitários da Prefeitura
 G- Por amigos parentes e vizinhos
 H- Escola/Faculdade
 I- Outros



A- Na própria unidade de saúde B- Pela televisão C- Pelo rádio D- Por jornais E- Pela Internet F- Por materiais publicitários da Prefeitura G- Por amigos parentes e vizinhos H- Escola/Faculdade I- Outros

Gráfico 78- Frequência de respostas à Pergunta 1 (Sim e como) nas três Unidades de Saúde

Tabela 79 - Frequência do comparativo entre as variáveis renda-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde

RENDA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Até 1 salário mínimo	85	147	232
Entre 2 e 3 salários	188	158	346
Entre 4 e 5 salários	104	44	148
Entre 5 e 6 salários	49	13	62
Entre 7 e 10 salários	52	16	68
Acima de 10 salários	85	20	105
Total	563	398	961

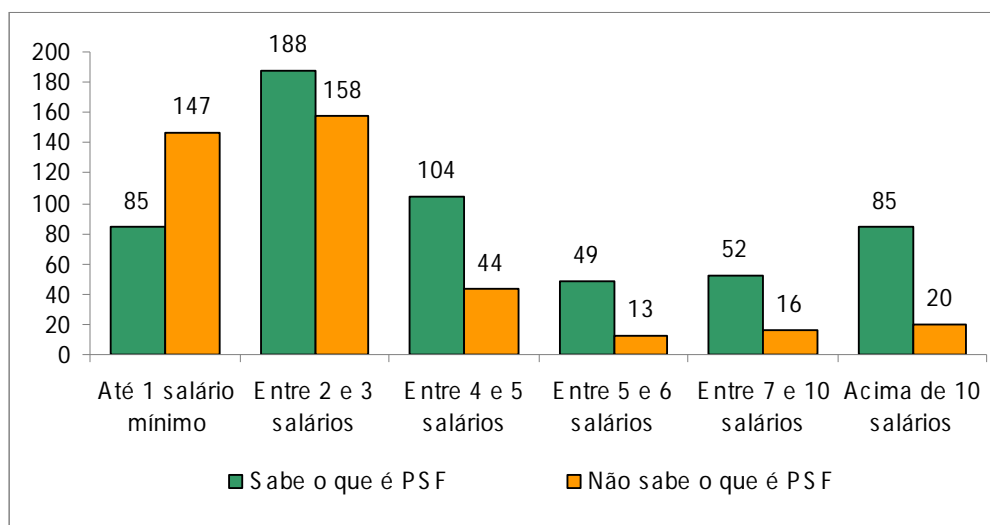


Gráfico 79 - Frequência do comparativo entre as variáveis renda-conhecimento PSF nas três Unidades de Saúde

Tabela 80 - Frequência do comparativo entre as variáveis gênero-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde

GÊNERO	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Masculino	174	118	292
Feminino	389	280	292
Total	563	398	961

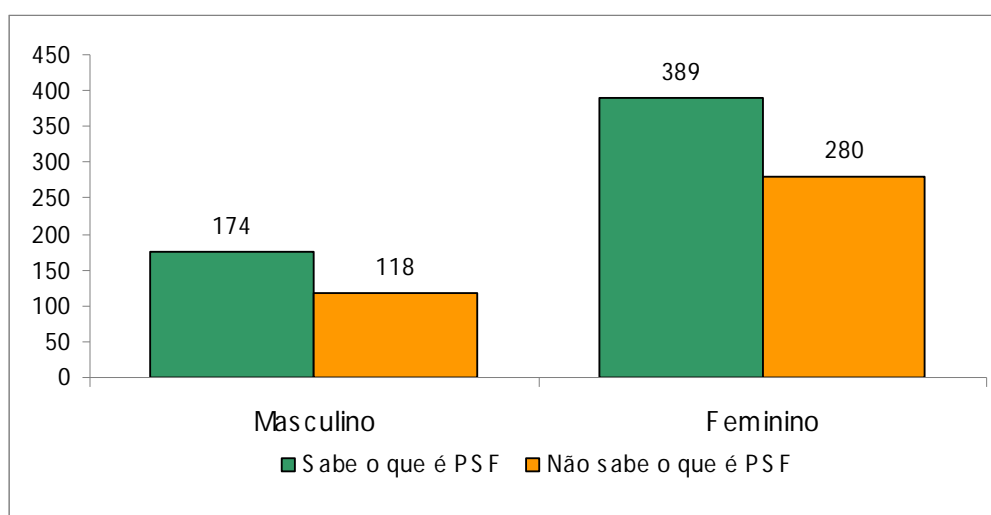


Gráfico 80 - Frequência do comparativo entre as variáveis gênero-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde

Tabela 81 - Frequência do comparativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF nas três Unidades de Saúde

ESCOLA	Sabe o que é PSF	Não sabe o que é PSF	Total
Analfabeto	10	22	32
Fundamental Completo	70	46	116
Fundamental incompleto	102	161	263
Médio completo	133	94	227
Médio incompleto	73	45	118
Superior completo	71	13	84
Superior incompleto	74	12	86
Pós-graduação completo	26	5	31
Pós-graduação incompleto	4	0	4
Total	563	398	961

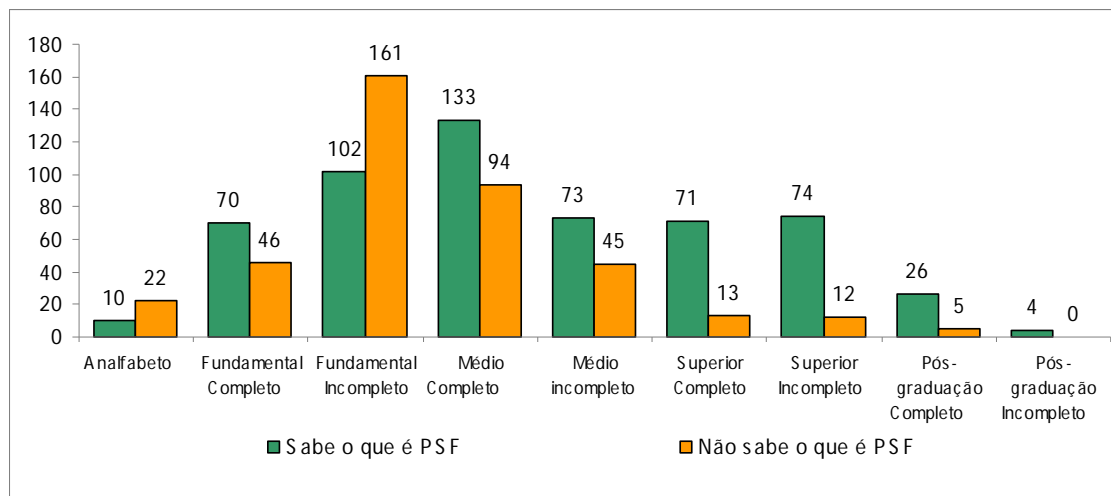


Gráfico 81 - Frequência do comparativo entre as variáveis escolaridade-conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 82 - Frequência das respostas à Pergunta 2. Ação no PSF nas três Unidades de Saúde

ACÃO PSF	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A2	42	53	44	139
B2	72	105	145	322
C2	29	37	43	109
D2	35	187	43	265
E2	26	25	66	117
Não Sei	1	8	0	9
Total	205	415	341	961

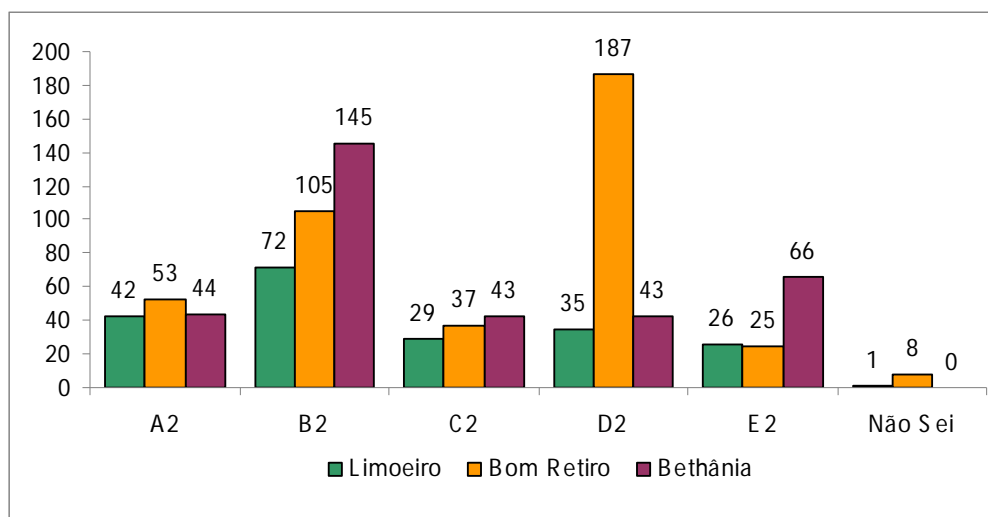
A- Consultas médicas em casa

B- Consultas médicas agendadas

C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos

D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade

E- Atendimento de urgência



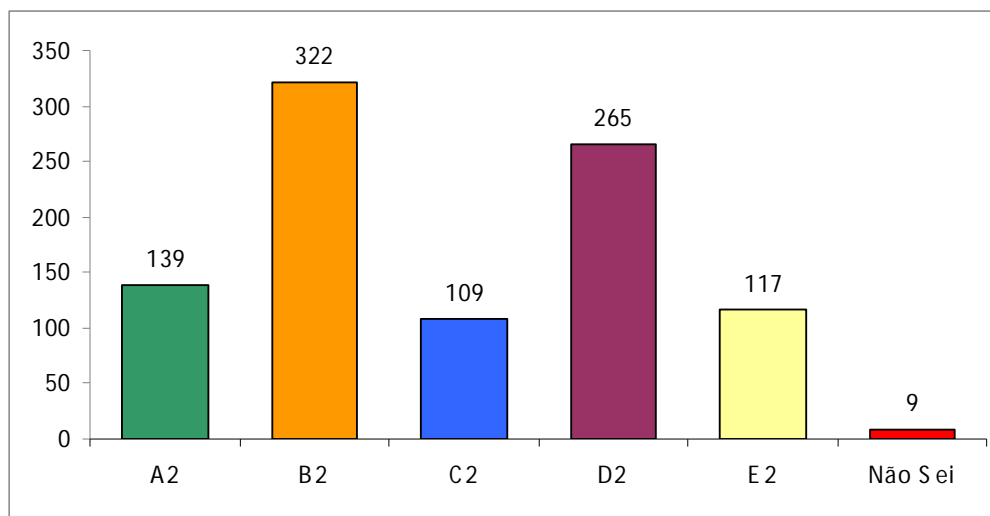
A- Consultas médicas em casa B- Consultas médicas agendadas C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade E- Atendimento de urgência

Gráfico 82 - Frequência das respostas à Pergunta 2. Ação no PSF nas três Unidades de Saúde

Tabela 83 - Frequência absoluta e relativa das resposta a Pergunta 2, nas três Unidades de Saúde

ACÃO PSF	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
A2	139	14.5%	14.5%
B2	322	33.5%	48.0%
C2	109	11.3%	59.3%
D2	265	27.6%	86.9%
E2	117	12.2%	99.1%
Não Sei	9	0.9%	100.0%
Total	961	100.0%	

A- Consultas médicas em casa
 B- Consultas médicas agendadas
 C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos
 D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade
 E- Atendimento de urgência



A- Consultas médicas em casa B- Consultas médicas agendadas C- Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos D- Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade E- Atendimento de urgência

Gráfico 83 - Frequência absoluta e relativa das resposta a Pergunta 2, nas três Unidades de Saúde

Tabela 84 - Frequência das respostas à Pergunta 3, Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde

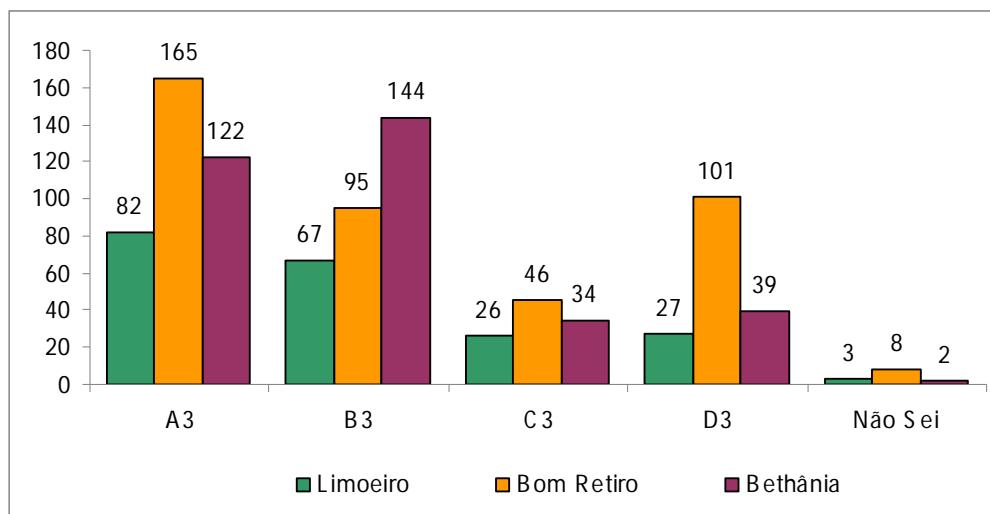
FINALIDADE	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A3	82	165	122	369
B3	67	95	144	306
C3	26	46	34	106
D3	27	101	39	167
Não Sei	3	8	2	13
Total	205	415	341	961

A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros

B- Agendar consultas

C- Dar orientações de saúde

D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento



A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros B- Agendar consultas C- Dar orientações de saúde D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento

Gráfico 84 – Frequência das respostas à Pergunta 3. Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 85 - Frequência absoluta e relativa das respostas a Pergunta 3. Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde

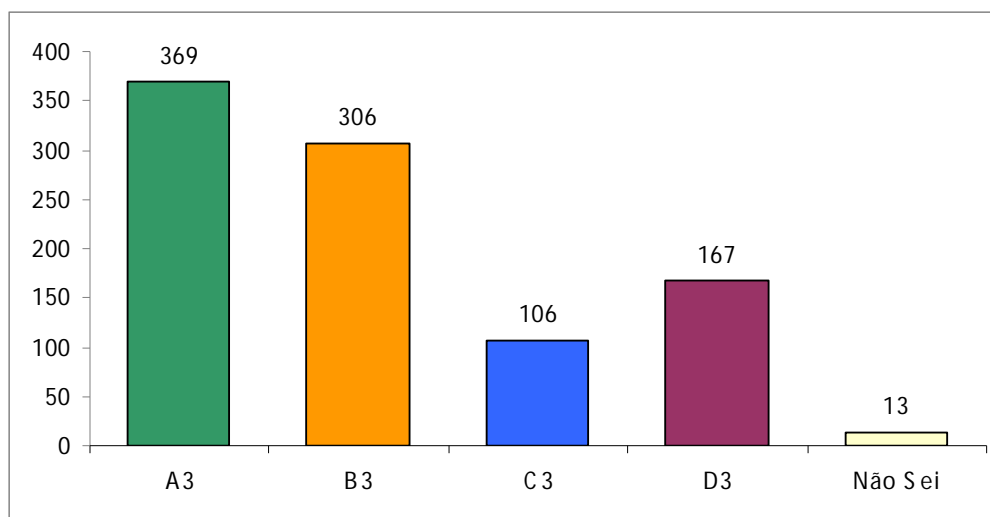
FINALIDADE	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
A3	369	38.4	38.4
B3	306	31.8	70.2
C3	106	11.0%	81.3
D3	167	17.4	98.6
Não Sei	13	1.4	100.0%
Total	961	100.0%	

A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros

B- Agendar consultas

C- Dar orientações de saúde

D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento



A- Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros B- Agendar consultas C- Dar orientações de saúde D- Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento

Gráfico 85 - Frequência absoluta e relativa das respostas a Pergunta 3. Finalidade PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 86 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, nas três Unidades de Saúde

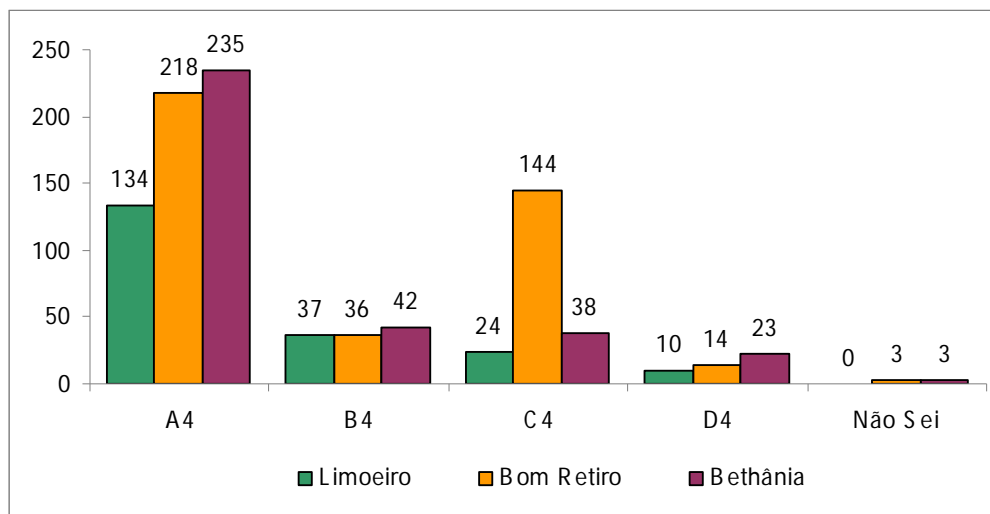
MEDICO	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A4	134	218	235	587
B4	37	36	42	115
C4	24	144	38	206
D4	10	14	23	47
Não Sei	0	3	3	6
Total	205	415	341	961

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Coordenar equipe



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio
C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Coordenar equipe

Gráfico 86 - Frequência das respostas à Pergunta 4. Papel Médico nas três Unidades de Saúde

Tabela 87 - Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 4. Papel Médico, nas três Unidades de Saúde.

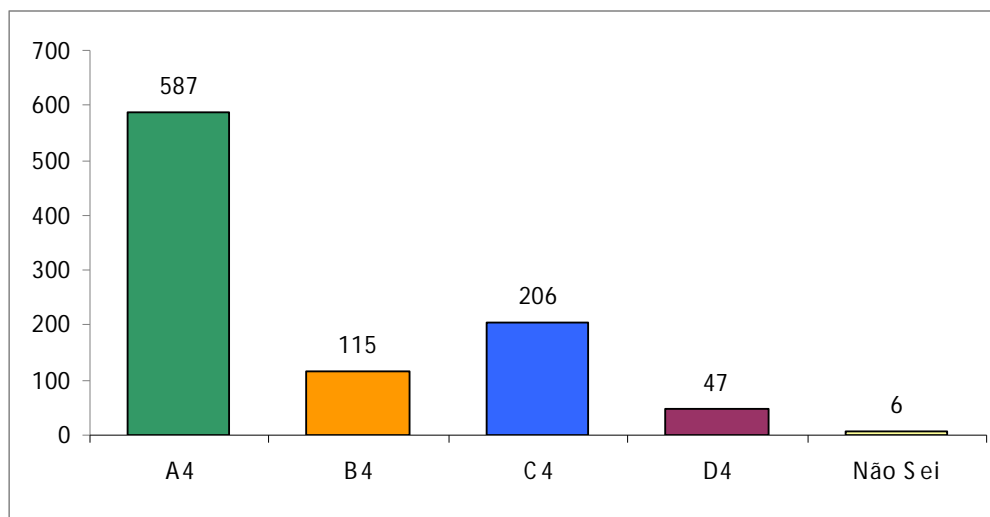
MEDICO	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
A4	587	61.1%	61.1%
B4	115	12.0%	73.0%
C4	206	21.4%	94.5%
D4	47	4.9%	99.4%
Não Sei	6	0.6%	100.0%
Total	961	100.0%	

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Coordenar equipe



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio
C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Coordenar equipe

Gráfico 87 - Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 4, Papel Médico, nas três Unidades de Saúde

Tabela 88 - Frequência na variável Papel do Médico, nas três Unidades de Saúde

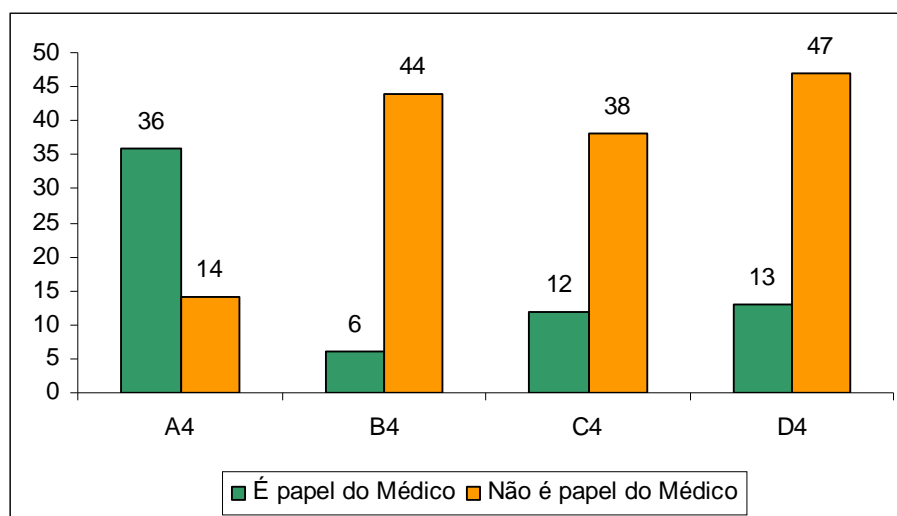
MÉDICO	Sim		Não		Total
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	
A4	36	61,1%	14	28,0%	50
B4	6	12,0%	44	88,0%	50
C4	12	24,0%	38	76,0%	50
D4	3	6,0%	47	94,0%	50

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Coordenar equipe



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender consultas agendadas em domicílio C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Coordenar equipe

Gráfico 88 – Frequência na variável Papel do Médico, nas três Unidades de Saúde

Tabela 89 - Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde

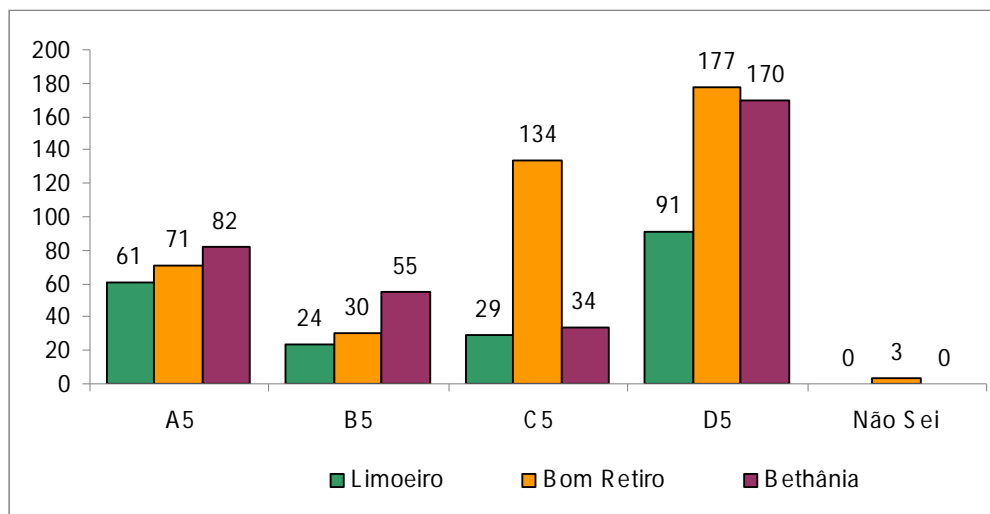
ENFERMEIRO	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A5	61	71	82	214
B5	24	30	55	109
C5	29	134	34	197
D5	91	177	170	438
Não Sei	0	3	0	3
Total	205	415	341	961

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender Consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas



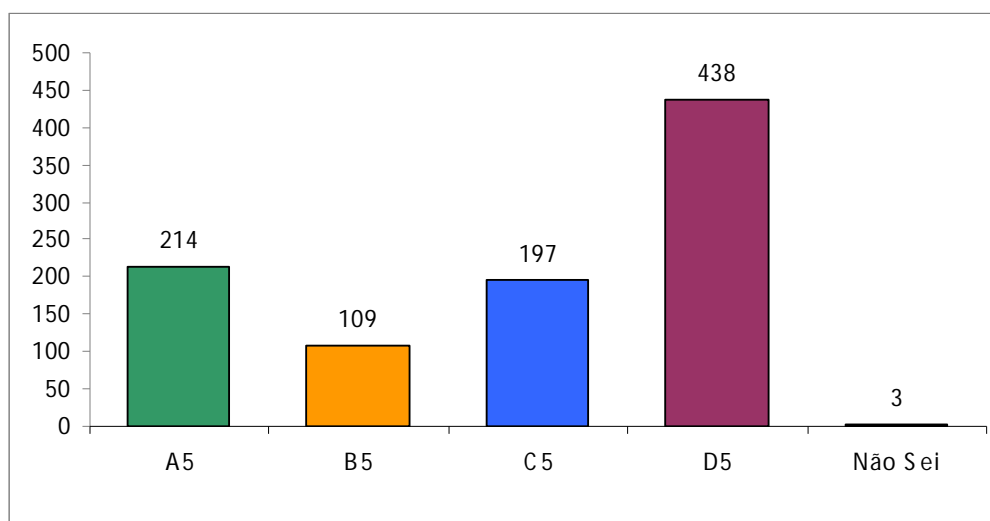
A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender Consultas agendadas em domicílio
C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas

Gráfico 89 – Frequência das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 90 - Frequência absoluta das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde

ENFERMEIRO	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
A5	214	22.3%	22.3%
B5	109	11.3%	33.6%
C5	197	20.5%	54.1%
D5	438	45.6%	99.7%
Não Sei	3	0.3%	100.0%
Total	961	100.0%	

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde
 B- Atender Consultas agendadas em domicílio
 C- Realizar atendimentos e promover a saúde
 D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender Consultas agendadas em domicílio
 C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas

Gráfico 90 – Frequência absoluta das respostas à Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 91 - Frequência absoluta e relativa das respostas a Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF nas três Unidades de Saúde

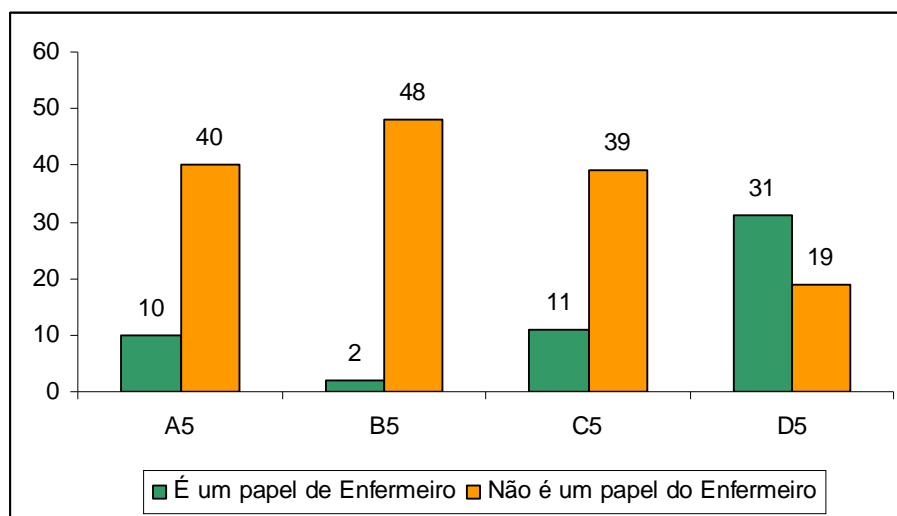
Papel Enfermeiro	Sim		Não		Total
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	
A5	10	20,0%	40	80,0%	50
B5	2	4,0%	48	96,0%	50
C5	11	22,0%	39	78,0%	50
D5	31	62,0%	19	38,0%	50

A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde

B- Atender Consultas agendadas em domicílio

C- Realizar atendimentos e promover a saúde

D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas



A- Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde B- Atender Consultas agendadas em domicílio C- Realizar atendimentos e promover a saúde D- Orientar os grupos operativos realizar curativos e aplicar vacinas

Gráfico 91 – Frequência absoluta e relativa das respostas a Pergunta 5. Papel do Enfermeiro no PSF nas três Unidades de Saúde

Tabela 92 - Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF nas três Unidades de Saúde

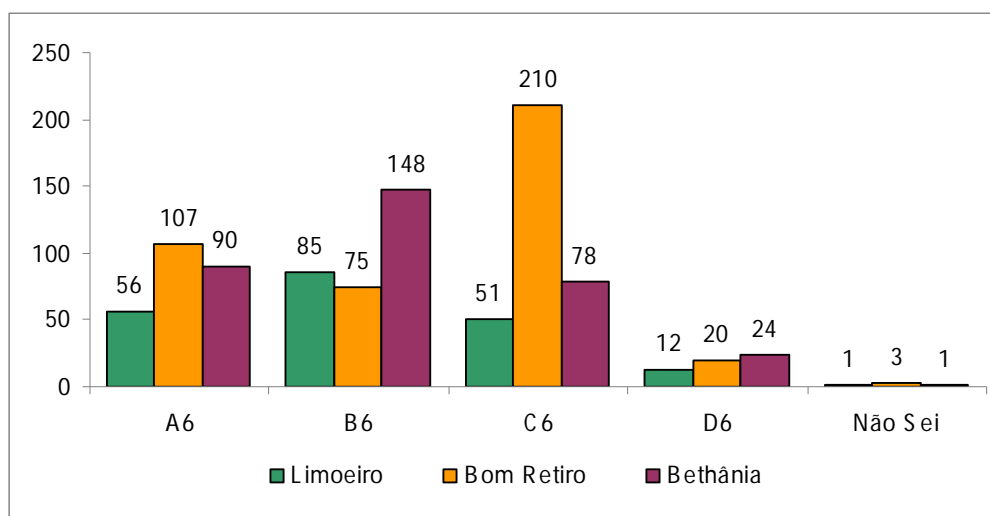
PAPEL ACS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A6	56	107	90	253
B6	85	75	148	308
C6	51	210	78	339
D6	12	20	24	56
Não Sei	1	3	1	5
Total	205	415	341	961

A- Realizar visitas domiciliares

B- Agendar consultas e entregar resultados de exames

C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde

D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem



A- Realizar visitas domiciliares B- Agendar consultas e entregar resultados de exames C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem

Gráfico 92 – Frequência das respostas à Pergunta 6. Papel do ACS no PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 93 - Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 6, nas três Unidades de Saúde

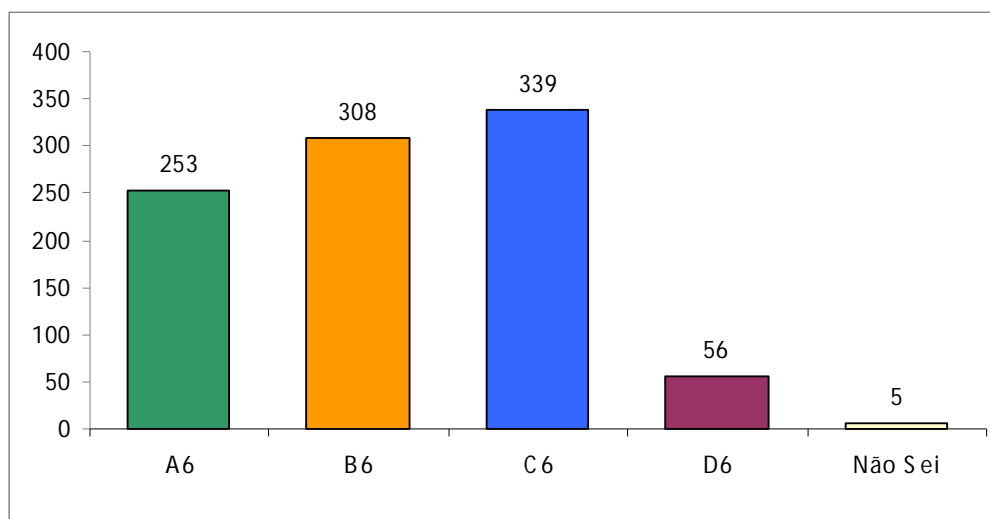
PAPEL ACS	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
A6	253	26.3%	26.3%
B6	308	32.0%	58.4%
C6	339	35.3%	93.7%
D6	56	5.8%	99.5%
Não Sei	5	0.5%	100.0%
Total	961	100.0%	

A- Realizar visitas domiciliares

B- Agendar consultas e entregar resultados de exames

C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde

D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem



A- Realizar visitas domiciliares B- Agendar consultas e entregar resultados de exames C- Realizar visitas domiciliares e promover a saúde D- Permanecer na Unidade de saúde, para auxiliar na recepção e nos serviços de enfermagem

Gráfico 93 – Frequência e absoluta e relativa das respostas à Pergunta 6, nas três Unidades de Saúde

Tabela 94 - Frequência das respostas da Pergunta 7. Entende divisão de equipe, nas três Unidades de Saúde

EQUIPES	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Entende divisão em equipe	103	265	204	572
Não entende divisão em equipe	102	150	137	389
Total	205	415	341	961

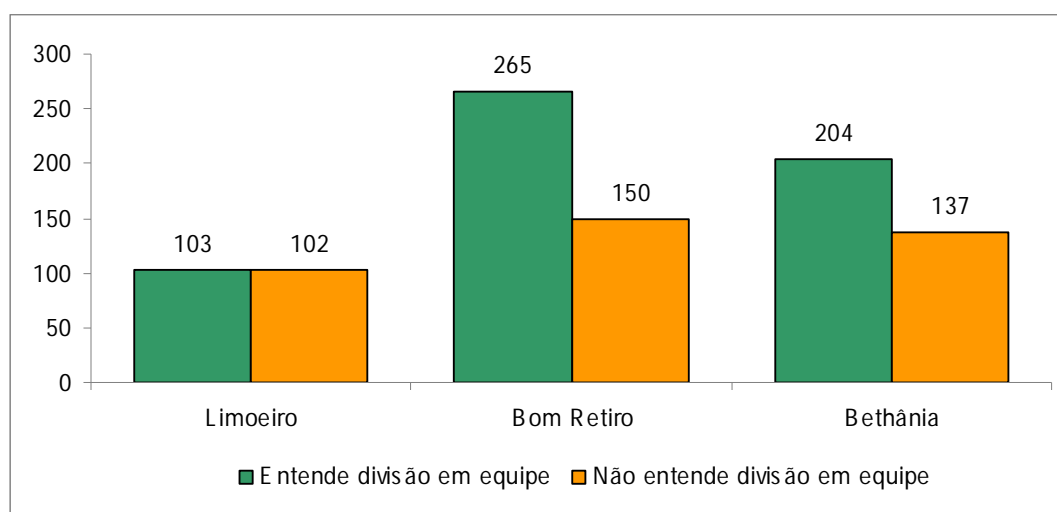


Gráfico 94 - Frequência das respostas da Pergunta 7. Entende divisão de equipe nas três Unidades de Saúde

Tabela 95 - Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 7. Divisão de equipe, nas três Unidades de Saúde

EQUIPES	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Entende divisão em Equipes	572	59.5%	59.5%
Não entende divisão em Equipes	389	40.5%	100,0%
Total	961	100%	

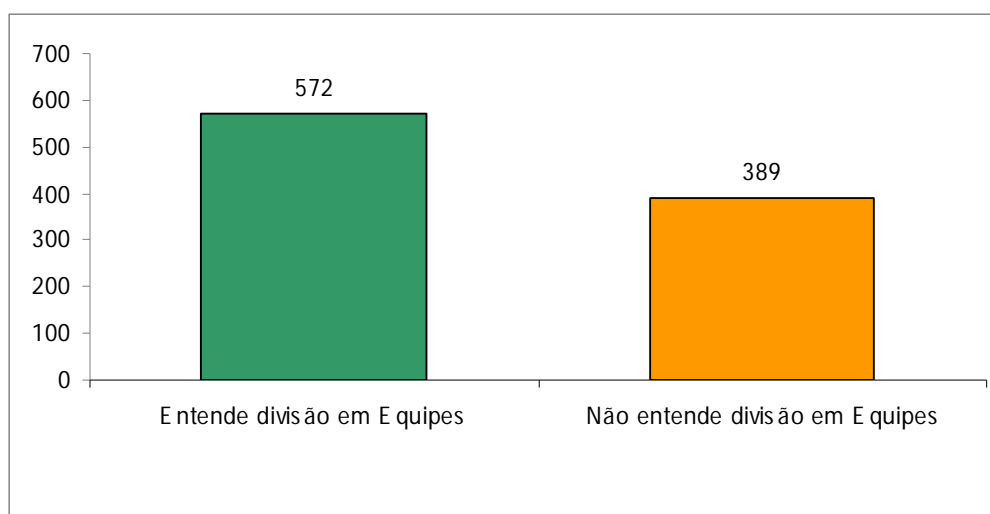


Gráfico 95 – Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 7. Divisão de equipe, nas três Unidades de Saúde

Tabela 96 - Frequência absoluta e relativa na variável Cite 1, nas três Unidades de Saúde

CITE 1	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Agiliza atendimento	7	1.3%	1.3%
Atendimento mais rápido	4	0.7%	2.0%
Divide a população	20	3.7%	5.7%
Dividir número de usuários	9	1.7%	7.4%
Divisão de bairros	5	0.9%	8.3%
Facilita o atendimento	37	6.9%	15.2%
Mais organizado	29	5.4%	20.6%
Melhor atendimento	21	3.9%	24.5%
Organizar o serviço	24	4.5%	29.0%
Para não tumultuar	32	6.1%	35.1%
Outras respostas	348	64.9%	100.0%
Total	536	100.0%	

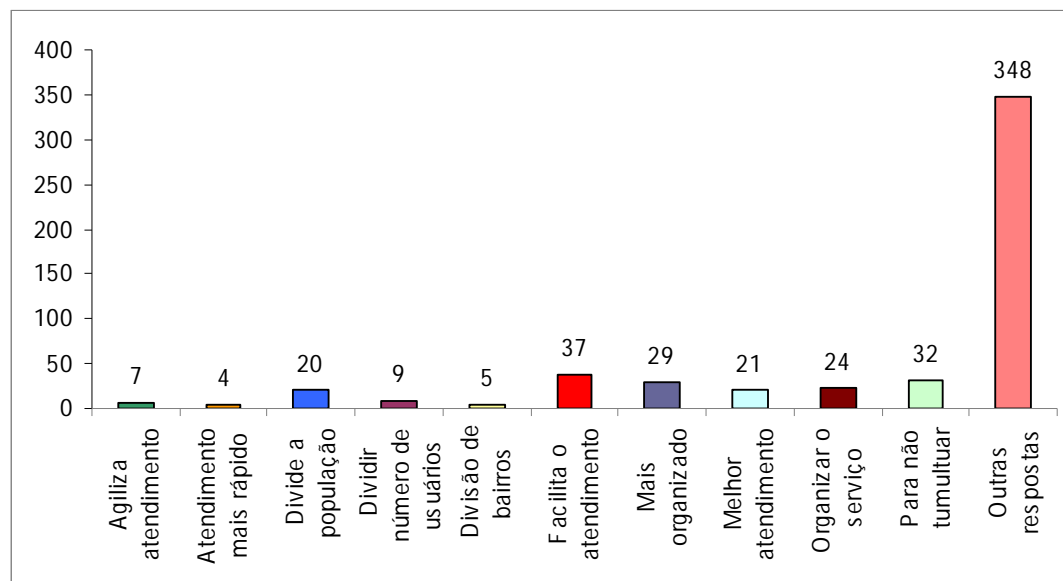


Gráfico 96 - Frequência absoluta e relativa na variável Cite 1, nas três Unidades de Saúde

Tabela 97 - Frequência absoluta e relativa da variável Cite 2, nas três Unidades de Saúde

CITE 2	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Atendimento melhor	4	1.6%	1.6%
Evitar tumulto	4	1.6%	3.2%
Facilita o atendimento	10	4.1%	7.3%
Maior organização	8	3.3%	10.6%
Melhor atendimento	10	4.1%	14.7%
Outras respostas	207	85.3%	100.0%
Total	243	100.0%	

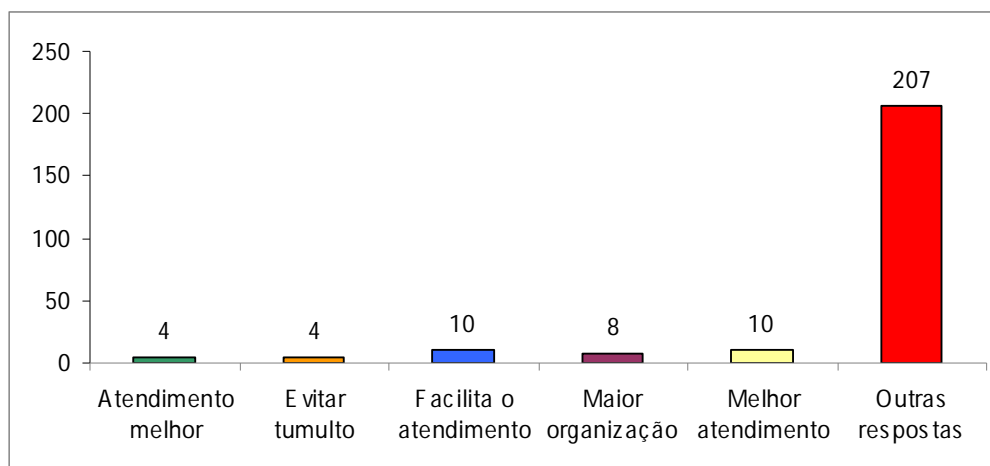


Gráfico 97 - Frequência absoluta e relativa na variável Cite 2, nas três Unidades de Saúde

Tabela 98 - Frequência absoluta e relativa na variável Cite 3, nas três Unidades de Saúde

CITE 3	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Agilidade no atendimento	4	3.6%	3.6%
Melhor atendimento	5	4.5%	8.1%
Menos pessoas por equipe	2	1.8%	9.9%
Qualidade no atendimento	3	2.7%	12.6%
Rapidez	2	1.8%	14.4%
Outras respostas	96	85.6%	100.0%
Total	112	100.0%	

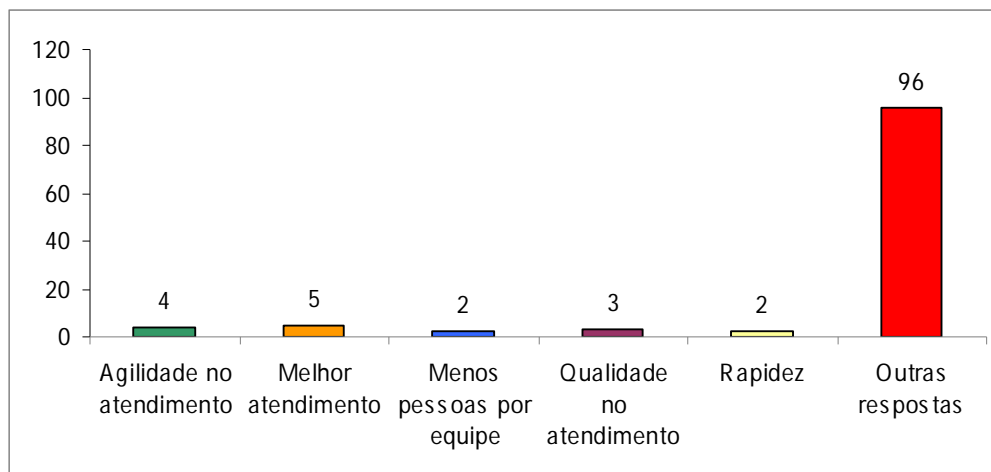


Gráfico 98 - Frequência absoluta e relativa na variável Cite 3, nas três Unidades de Saúde

Tabela 99 - Frequência nas respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde

NÍVEIS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Atenção Secundária	38	51	32	121
Atenção Primária	95	271	183	549
Atenção Terciária	24	23	30	77
Não Sei	48	70	96	214
Total	205	415	341	961

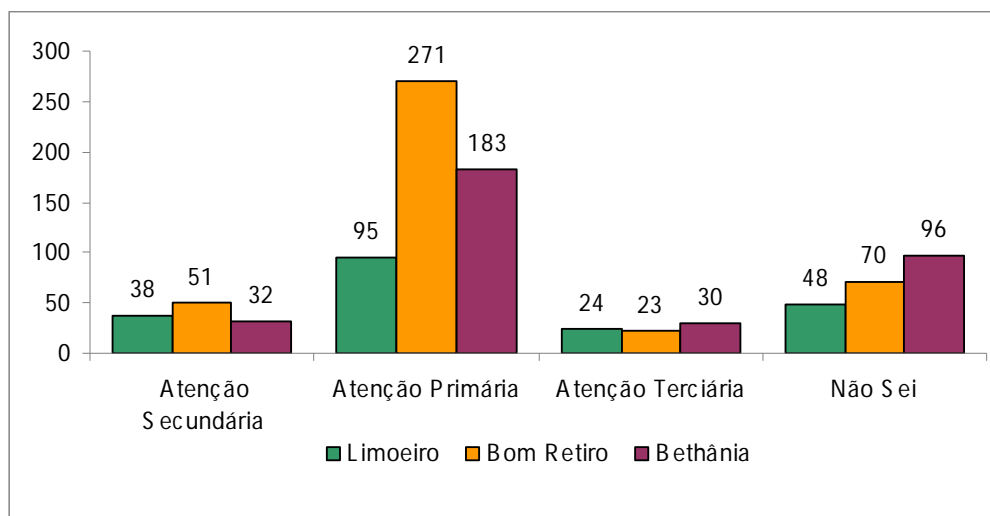


Gráfico 99 - Frequência das respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde

Tabela 100 - Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde

NIVEIS	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Atenção secundária	121	12.6%	12.6%
Atenção Primária	549	57.1%	69.7%
Atenção Terciária	77	8.0%	77.7%
Não Sei	214	22.3%	100.0%
Total	961	100%	

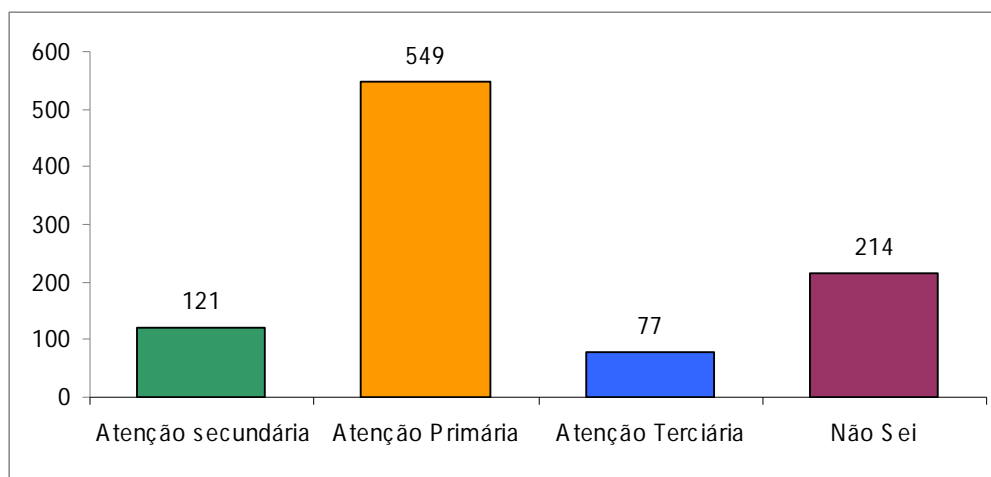


Gráfico 100 - Frequência absoluta e relativa nas respostas à Pergunta 8, nas três Unidades de Saúde

Tabela 101 - Frequência das respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência – conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde

NIVEIS	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Atenção secundária	66	55	121
Atenção Primária	330	219	549
Atenção Terciária	36	41	77
Não Sei	131	83	214
Total	563	398	961

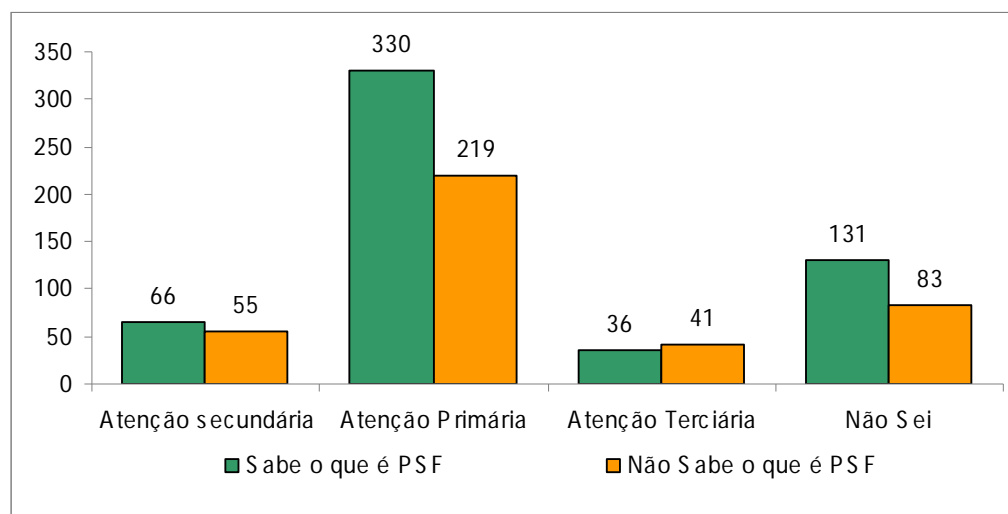


Gráfico 101 – Frequência das respostas à Pergunta 8. Correlação níveis de assistência – conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 102 - Frequência de respostas à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde

FLUXO PSF	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Sabem sobre fluxo de referência	49	118	82	249
Não sabem sobre fluxo de referência	156	297	259	712
Total	205	415	341	961

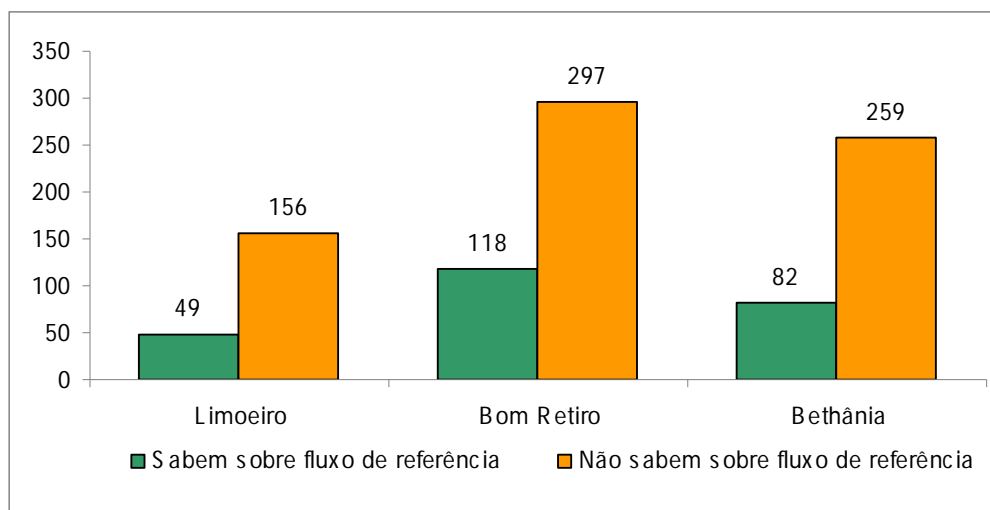


Gráfico 102 - Frequência das respostas à Pergunta 9 nas três Unidades de Saúde

Tabela 103 - Frequência absoluta e relativa do fluxo do PSF, nas três Unidades de Saúde

FLUXO PSF	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Sabem sobre fluxo de referência	249	25.9%	25.9%
Não sabem sobre fluxo de referência	712	74.1%	100.0%
Total	961	100%	

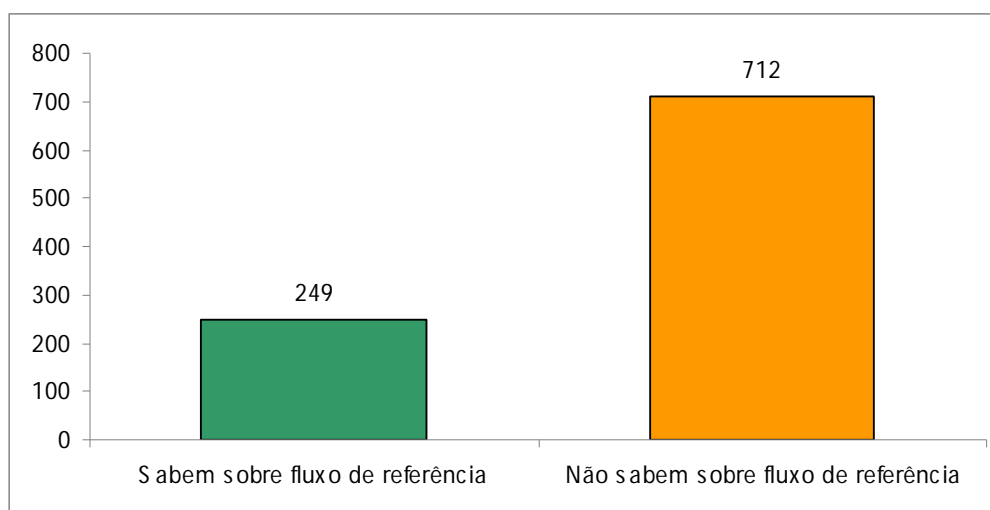


Gráfico 103 - Frequência absoluta e relativa do fluxo do PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 104 - Frequência da coerência na resposta da Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde

COERENCIA	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Resposta Coerente	16	65	32	113
Resposta não Coerente	33	53	50	136
Total	205	415	341	961

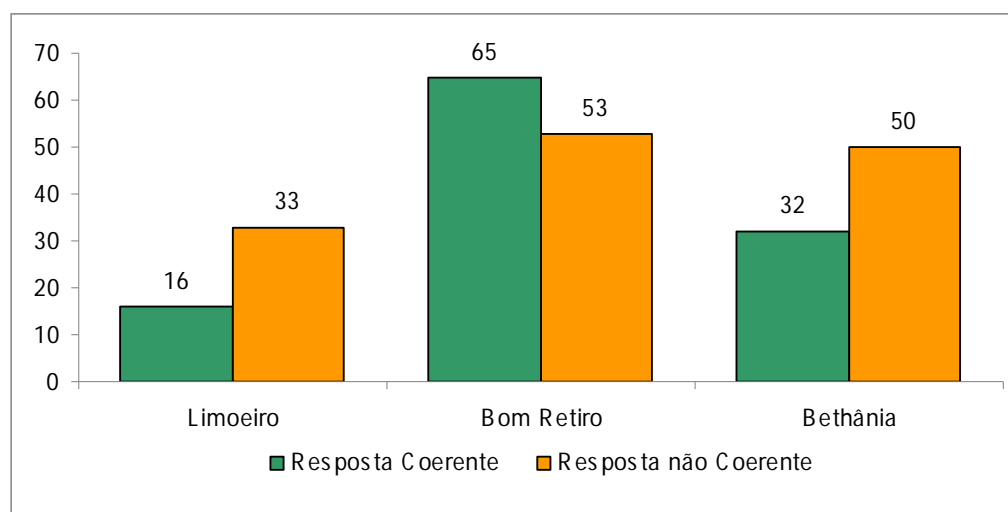


Gráfico 104 - Frequência da coerência das respostas à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde

Tabela 105 - Frequência absoluta e relativa da coerência na resposta à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde

COERÊNCIA	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Resposta coerente	113	45.4%	45.4%
Resposta não coerente	136	54.6%	69.7%
Total	249	100%	

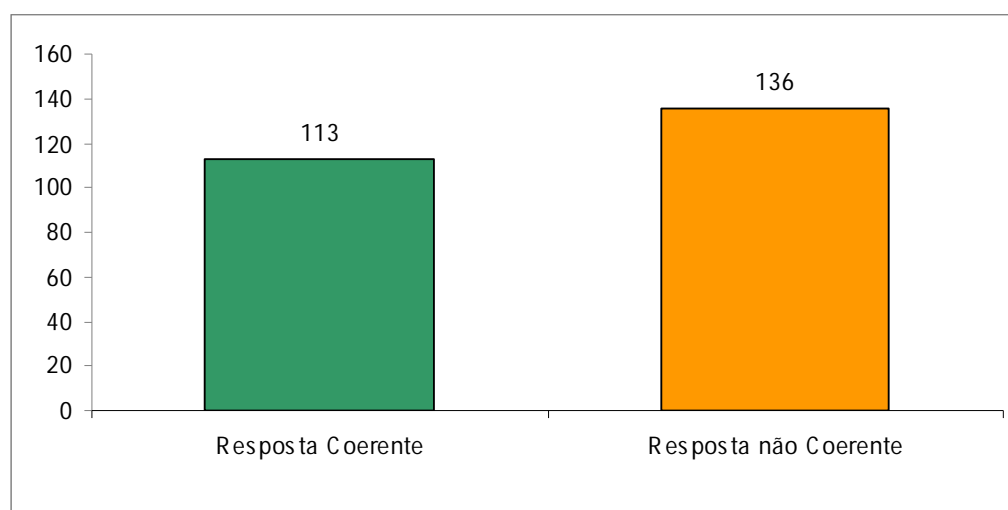
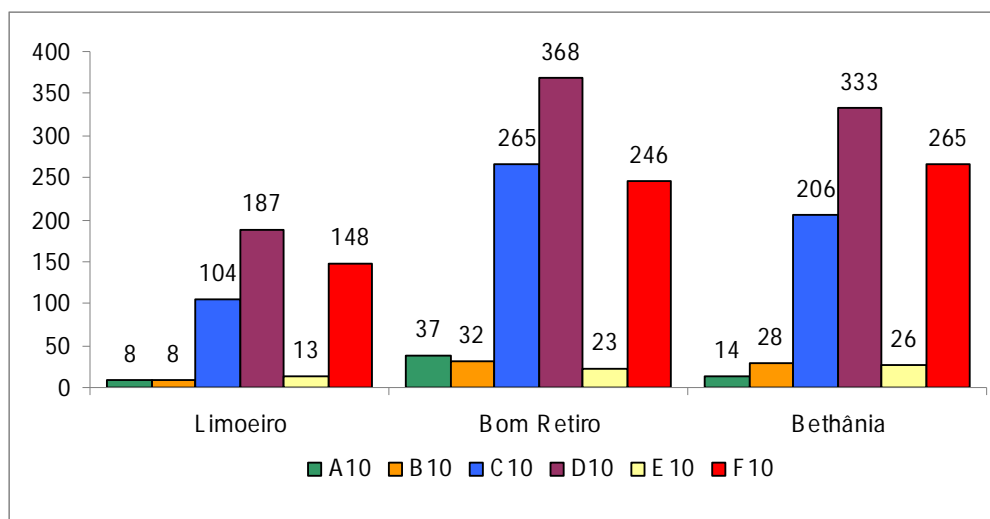


Gráfico 105 - Frequência absoluta e relativa da coerência da resposta à Pergunta 9, nas três Unidades de Saúde

Tabela 106 - Frequência das respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde

SERVIÇOS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A10	8	37	14	59
B10	8	32	28	68
C10	104	265	206	575
D10	187	368	333	888
E10	13	23	26	62
F10	148	246	265	659

A- Cirurgias
 B- Internações
 C- Grupos de educação em saúde
 D- Consultas
 E- Parto
 F- Pré-natal



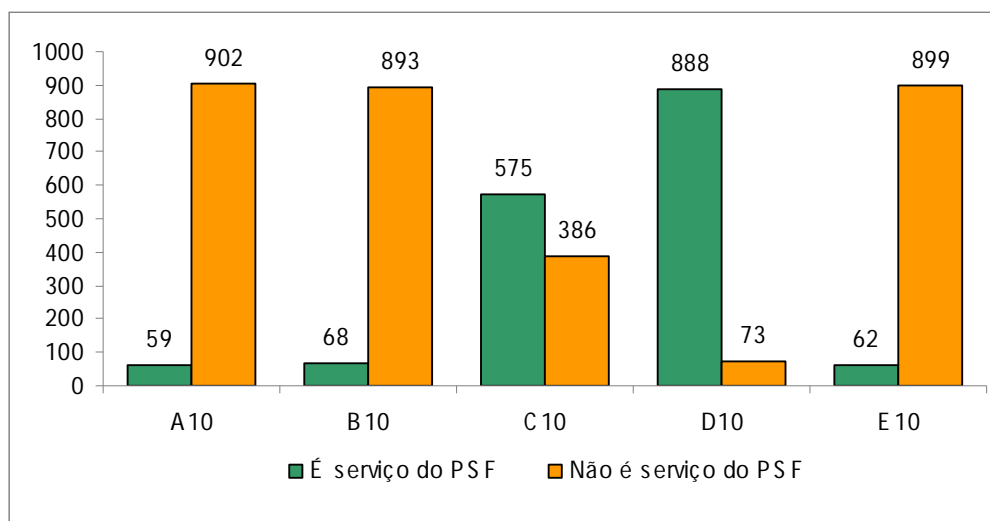
A- Cirurgias B- Internações C- Grupos de educação em saúde D- Consultas E- Parto F- Pré-natal

Gráfico 106 - Frequência das respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde

Tabela 107 - Frequência absoluta de respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde

SERVIÇOS	É serviço do PSF	Não é serviço do PSF	Total
	Absoluta	Absoluta	
A10	59	902	961
B10	68	893	961
C10	575	386	961
D10	888	73	961
E10	62	899	961
F10	659	301	961

A- Cirurgias
 B- Internações
 C- Grupos de educação em saúde
 D- Consultas
 E- Parto
 F- Pré-natal



A- Cirurgias B- Internações C- Grupos de educação em saúde D- Consultas E- Parto F- Pré-natal

Gráfico 107 - Frequência absoluta de respostas à Pergunta 10, nas três Unidades de Saúde

Tabela 108 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde

VEZES USF	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Não freqüente com regularidade	374	38.9%	38.9%
1 vez	268	27.9%	66.8%
2 a 3 vezes	208	21.6%	88.4
3 a 5 vezes	39	4.1%	92.5%
Mais de 5 vezes	35	3.6%	96.1%
Grupo operativo	37	3.9%	100.0%
Total	961	100.0%	

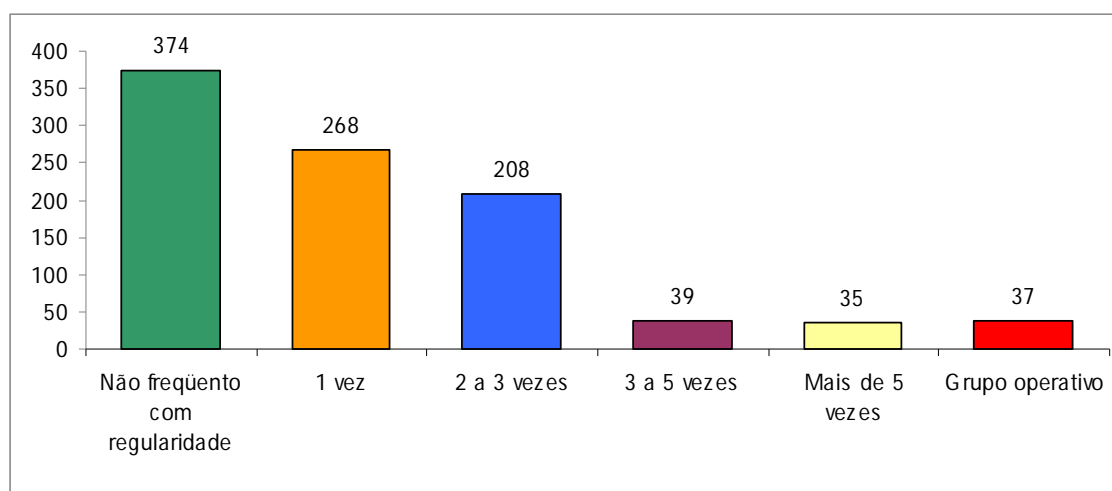


Gráfico 108 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde

Tabela 109 – Frequência de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde

VEZES UBS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Não freqüente com regularidade	56	229	89	374
1 vez	73	92	103	268
2 a 3 vezes	51	62	95	208
3 a 5 vezes	8	10	21	39
Mais de 5 vezes	7	6	22	35
Grupo operativo	10	16	11	37
Total	205	415	341	961

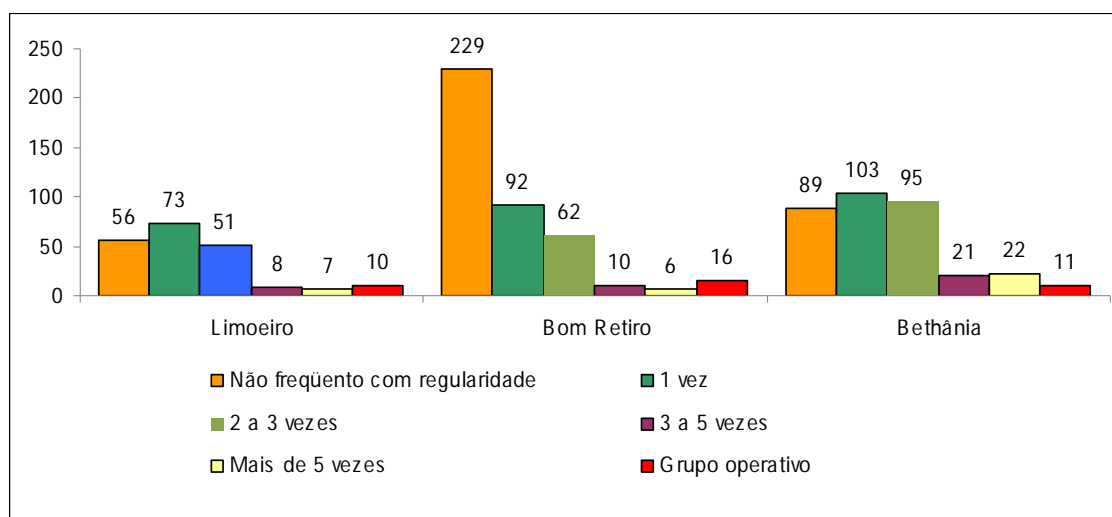


Gráfico 109 - Frequência de respostas à Pergunta 11, nas três Unidades de Saúde

Tabela 110 - Frequência de respostas à Pergunta 11 - Correlação entre vezes USF - conhecimento do PSF, nas três Unidades de Saúde

VEZES UBS	Sabe o que é PSF	Não Sabe o que é PSF	Total
Não freqüento com regularidade	253	121	374
1 vez	155	113	268
2 a 3 vezes	101	107	208
3 a 5 vezes	18	21	39
Mais de 5 vezes	14	21	35
Grupo operativo	22	15	37
Total	563	398	961

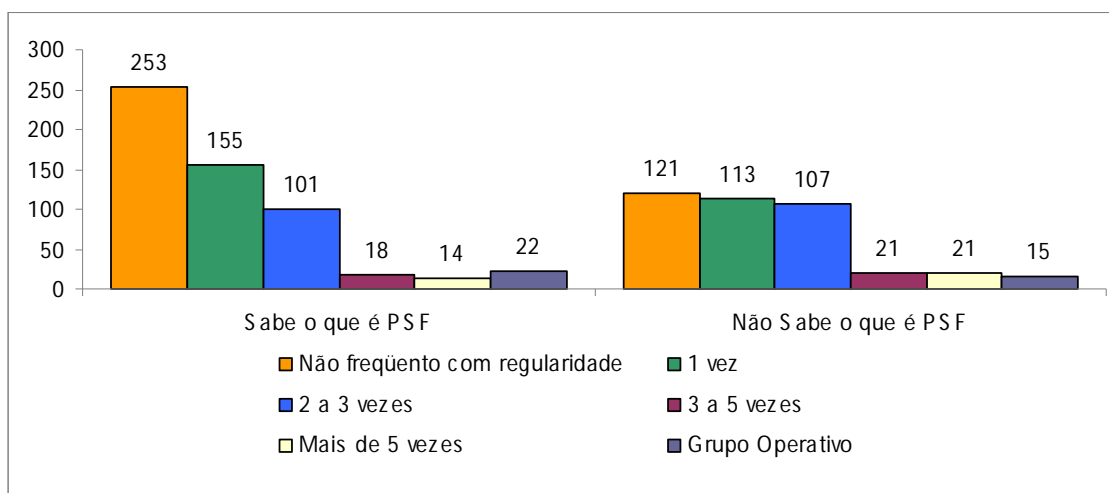


Gráfico 110 - Frequência das respostas à pergunta 11. Correlação vezes USF - Conhecimento PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 111 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços, nas três Unidades de Saúde

SERVIÇOS	Teve acesso	Não teve acesso	Total
A12	561	400	961
B12	125	836	961
D12	37	924	961
E12	293	668	961
F12	204	757	961
G12	27	934	961
H12	10	951	961
I12	110	851	961
J12	12	949	961
K12	10	951	961
L12	57	904	961
M12	3	957	961

A- Consultas médicas

B- Consulta de enfermagem

C- Consulta médica e de enfermagem

D- Somente passou pelo acolhimento

E- Medicamentos

F- Exames

G- Encaminhamento para Policlínica

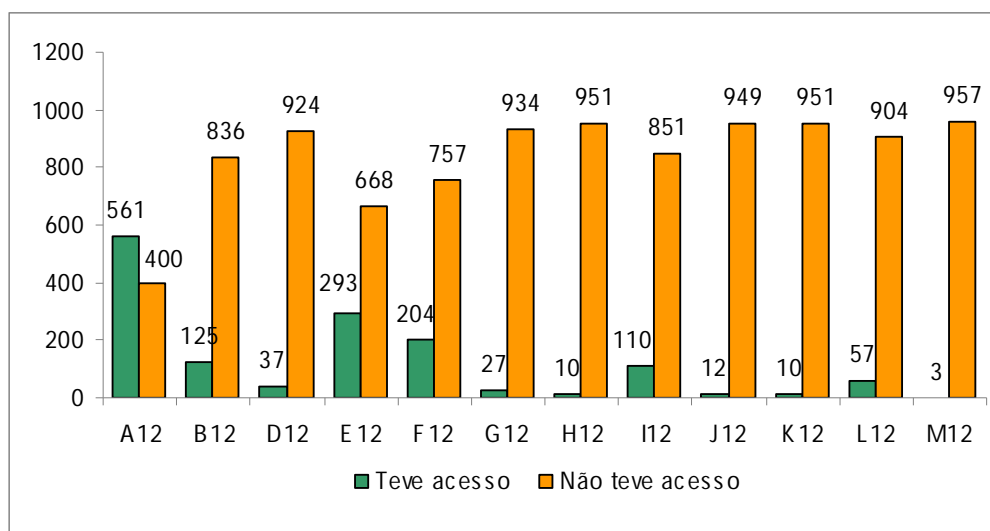
H- Encaminhamento para o Pronto Socorro

I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização

J- Reunião de programas operativos

K- Psicologia

L- Odontologia



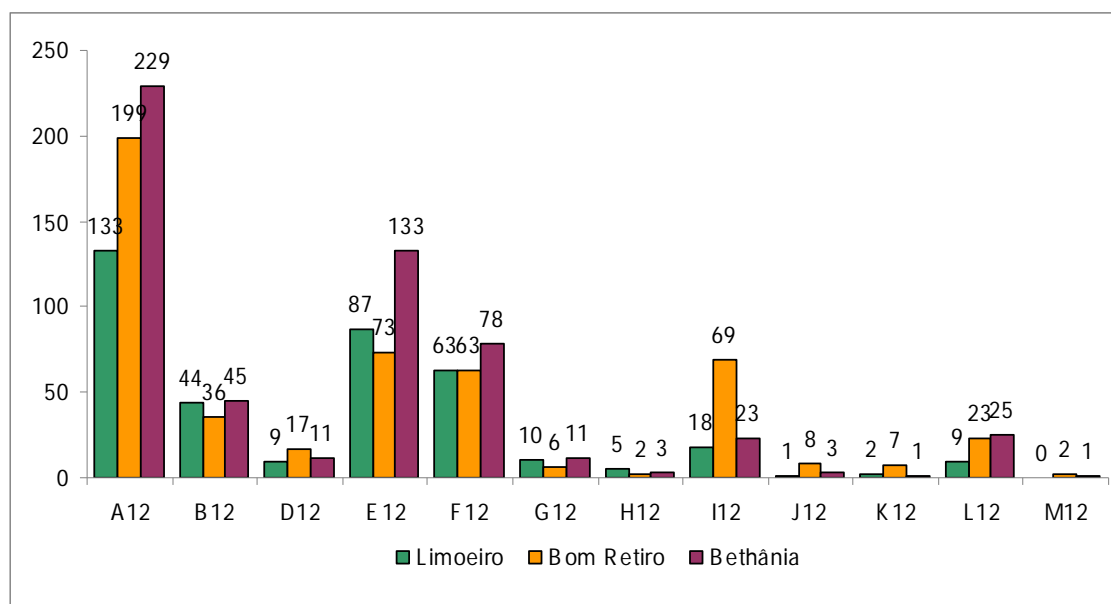
A- Consultas médicas B- Consulta de enfermagem C- Consulta médica e de enfermagem D- Somente passou pelo acolhimento E- Medicamentos F- Exames G- Encaminhamento para Policlínica H- Encaminhamento para o Pronto Socorro I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização J- Reunião de programas operativos K- Psicologia L- Odontologia

Gráfico 111 - Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços no PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 112 – Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços do PSF, nas três Unidades de Saúde

SERVICOS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A12	133	199	229	561
B12	44	36	45	125
D12	9	17	11	37
E12	87	73	133	293
F12	63	63	78	204
G12	10	6	11	27
H12	5	2	3	10
I12	18	69	23	110
J12	1	8	3	12
K12	2	7	1	10
L12	9	23	25	57
M12	0	2	1	3

A- Consultas médicas
 B- Consulta de enfermagem
 C- Consulta médica e de enfermagem
 D- Somente passou pelo acolhimento
 E- Medicamentos
 F- Exames
 G- Encaminhamento para Policlínica
 H- Encaminhamento para o Pronto Socorro
 I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização
 J- Reunião de programas operativos
 K- Psicologia
 L- Odontologia



A- Consultas médicas B- Consulta de enfermagem C- Consulta médica e de enfermagem D- Somente passou pelo acolhimento E- Medicamentos F- Exames G- Encaminhamento para Policlínica H- Encaminhamento para o Pronto Socorro I- Sala de vacina, curativo e/ou nebulização J- Reunião de programas operativos K- Psicologia L- Odontologia

Gráfico 112 – Frequência de respostas à Pergunta 12. Correlação acesso-serviços PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 113 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde

INFORMAÇÕES	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Recebe informações	27	89	66	182
Não recebe informações	178	326	275	779
Total	205	415	341	961

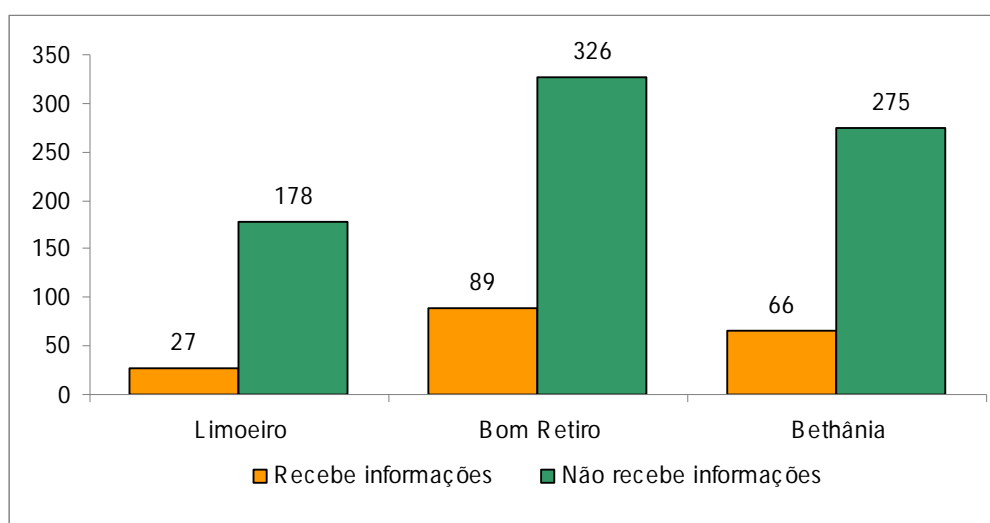


Gráfico 113 - Frequência de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 114 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde

INFORMAÇÕES	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Recebe informações	182	18.9	18.9
Não recebe informações	779	81.1	100,0%
Total	961	100%	

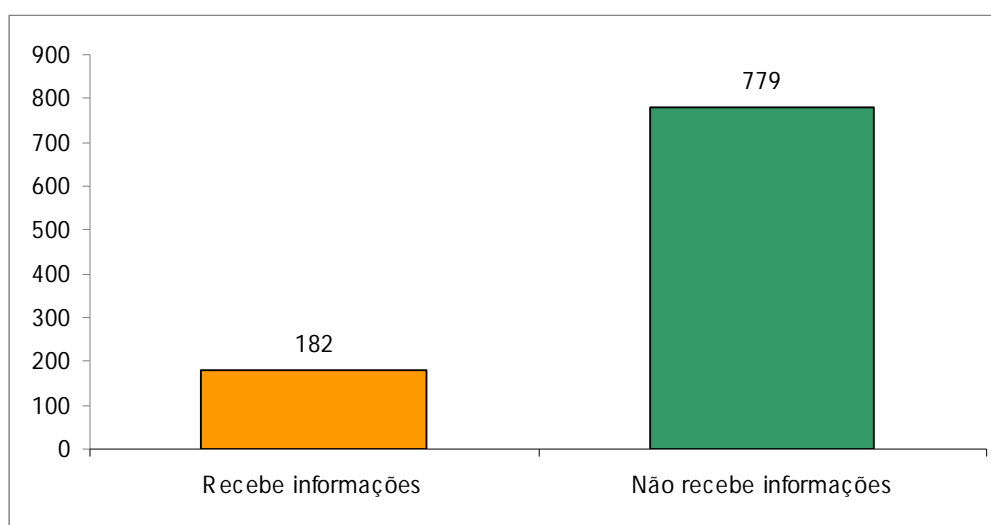


Gráfico 114 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 13. Recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 115 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 13. Explique - Recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde

EXPLIQUE	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
As meninas da equipe	5	2.9%	2.9%
Na própria unidade de saúde	10	5.8%	8.7%
Pela própria unidade de saúde	9	5.2%	13.9%
Pela televisão	5	2.9%	16.8%
Pelos ACS	62	35.8%	52.6%
Outras respostas	82	47.4%	100.0%
Total	173	100.0%	

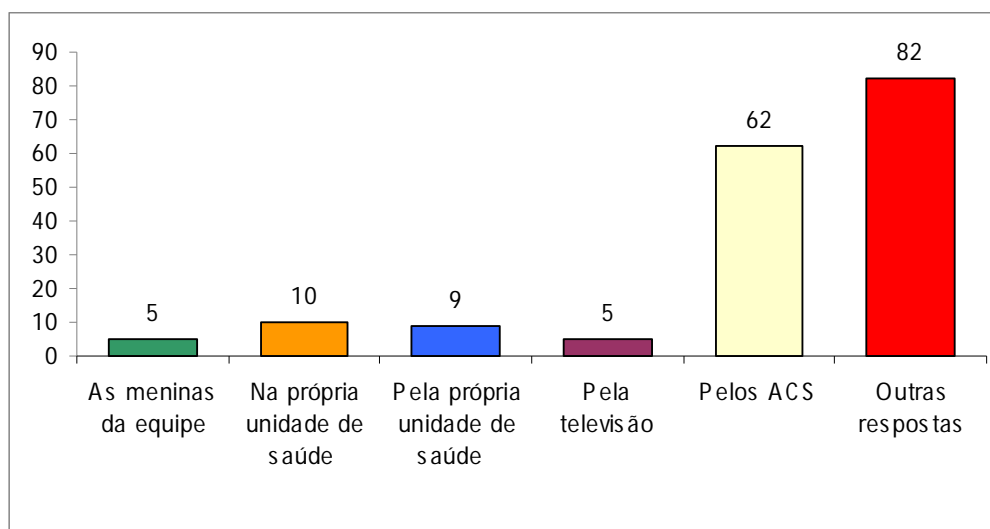


Gráfico 115 – Frequência de respostas à pergunta 13. Explique - Recebe informações sobre PSF, nas três Unidades de Saúde

Tabela 116 - Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - nas três Unidades de Saúde

REUNIÕES CLS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Participa	9	24	9	42
Não participa	196	391	332	919
Total	205	415	341	961

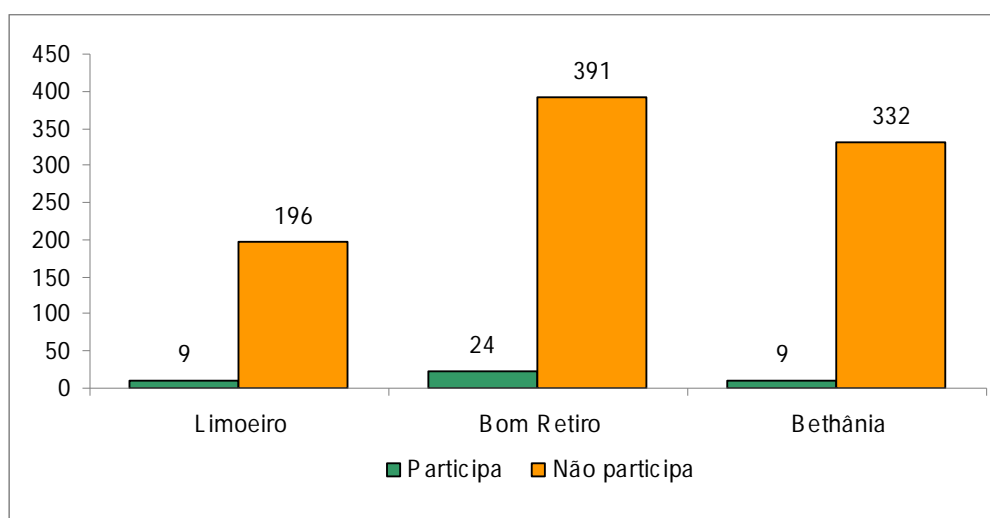


Gráfico 116 – Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas Reuniões da CLS - nas três unidades de saúde

Tabela 117 - Frequência absoluta e relativa das respostas à Pergunta 14. Participação nas Reuniões da CLS - nas três Unidades de Saúde

REUNIÕES CLS	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Participa	42	4.4	4.4
Não participa	919	95.6	100,00%
Total	961	100%	

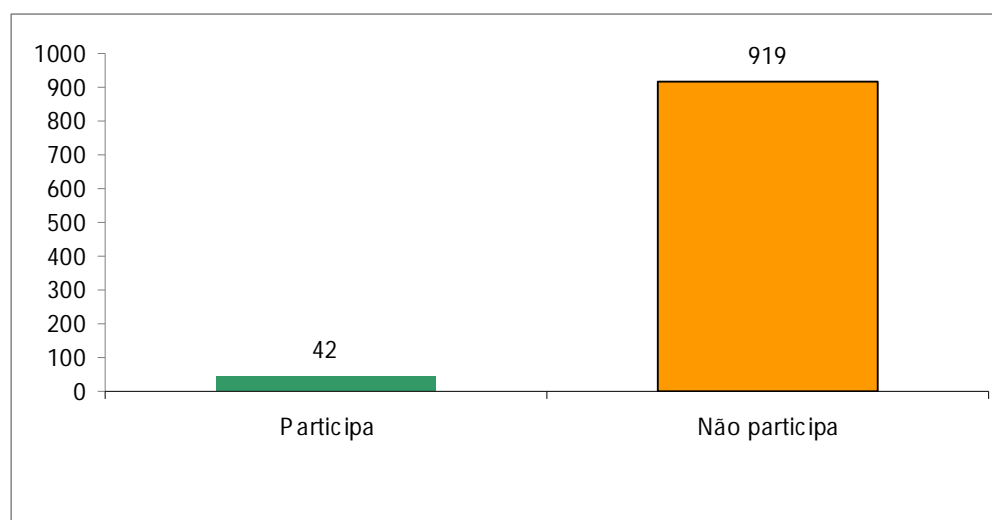


Gráfico 117 – Frequência de respostas à Pergunta 14. Participação nas reuniões da CLS - nas três Unidades de Saúde

Tabela 118 – Frequência de respostas à Pergunta 14. Estratificação das respostas positivas, nas três Unidades de Saúde

POSITIVO	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Mensalmente	4	13	4	21
De 2 em 2 meses	1	1	1	3
De 3 em 3 meses	1	3	1	5
Somente assunto importante	3	7	3	13
Total	9	24	9	42

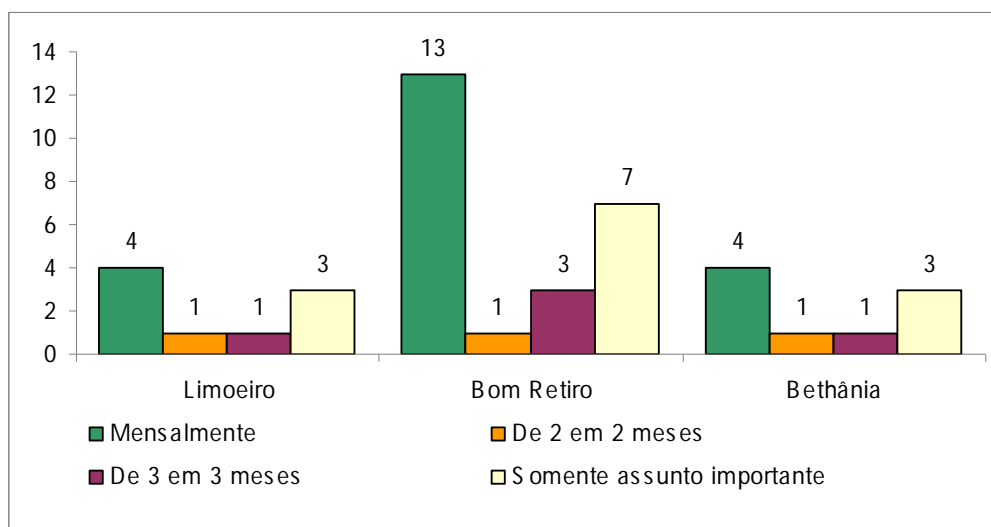


Gráfico 118 – Frequência de respostas à Pergunta 14. Estratificação das respostas positivas, nas três Unidades de Saúde

Tabela 119 – Frequência de respostas à Pergunta 15. Conhecimento das funções da CLS, nas três Unidades de Saúde

CLS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Não Sei	153	268	288	709
Sei	52	147	53	252
Total	205	415	341	961

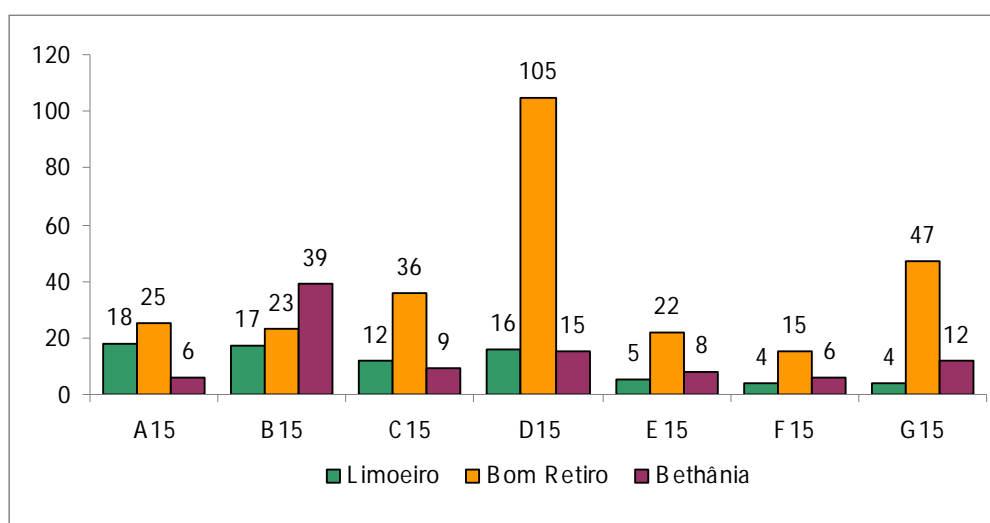


Gráfico 119 – Frequência de respostas à Pergunta 15. Conhecimento das funções da CLS, nas três Unidades de Saúde

Tabela 120 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 15. Conhecimento das funções da CLS, nas três Unidades de Saúde

CLS	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Não Sei	709	73.8%	73.8%
Sei	252	26.2%	100,0%
Total	961	100%	

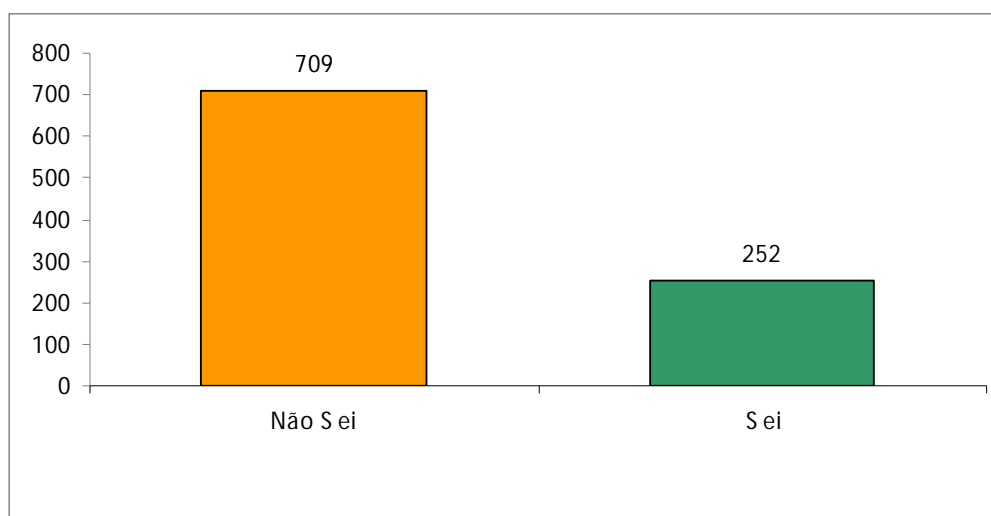
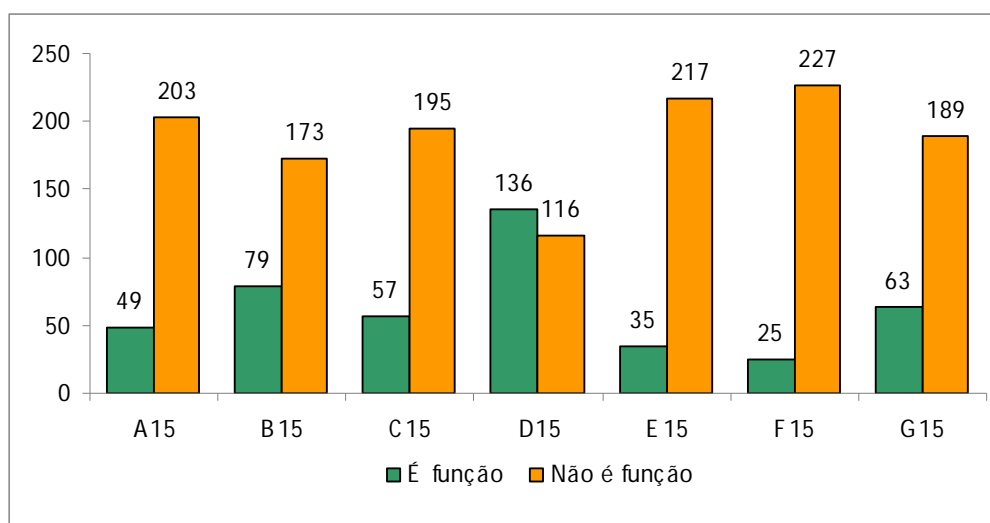


Gráfico 120 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 15. Conhecimento das funções da CLS, nas três Unidades de Saúde

Tabela 121 – Frequência de respostas à Pergunta 15. Funções da CLS, nas três Unidades de Saúde

FUNÇÃO DA CLS	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Total
A15	49	19.4	203	80.6	252
B15	79	31.3	173	68.7	252
C15	57	22.6	195	77.4	252
D15	136	54.0	116	46.0	252
E15	35	13.9	217	86.1	252
F15	25	9.9	227	90.1	252
G15	63	25.0	189	75.0	252

- A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde
 B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade
 C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde
 D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade
 E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade
 F- Ter atendimento prioritário quando necessário
 G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde



A- Lutar para ter mais médicos na unidade de saúde B- Lutar para ter mais médicos e remédios na unidade
 C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência técnica à saúde da comunidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ter atendimento prioritário quando necessário G- Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde

Gráfico 121 – Frequência de respostas à Pergunta 15. Funções da CLS, nas três Unidades de Saúde

Tabela 122 – Frequência de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três unidades de saúde

CMS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Não Sei	162	261	308	731
Sei	43	154	33	230
Total	205	415	341	961

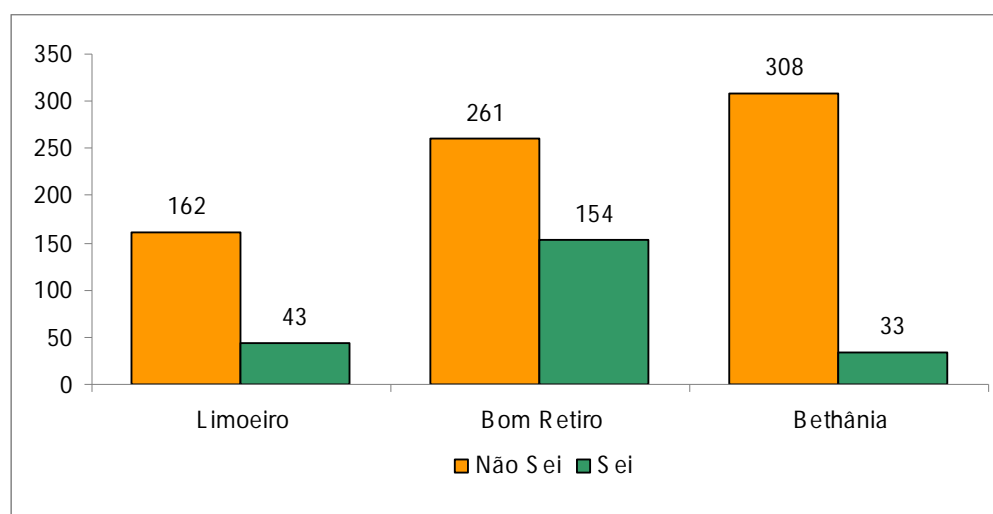


Gráfico 122 – Frequência de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três Unidades de Saúde

Tabela 123 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três Unidades de Saúde

CMS	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Não Sei	731	76.1%	76.1%
Sei	230	23.9%	100,0%
Total	961	100%	

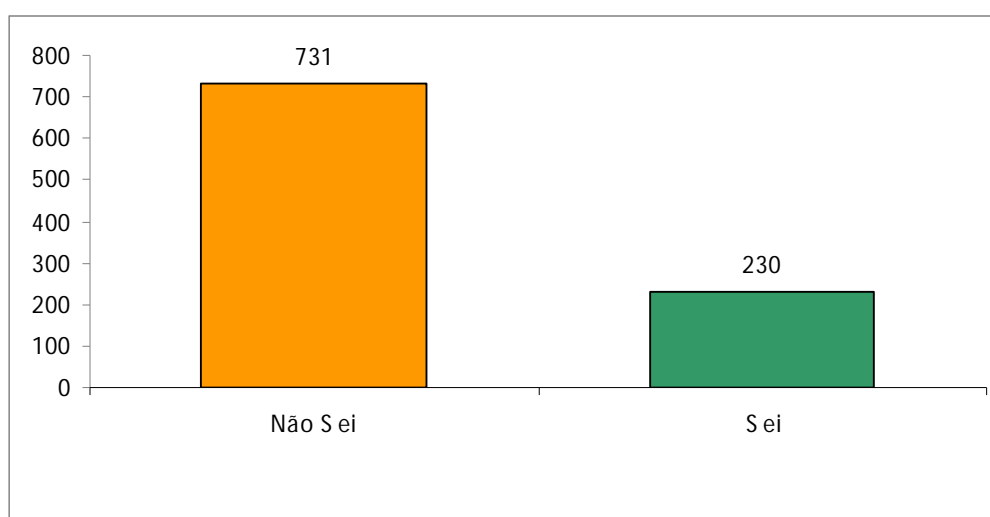


Gráfico 123 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três Unidades de Saúde

Tabela 124 – Frequência de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três unidades de saúde

CMS	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
A16	7	14	3	24
B16	2	19	8	29
C16	11	42	7	60
D16	11	81	15	107
E16	8	61	7	76
F16	1	10	4	15
G16	12	8	2	22

A- Realizar o que a Prefeitura determinar

B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade

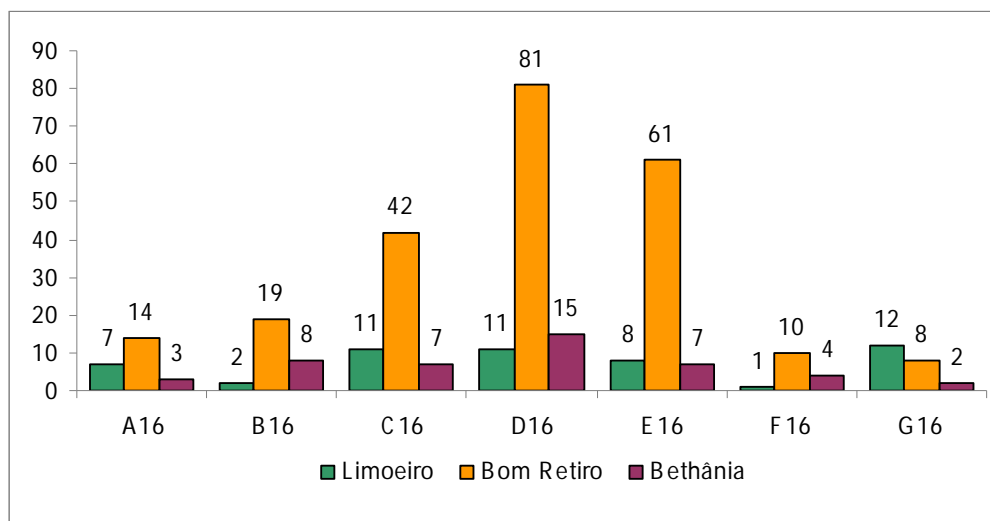
C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde

D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade

E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade

F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro

G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade



A- Realizar o que a Prefeitura determinar B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade

Gráfico 124 – Frequência de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três Unidades de Saúde

Tabela 125 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três Unidades de Saúde

CMS	É função		Não é função		Total
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	
A16	24	10.4%	206	89.6%	230
B16	29	12.6%	201	87.4%	230
C16	60	26.1%	170	73.9%	230
D16	107	46.5%	123	53.5%	230
E16	76	33.0%	154	67.0%	230
F16	15	6.5%	215	93.5%	230
G16	22	9.6%	208	90.4%	230

A- Realizar o que a Prefeitura determinar

B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade

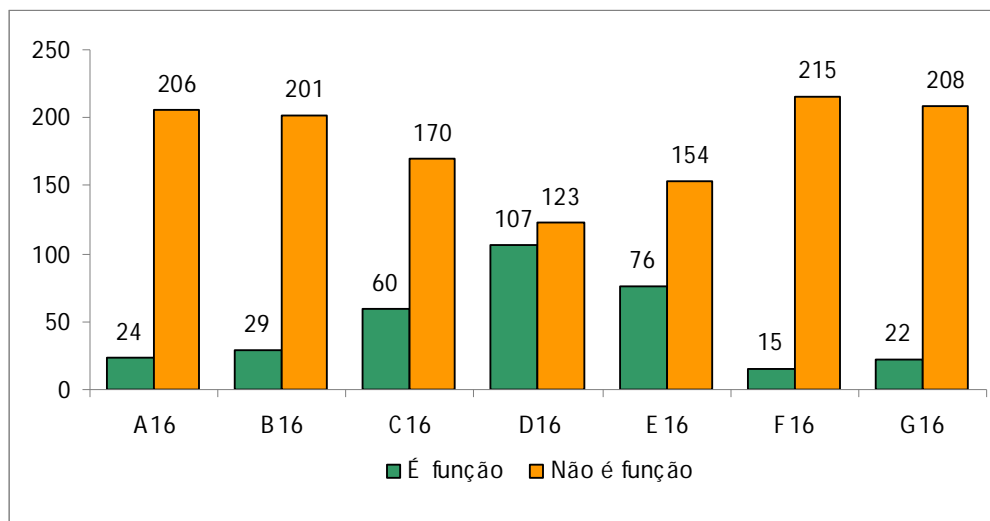
C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde

D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade

E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade

F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro

G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade



A- Realizar o que a Prefeitura determinar B- Principal importância deliberativa na saúde na cidade C- Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde D- Apresentar, analisar e propor propostas para a saúde da cidade E- Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade F- Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro G- Ser um local para Prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade

Gráfico 125 - Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 16. Funções do CMS, nas três Unidades de Saúde

Tabela 126 – Freqüência de respostas à Pergunta 17 nas três Unidades de Saúde

AVALIAÇÃO ESF	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Positivamente	124	306	256	686
Negativamente	27	19	34	80
Regular	11	4	7	22
Não Sabe responder	43	86	44	173
Total	205	415	341	961

(*) Foi considerada pelos entrevistadores a resposta regular, apesar da mesma não se encontrar registrada no formulário.

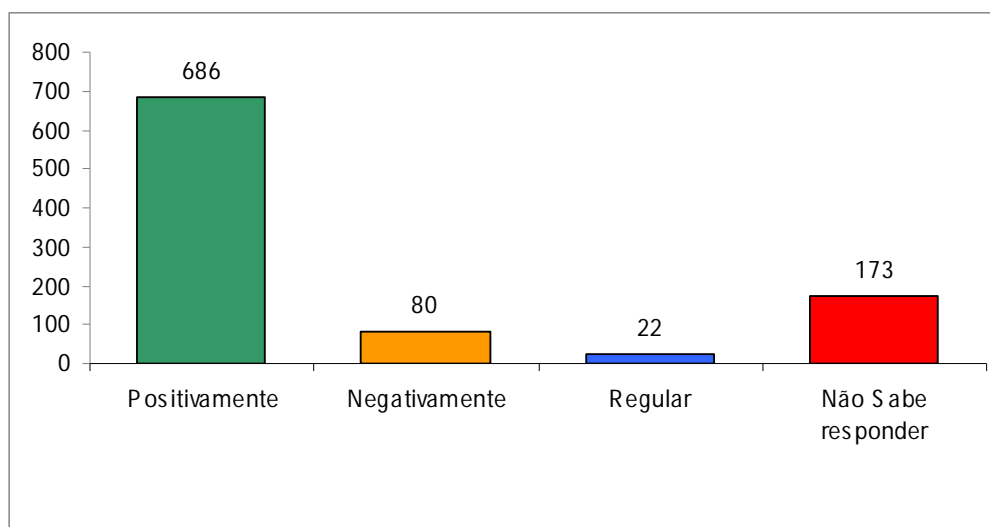


Gráfico 126 – Freqüência de respostas à Pergunta 17 nas três Unidades de Saúde

Tabela 127 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 17 nas três Unidades de Saúde^(*)

AVALIACAO ESF	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Positivamente	686	71.4%	71.4%
Negativamente	80	8.3%	79.7%
Regular	22	2.3%	82.0%
Não Sabe responder	173	18.0%	100.0%
Total	42	100.0%	

(*) Foi considerada pelos entrevistadores a resposta regular, apesar da mesma não se encontrar registrada no formulário.

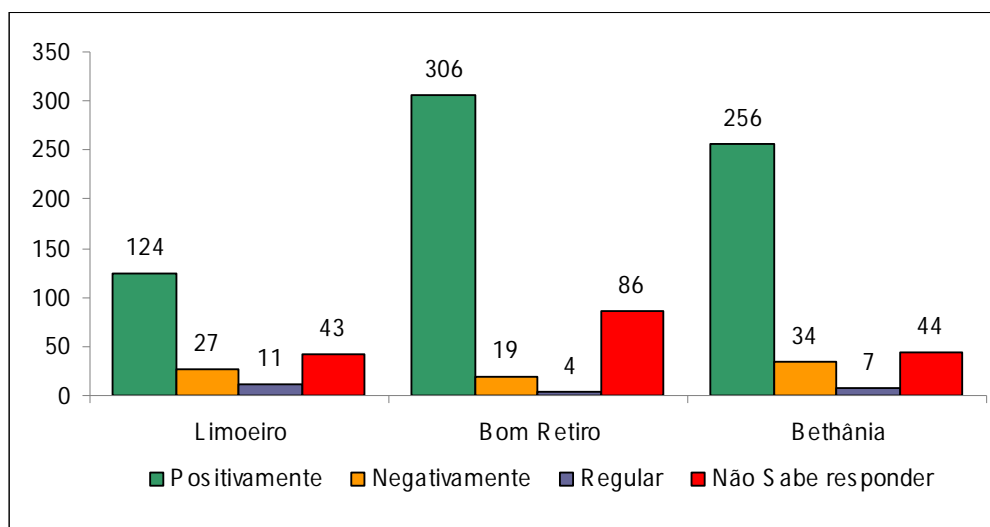


Gráfico 127 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 17 nas três Unidades de Saúde

Tabela 128 – Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - nas três Unidades de Saúde

PLANO DE SAÚDE	Limoeiro	Bom Retiro	Bethânia	Total
Sim	23	258	68	349
Não	182	157	273	612
Total	205	415	341	961

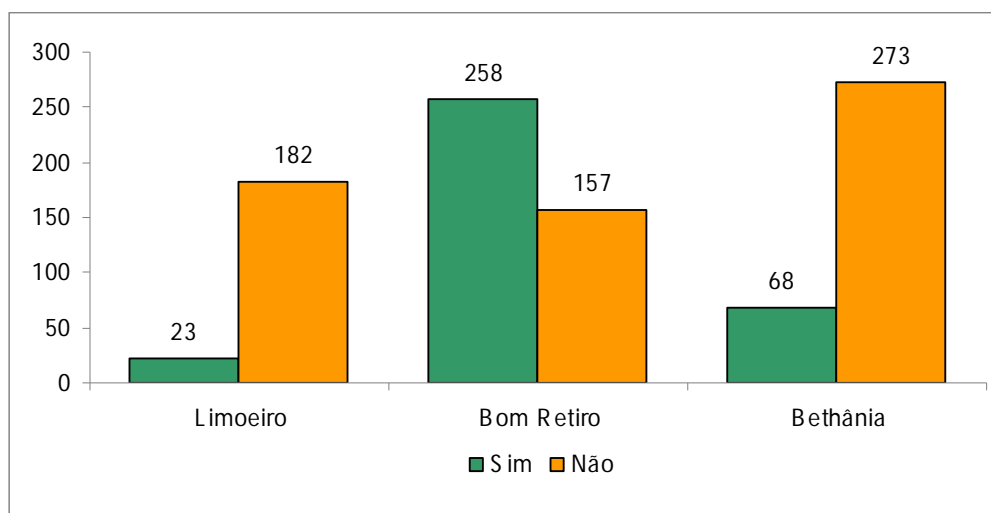


Gráfico 128 – Frequência de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - nas três Unidades de Saúde

Tabela 129 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - nas três Unidades de Saúde

PLANO DE SAÚDE	Freq. Absoluta	Freq. Relativa	Acumulativa
Sim	349	36.3%	36.3%
Não	612	63.7%	100,0%
Total	961	100%	

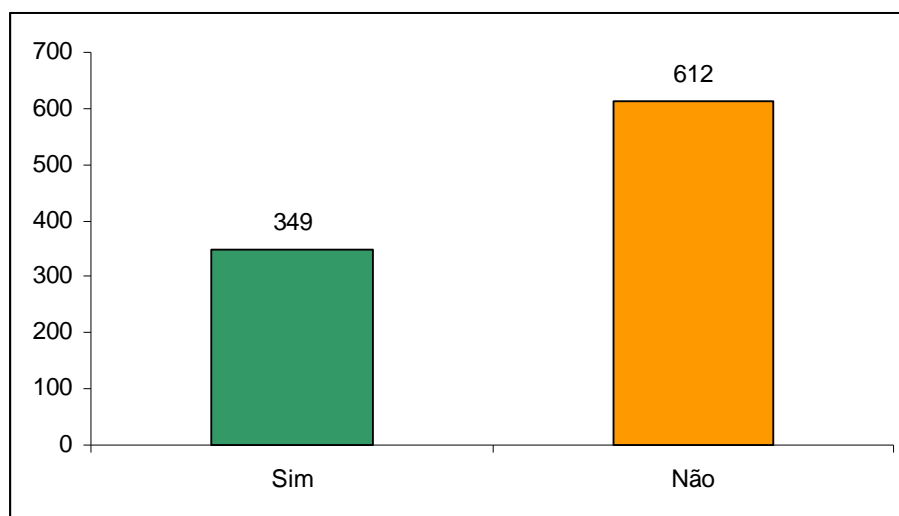


Gráfico 129 – Frequência absoluta e relativa de respostas à Pergunta 18. Plano de saúde - nas três Unidades de Saúde

8 DISCUSSÃO

“Superação é ter humildade de aprender com o passado,
não se conformar com o presente e desafiar o futuro”

Hugo Bethlem

É importante para uma discussão significativa sobre este trabalho, elencar pontos estratégicos que foram apresentados nos resultados da pesquisa. Dentro dessa perspectiva, os usuários entrevistados representam um grupo cuja maioria é composta de mulheres, na faixa etária entre 31 e 40 anos de idade, o que representa um fator há muito comprovado, em que se tem no gênero feminino a grande parcela que mais se preocupa com sua saúde, sendo elas consideradas “as principais promotoras da saúde no mundo” (Declaração de Adelaide- OMS, 2006). Nesse grupo, a renda varia entre 4 e 5 salários (maior frequência), e a minoria é composta de usuários com faixa de renda acima de dez salários mínimos. Os sujeitos pesquisados do gênero masculino se equiparam aos do gênero feminino apenas nos entrevistados acima dos 60 anos.

Em relação ao nível de escolaridade, os entrevistados se distribuem desigualmente. O maior grupo de sujeitos apresenta escolaridade média completa (maioria de mulheres), e o menor grupo é composto de sujeitos que possuem curso superior completo com pós-graduação. No conjunto de sujeitos com o nível de escolaridade médio completo, apenas 20% deles afirmam saber o que é o PSF, enquanto 12% afirmam não saber do que se trata, além disso, 19% das pessoas que possuem o Ensino Fundamental incompleto ou é analfabeto relataram não saber o que é o Saúde da Família. Frente a isso, observa-se que a pesquisa aponta para relação escolaridade-entendimento da ESF, em que quanto menor o grau de escolaridade, menor o entendimento sobre a estratégia.

Analisando-se os resultados da pergunta 01 do questionário, ficou demonstrado que 54% dos entrevistados relatam saber o que é a Estratégia Saúde Família (ESF). Tendo em vista que a ESF foi implantada no município de Ipatinga em 2002, esse dado gera preocupação, já que após quase nove anos de Saúde da Família no município, 46% da população relata não saber o que é a ESF. Partindo da análise do tempo de implantação da estratégia nas unidades de saúde pesquisadas, a preocupação se torna ainda maior: na Unidade do Limoeiro, primeira a receber a ESF no município, 51,2% dos entrevistados relata não saber o que é a ESF, contra 52,2% dos entrevistados do Bethânia, última unidade a receber a estratégia no município. Já o Bom Retiro, unidade intermediária de implantação, 27,7% relata não saber o que é a ESF, o que nos demonstra que o fator de cronologia (tempo) da implantação, pode não ser determinante para que a população tenha mais ou menos entendimento sobre a ESF. Ao analisar esses dados, referentes aos usuários com a renda familiar de até 1 salário mínimo, 70,4% e 60,9% dos entrevistados nas Unidades de Saúde dos bairros Bethânia e Limoeiro respectivamente, relatam não saber o que é a ESF, nos indicando que também existe uma relação renda-entendimento sobre a estratégia, ou seja, quanto menor a renda do usuário, menor seu entendimento sobre a ESF. Ainda analisando a variável conhecimento da ESF, observa-se que o maior indicador de conhecimento ocorreu na Unidade de Saúde do bairro Bom Retiro, com 72,3%, contra 47,8% e 48,8% das unidades do Bethânia e Limoeiro respectivamente. Esse indicador merece destaque, tendo em vista que os usuários referenciados para Unidade de Saúde do Bom Retiro são de classe média e classe média alta, sendo, inclusive, nesta Unidade onde foi mensurado o maior número de usuários que relataram possuir algum plano de saúde - 62,2% - contra 19,9% e 11,2% das Unidades de Saúde do Bethânia e do Limoeiro respectivamente, ao contrário dos usuários dessas duas unidades, que estão localizadas em bairros com indicador sócio-econômico menos favorecido

no município. Tal estudo serve para reforçar a tendência de que quanto melhor as condições sócio-econômicas, melhor o entendimento sobre a Estratégia Saúde da Família.

Um fator importante na análise do relato de conhecimento dos usuários sobre a ESF está no indicador da forma como tomaram conhecimento. 48,1% relatam ter tomado conhecimento da estratégia na própria unidade de saúde. Ao somar esse indicador aos 18,3% que tomaram conhecimento através de amigos, parentes e vizinhos, totaliza 64,7% de acesso ao conhecimento através do que pode ser chamado de relações interpessoais. Em contrapartida, meios de comunicação reconhecidamente acessíveis à população, como televisão e rádio, contam apenas com o relato de 12,8% e 2,1%, respectivamente, dos entrevistados. Outro indicador que merece atenção é o conhecimento da ESF adquirido através de materiais cedidos pela prefeitura. Apenas 5,9% dos entrevistados relataram ter tomado conhecimento por meio desses instrumentos, ficando claro que cada instrumento de comunicação tem sua importância, porém as relações humanas são importantíssimas nesse processo.

Já em relação às ações da ESF, a ação mais importante para os sujeitos entrevistados (cerca de 40%) é a consulta médica agendada, em contrapartida, apenas 27,5% dos usuários relataram que no seu entendimento a ação mais importante é as que objetivam a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Como é sabido, o Saúde da Família tem por objetivo ser uma estratégia de reorganização e fortalecimento da atenção primária/básica, devendo ter suas ações focadas, prioritariamente, em promover a saúde e prevenir doenças, esse restrito conhecimento ou até mesmo sua ausência, no tocante às prioridades da estratégia, pode gerar cobranças quase que exclusivas por ações voltadas para a assistência clínica pura e simplesmente, através de consultas, exames e medicamentos em demasia, conforme relatado pelo consultor financeiro Gilson Carvalho em entrevista ao Jornal do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMES (CARVALHO, 2008), em que o mesmo

relata que no Brasil gasta-se R\$ 27 bilhões com medicamentos de compra direta pelos cidadãos. Se forem incluídos os gastos embutidos, os gastos públicos federais, estaduais e municipais, aliados aos gastos privados dos planos de saúde, as cifras podem chegar a aproximadamente R\$ 50 bilhões, o que é fruto de um sistema de saúde altamente medicalizado, fruto de uma cultura do “remédio”, em que se dá o mesmo como resposta aos problemas e necessidade da população, encurtando o processo de atenção ao cidadão, conclui Carvalho (2008).

Quanto ao entendimento dos usuários em relação ao acolhimento na ESF, para metade dos usuários (50%) a finalidade do acolhimento consiste em realizar a triagem para os atendimentos médicos e de enfermagem (variável A3), o que é um dado muito preocupante, tendo em vista que o acolhimento no Saúde da Família tem objetivos mais amplos, como humanizar a atenção ao usuário e ser uma “porta aberta” para educação e orientação em saúde e identificação de riscos que podem interferir no processo saúde-doença, estando à afirmativa majoritária da pesquisa no lado oposto às prioridades do acolhimento na ESF.

O principal papel do médico no Saúde da Família é percebido como sendo o de atender consultas agendadas na própria Unidade de Saúde (variável A4) para a maioria dos sujeitos entrevistados (61%), ficando longe dos 21,4% dos entrevistados que relataram ser realizar atendimentos e atividades de promoção da saúde, e o enfermeiro é visto como o profissional que orienta grupos operativos, realiza curativo e aplica vacinas, para 45,6% dos entrevistados. Essas variáveis nos indicam uma tendência da população em visualizar o papel dos profissionais médico e enfermeiro, centrado restritamente no atendimento clínico-curativo, não reconhecendo seu importante papel como promotores de saúde.

Em relação ao papel do ACS, observou-se um equilíbrio entre os que entendem que o papel desse profissional é o de realizar visitas domiciliares e promover a saúde (35,3%), enquanto que 32% dos entrevistados relataram que seu papel é de agendar consultas e

entregar exames. Nesse aspecto, destaca-se os resultados da Unidade de Saúde do Bom Retiro, onde 50,6% dos entrevistados relataram ser a variável realizar visitas domiciliares e promover saúde, contra 41,5% da Unidade do Limoeiro (primeira a receber a ESF no município). Tal fato pode estar relacionado às variáveis sócio-econômicas e de escolaridade, como já discutido anteriormente.

Quando o assunto foi territorialização (importância do atendimento na ESF ser dividida em equipes), 40,5% relataram não saber da importância. Analisando o percentual de 59,5% de respostas positivas, as justificativas apresentadas foram de grande diversidade. Praticamente cada sujeito entrevistado tem sua opinião. A frequência maior de respostas aponta como razão para a territorialização a finalidade de facilitar o atendimento. Esse resultado indica que há certa congruência entre a razão facilitar o atendimento e a percepção dos usuários de que a ESF está inserida no nível de Atenção Primária/Básica à Saúde, tendo em vista que 57,1% afirmaram que a ESF atende a Atenção Primária/Básica e a territorialização é um dos princípios norteadores da Atenção Primária/Básica, com o objetivo de vincular os usuários em unidades locais de saúde o mais próxima possível de seu domicílio. Porém, quando o questionamento é relacionado ao entendimento sobre os fluxos de referência e contra-referência entre a ESF e os demais níveis da assistência à saúde, 74,1%, relatam não saber como funcionam e, conseqüentemente, sua importância. Essas variáveis nos indicam que, apesar de 58,6% dos usuários pesquisados relatarem saber o que é a ESF, princípios organizacionais da estratégia como territorialização e os fluxos com os demais níveis da assistência, necessitam, possivelmente, ser mais bem esclarecidos junto à população.

A maioria dos usuários (92,4%) vê a ESF como prestadora de serviços de consultas e apenas 1,2% considera as atividades de promoção e prevenção (centradas em sua grande maioria nos grupos operativos), podendo esse dado estar relacionado ao fato de que a maior demanda junto às Unidades de Saúde seja por consultas. Assim, o serviço mais lembrado

pelos usuários é a consulta médica ou de enfermagem, mesmo entre aqueles que já utilizaram outros serviços. Mesmo assim, tal indicador merece reflexão quando se analisa as respostas à pergunta 11 e 12 do questionário, que tratam, respectivamente, do número de vezes que o usuário procurou a unidade de saúde no último mês e do (s) serviço(s) a que teve acesso na última vez que procurou a unidade de saúde. 38,9% relataram não freqüentar a unidade de saúde com regularidade e 58,3% relatam que tiveram acesso a consultas médicas na última vez em que procurou os serviços na USF. Desta feita, fica um indicativo na pesquisa de que o fato de os usuários não freqüentarem com regularidade a unidade de saúde, além de dificultar seu entendimento sobre a ESF (já que a maioria toma conhecimento da mesma na própria USF, como já debatido anteriormente), pode ser um fator que possivelmente comprove que os mesmos só procuram a unidade quando estão doentes e necessitando de consultas médicas, ao passo que o recomendável seria buscar os serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos com regularidade.

Outro dado relevante no processo de estabelecimento do conhecimento da população sobre a ESF, é a continuidade na prestação de esclarecimentos e informações sobre a estratégia. Nesse aspecto, a pesquisa apurou que 81,06% dos entrevistados relataram que não continuam recebendo informações sobre a ESF, indicador preocupante, tendo em vista que a educação permanente para o controle social é uma das pautas do Pacto Pela Saúde instituído pelo Ministério da Saúde, o que foi abordado durante este trabalho. Nessa variável, destacam-se os resultados da Unidade de Saúde do Limoeiro (primeira a receber a ESF no município), onde apenas 13,2% dos usuários relatam continuar a receber informações. Ao analisar as respostas dos que confirmam continuar a receber informações sobre a estratégia, 35,8% relatam receberem-nas através dos agentes comunitários de saúde (ACS), dado positivo, tendo em vista que é este profissional do Saúde da Família a ter contato com maior freqüência junto à comunidade, daí a importância de fomentar na prática profissional dessa categoria a

necessidade de ampliar, no escopo de suas ações, o constante esclarecimento sobre o que de fato é a ESF.

Quando se analisa as dimensões da pesquisa, centradas na prática do controle social, os dados são ainda mais alarmantes. Quando questionados se participavam ativamente das reuniões da comissão local de saúde (CLS), 95,6% dos entrevistados relataram não participarem e, dos 4,4% dos que participam, 50,0% relatam participarem mensalmente, o que é desejável, tendo em vista que é esta a periodicidade dos encontros comunitários. Quando se avalia o conhecimento a respeito das funções da CLS, o resultado também é preocupante, tendo em vista que 73,8% dos pesquisados relatam não conhecerem as funções e, dos 26,2% que relatam saber, 53,7% manifestam como sendo sua função Lutar para ter mais médicos e remédios na USF. Esses dados demonstram que mesmo declarando saber as funções da CLS, a principal afirmativa relatada pelos usuários não confirma o correto entendimento, tendo em vista que as funções propositivas e fiscalizadoras, juntamente com indicativos para o Conselho Municipal de Saúde (CMS), são, de fato, as principais atribuições da CLS.

Já em relação às funções do CMS, a variável Fiscalizar as ações de saúde na Unidade corresponde a 52,5% das respostas dos entrevistados. Assim, como nos dados a cerca da CLS, novamente as principais funções, que são as propositivas e fiscalizadoras para as ações de saúde no município não representa a maioria estatística das respostas, o que demonstra notória distorção no perfil do entendimento e conseqüentemente do exercício do controle social.

Em relação à contratação de plano de saúde, a pesquisa possibilita reflexões importantes. Encontra-se na Unidade de Saúde do Bom Retiro (unidade como já citada de melhor perfil sócio-econômico) o maior índice de usuários que possuem algum tipo de contrato com plano de saúde privado, 62,2%. Em contrapartida, as Unidades de Saúde do Limoeiro e Bethânia, abrigam os menores índices, 11,2% e 19,9%, respectivamente (fato possivelmente justificado pelo fato de nestes bairros estarem abrigados os indicadores sócio-

econômicos insatisfatórios). Ao avaliar a amostra total, constata-se que 63,7% dos entrevistados confirmaram não possuírem algum plano de saúde privado, o que comprova que essa mesma parcela pode ser considerada “SUS dependente” e conseqüentemente tem na ESF sua principal forma de assistência à saúde.

Finalmente, ao analisar qual a avaliação geral dos usuários a respeito da ESF, os dados são satisfatórios. 71,4% dos entrevistados avaliam positivamente a ESF, contra apenas 8,3% que avaliam negativamente. Isso leva a crer que o fato de entender ou não corretamente o que de fato é e quais os princípios do Saúde da Família não interfere na clareza que os usuários têm da qualidade dos serviços prestados por ela. Mesmo assim, estrategicamente, é preciso entender que de pouco adianta usuários satisfeitos, mas que utilizam os serviços de maneira incorreta, aliado a indicadores de saúde desfavoráveis, quando for o caso.

Diante do debate centrado nos resultados elencados na pesquisa, é importante destacar uma possível necessidade de ampliar os estudos a respeito do papel dos profissionais do Saúde da Família neste contexto. Como está o nível de entendimento efetivo sobre a ESF das equipes de Saúde da Família e porque não de outros profissionais não vinculados diretamente às equipes mas que participam do processo de referência de contra-referência com esta estratégia e como os mesmos se inserem dentro do processo de solidificação do conhecimento e entendimento dos usuários a respeito da Estratégia Saúde da Família. Variáveis como essas não podem ser descartadas dentro desse processo. Possivelmente só teremos usuários envolvidos se tivermos profissionais comprometidos. Frente ao debate, concluímos.

9 CONCLUSÃO

“Se você deseja um ano de prosperidade, cultive grãos. Se você deseja 10 anos de prosperidade, cultive árvores. Mas se você deseja 100 anos de prosperidade, cultive gente.”

Ditado Chinês

Ficou constatado um número significativo de usuários que relatam espontaneamente, e logo no primeiro questionamento, não conhecer de modo satisfatório a ESF, e os que relatam conhecer (que representam 12,8% a mais dos que não sabem), ao longo da aplicação do questionário, demonstram instabilidade nos indicadores de conhecimento em diversas variáveis constantes na pesquisa, o que merece atenção, tendo em vista que dizer exclusivamente que “sabe o que é a ESF” pode não condizer de fato com a realidade.

A grande maioria dos usuários pode ser considerada “SUS dependentes”, haja vista que declararam não possuírem plano de saúde, fica comprovada a necessidade de se debater no treinamento introdutório de implantação de novas equipes de Saúde da Família, a inclusão de informações permanentes sobre a estratégia no escopo das ações das equipes, tendo em vista que as relações interpessoais é o principal instrumento de divulgação e conseqüente forma como a população toma conhecimento sobre a ESF, especialmente pelos agentes comunitários de saúde, o que não quer dizer que os demais membros não devam incorporar essa prática. Esse processo deve ser dinâmico, com envolvimento e responsabilidade de todos, do vigilante da Unidade de Saúde, passando pelos auxiliares de serviços gerais, até profissionais técnicos e administrativos. Estima-se, dessa forma, que o processo de solidificação do entendimento sobre a ESF possa ser potencializado, bem como minimizadas as distorções na busca pela assistência por ela ofertada. Os demais instrumentos de divulgação / esclarecimento são importantes, porém merecem ser analisados de acordo com o

objetivo a que se propõem e a forma como são empregados. O estudo comprovou que meios de comunicação sabidamente populares como televisão e rádio não foram apontados como as principais formas como os usuários tomam conhecimento da ESF, assim como os tradicionais materiais gráficos da prefeitura municipal não apresenta, segundo a pesquisa, o impacto esperado, o que comprova a necessidade de uma constante avaliação, minimizando aplicação de recursos sem atingir a meta esperada.

Fica claro que o nível de conhecimentos demonstrados pelos usuários da ESF não oferece a segurança necessária para que se possa afirmar que a Estratégia Saúde da Família é realmente entendida pelos usuários das Unidades de Saúde de Ipatinga, gerando, desta forma, diversas conseqüências para o sistema municipal de saúde como: busca por atendimentos centrados nas consultas médicas e conseqüentemente na prática curativa e assistencialista (não que esse fator seja preponderantemente negativo, mas a expressão como se configurou no estudo sim), baixa freqüência aos grupos operativos/educação e promoção da saúde (sendo que essas atividades, conforme preconizado pela ESF, deveriam ocupar a grande demanda de atividades no âmbito da Unidade de Saúde), percepção equivocada das atribuições dos recursos humanos como médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (não reconhecendo, em sua maioria, papéis importantes na prática diária de suas atividades, sobretudo quando se trata de ações que não sejam de cunho curativo e assistencialista), distorções quanto ao entendimento da importância da divisão do trabalho por equipes para a Estratégia Saúde da Família (o que gera, muitas vezes, cobranças para mudanças de equipes, o que para o processo de vínculo do usuário com os profissionais é indesejável), elevado desconhecimento sobre o papel dos fluxos de referência e contra-referência entre a Estratégia Saúde da Família e os demais níveis da assistência à saúde (acarretando situações de embates entre usuários e profissionais quando da necessidade de encaminhar o paciente para outros setores quando extrapola o nível de competência da ESF).

O exercício do controle social, em parte, também responde pela insuficiência de conhecimentos, tendo em vista que poucos são os usuários que participam ativamente da Comissão Local de Saúde (CLS), fórum legalmente constituído para debates de questões que envolvem o cotidiano do serviço local de saúde e conseqüentemente momentos oportunos para prestação de esclarecimentos e saneamento de dúvidas. Aliado a esse fator, constatou-se ainda que quase a totalidade dos entrevistados não conhece as funções tanto da CLS, quanto do Conselho Municipal de Saúde e, não entendendo as atribuições desses importantes fóruns de exercício do controle social, além do natural afastamento de suas atividades, os usuários se excluem de oportunidades para amplos debates em torno das questões relacionadas à saúde no município, de forma especial no tocante a Estratégia Saúde da Família.

Portanto, com base nas avaliações realizadas, conclui-se que os usuários da ESF no Município de Ipatinga, MG, não conhecem de modo satisfatório a estratégia, e em decorrência desse fato, utilizam, em grande parte de modo restrito e equivocado, os serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família. Para tanto, entendemos que o incremento das ações propostas ao longo deste capítulo, juntamente com o fomento por parte dos gestores e organizações não governamentais para uma maior participação dos usuários, pode ser fonte de constante atualização, oferecimento de informações sobre a ESF, além de potencializar o controle social no município, tão fragilizado como foi apresentado ao longo da pesquisa.

Os resultados alcançados nesta pesquisa permitem, ainda que indiretamente, que se proceda a uma reflexão por parte dos gestores em todas as esferas de governo a respeito de seu entendimento sobre a ESF e conseqüentemente do SUS, na medida em que a cada pergunta respondida, foi oferecida aos mesmos uma oportunidade de revisão de seus conceitos e até uma avaliação mais ampla da ESF.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. P. (Org.). **A ordem do progresso**: cem anos de política econômica, 1889-1989. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

ALMG - Assembléia Legislativa de Minas Gerais, 2006. Disponível em: www.almg.gov.br. Acesso em: 20 dez 2008.

ALVES, M. H. M. **Estado e oposição no Brasil**: 1964-1984. Petrópolis: Vozes, 1987. 424 p.

ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/ANEPS/index-ANEPS-interno.htm>. Acesso em 10 dez 2008.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. 1. ed. São Paulo: Liber Livros.v.3, 2006.

BOBBIO, N. **A teoria das formas de governo**. Trad. Sérgio Bath. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 2000. 183 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Publicação do Ministério da Saúde, Edição Especial. Ano VIII – nov. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS**. Brasília, DF, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Participa SUS**: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS - Versão preliminar para discussão na SGP. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. **Projeto de pesquisa sobre Satisfação de Usuários do SUS**. DATA Unb/Pesquisas Sociais Aplicadas, Brasília, DF. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto da Saúde**. Brasília, 2006c.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Disponível em: www.mdic.gov.br. Acesso em: 05 dez 2008a

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. www.ibge.gov.br. Acesso em: 20 set 2008b.

CAMPOS, G.W.S. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil** - participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 135 p.

CARVALHO, G. CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Jornal CONASEMES**, maio de 2008, número 12, p.8. Disponível em: www.conasems.org.br. Acesso em 30 dez. 2008.

CHAVES, L. M. **Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritas em Goiânia-GO**. 2002. [Dissertação Mestrado]. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

CORTES, S. M. V. Pautas de reuniões e participação de usuários em conselho municipal de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 15, 2000. Suplemento.

COSER, L. The notion of control in sociological theory. In: GIBBS, J. **Social control**. Beverly Hills: Sage, 1982. p. 13-22.

CRANE, D. Cultural differentiation, cultural integration, and social control. In: GIBBS, J. **Social control**. Beverly Hills: Sage, 1982. p. 229-244.

CRUBELLATE, J. M. Participação como controle social: uma crítica das estruturas organizacionais flexíveis. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 2, Art. 20, jul./dez. 2004

FALEIROS, V. P. Estado e massas na atual conjuntura. **Sociedade e Estado**: revista do Depto de Sociologia da UnB, Brasília, v. 1, n.1, p. 25-37, 1986.

_____. **A Previdência Social, o Estado e as Forças Sociais**: a Previdência Social em crise. Relatório Final de Pesquisa apresentado ao CNPq. Brasília. Digitado, 1995.

GIBBS, J. (Org). **Social control**: views from the social sciences. Beverly Hills: Sage, 1982.

GUIZARDI, F.L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):15- 39, 2004.

HABERMAS, J. **O discurso filosófico da modernidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action** – reason and the rationalization of society. Boston: Beacon Press, 1984.

HABERMAS, J. **The theory of communicative action** – lifeworld and system: a critique of functionalist reason. Boston: Beacon Press, 1987.

HOBBS, T. **Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil**. Tradução de João Paulo Morais e Maria Beatriz Nizza da Silva, 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, v. I e II (Coleção Os Pensadores), 1988.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 41-66.

MEIER, R. Prospects for control theories and research. In: GIBBS, J. **Social control**. Beverly Hills: Sage, 1982. p. 265-276.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAES I. H. S. Informação em saúde para o fortalecimento do controle social do SUS. In: **Seminário de Comunicação, Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, abr. 2006.

OLIVEIRA C. O. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: **Coletânea de Comunicações Informação em Saúde para o exercício do Controle Social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 2007. p. 29-46.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. In: **Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes/Abrasco, 1986.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Adelaide**, 2006. Disponível em: www.oms.org/ Acesso em: 30 dez 2008.

PASUS - Ministério da Saúde. **Projeto de pesquisa sobre Satisfação de Usuários do SUS**. DATA Unb/Pesquisas Sociais Aplicadas, Brasília, DF, 2006, p. 13.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.3. São Paulo, junho 2001.

PEDROSA, J. I. S. A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 13:741-748, 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPATINGA. Disponível em: www.ipatinga.mg.gov.br. Acesso em: 20 set. 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. Reunião da Abrasco em Cachoeira, Bahia. **Saúde em Debate**, Londrina, p.33-38, abr., 1988.

ROSS, E. **Social control and the foundations of sociology**. Boston: Beacon, 1959.

RUSSELL, B. **O Poder** - uma nova análise social. Trad. Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. 189 p.

SILVA, A X.; CRUZ, E. A; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. O Processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – Avaliação do Caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** vol.11 no.1 Rio de Janeiro, jan./mar. 1995.

SILVA, A. B. *et al.* Remapeamento da Unidade de Saúde da Família Paulo Afonso - a visão do usuário. **eFonte: Divulg. saúde debate**; (31): 82-86, dez. 2004. tab LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 418074

SILVEIRA, F. R. S. **Um estudo do poder na sociedade da informação**. Ci Inf. Brasília, v.29, n.3, p. 79, set/dez., 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-196520000003000008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 dez. 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa**. São Paulo: Cortez. 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa, 2004, 172p.

TOFFLER, A. **Powershift**: as mudanças do poder. Trad. Luiz Carlos do Nascimento Silva. Rio de Janeiro : Record, 1990. 613 p.

UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos, 2007. Disponível em: www.ufscar.br. Acesso em: 20 dez 2008.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, v.8 n.2, Rio de Janeiro jul/dez., 1998

VIANA A. L. A., FAUSTO M. C. R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA A. L. A., ELIAS P. E. M., IBÁÑEZ N. (org.). **Proteção social**: dilemas e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. p. 150-67.

APÊNDICE A Questionário



Mestrado Profissional em Saúde da Família

Pesquisa PSF no município de Ipatinga: Avaliação do conhecimento dos usuários e suas implicações.						
Objetivo da Pesquisa: Avaliar o nível de conhecimento dos usuários do SUS, no âmbito das Unidades de Saúde da Família dos bairros Limoeiro, Bom Retiro e Bethânia, da cidade de Ipatinga-MG, a respeito do Programa de Saúde da Família, no tocante aos seus princípios básicos, modelo de atenção a saúde e prestação de serviço.						
Pesquisador responsável: Fabiano Moreira da Silva						
DADOS DO PESQUISADO						
FICHA Nº _____						
Unidade de Saúde da Família	() Limoeiro	() Bom Retiro	() Bethânia	Sexo:	masculino ()	feminino ()
Idade	entre 18 e 30 anos ()	entre 31 e 40 anos ()	entre 41 e 50 anos ()	acima de 60 anos ()	entre 51 e 60 anos ()	
Grau de escolaridade						
A) analfabeto	B) fundamental completo	C) fundamental incompleto	D) médio completo			
E) médio incompleto	F) profissionalizante completo	G) profissionalizante incompleto		H) superior completo		
I) superior incompleto	J) pós-graduação completo	K) pós-graduação incompleto				
Renda do grupo familiar						
A) Até um salário mínimo		B) Entre dois e três salários mínimos		C) Entre quatro e cinco salários mínimos		
D) Entre cinco e seis salários mínimos		E) Entre sete e dez salários mínimos		F) Acima de dez salários mínimos		
1 – Você sabe o que é o Programa Saúde da Família?						
NÃO	SIM, como tomou conhecimento do programa?			Na própria Unidade de Saúde.	Pela televisão.	Pelo rádio.
Pela internet.	Por materiais publicitários da Prefeitura.	Por amigos, parentes e vizinhos.		Escola / faculdade.	Por jornais.	
Outros. Relatar _____						
2 – No seu entendimento, qual ação é mais importante no PSF?						
A) Consultas médicas em casa.		B) Consultas médicas agendadas.		C) Encaminhamentos para especialistas e tratamentos cirúrgicos.		
D) Prevenção de doenças e promover a saúde da comunidade.		E) Atendimentos de urgência.				
3 – Qual a finalidade do acolhimento na sua recepção, quando procura atendimento no PSF?						
A) Fazer triagem para os atendimentos de médicos e enfermeiros.		B) Agendar consulta.		C) Dar orientações de saúde.		
D) Identificar o risco e maiores chances que tenho de adoecer, possibilitando planejar ações de saúde, analisando e priorizando o atendimento. _____						
4 – Qual o papel do Médico no PSF?						
A) Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde.		B) Atender consultas agendadas em domicílio.				
C) Realizar atendimentos e atividades de promoção a saúde.		D) Coordenar a equipe.				
5 – Qual o papel do Enfermeiro no PSF?						
A) Atender consultas agendadas na Unidade de Saúde.		B) Atender consultas agendadas em domicílio.				
C) Realizar atendimentos e atividades de promoção a saúde.		D) Orientar os grupos operativos, realizar curativos e aplicar vacinas.				
6 – Qual o papel do ACS – Agente Comunitário de Saúde - no PSF?						
A) Realizar visitas domiciliares.		B) Agendar consultas e entregar resultados de exames.				
C) Realizar visitas domiciliares periodicamente e participar de atividades de promoção a saúde.		D) Permanecer na Unidade de Saúde para auxiliar na recepção e nas atividades de enfermagem.				
7 – Você entende que é importante o atendimento no PSF ser dividido em equipes?						
NÃO _____						
SIM, cite pelo menos 3 (três) importâncias. _____						
8 – Em qual dos níveis de assistência à saúde abaixo, o PSF está inserido?						
A) Atenção secundária		B) Atenção primária ou básica		C) Atenção terciária		
9 – Você sabe como funcionam os fluxos de referência e contra-referência (encaminhamentos e retornos) entre o PSF e os outros níveis de assistência à saúde?						
NÃO _____						
SIM, explique resumidamente. _____						

10 – Dos serviços listados abaixo, quais são realizados pelo PSF?			
A) Cirurgias.	<input type="checkbox"/>	B) Internações	<input type="checkbox"/>
C) Grupos de educação em saúde	<input type="checkbox"/>	D) Consultas	<input type="checkbox"/>
E) Parto	<input type="checkbox"/>	F) Pré-natal	<input type="checkbox"/>
11 – Quantas vezes você procurou a Unidade de Saúde no último mês.			
A) Não freqüente com regularidade.	<input type="checkbox"/>	B) 1 vez.	<input type="checkbox"/>
C) 2 a 3 vezes.	<input type="checkbox"/>	D) 3 a 5 vezes.	<input type="checkbox"/>
E) mais de 5 vezes.	<input type="checkbox"/>	F) Faça parte de grupo operativo. Especificar	
12 – Qual(is) o(s) serviço(s) você teve acesso nesta(s) última(s) vez(es) que procurou a Unidade de Saúde.			
A) Consultas médicas.	<input type="checkbox"/>	B) Consulta de Enfermagem.	<input type="checkbox"/>
C) Consulta Médica e de Enfermagem.	<input type="checkbox"/>	D) Somente passou pelo acolhimento.	<input type="checkbox"/>
E) Medicamentos.	<input type="checkbox"/>	F) Exames.	<input type="checkbox"/>
G) Encaminhamento para Policlínica.	<input type="checkbox"/>	H) Encaminhamento para o Pronto Socorro.	<input type="checkbox"/>
I) Sala de vacina, curativo e ou nebulização.	<input type="checkbox"/>	J) Reunião de programas operativos.	<input type="checkbox"/>
K) Psicologia	<input type="checkbox"/>	L) Odontologia	<input type="checkbox"/>
M) Serviço Social	<input type="checkbox"/>		
13 – Você continua recebendo informações sobre como o PSF funciona?			
NÃO	<input type="checkbox"/>	SIM, explique resumidamente.	<input type="checkbox"/>
14 – Você participa ativamente das reuniões da Comissão Local de Saúde?			
SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
Se positivo:			
A) Mensalmente	<input type="checkbox"/>	B) De dois em dois meses	<input type="checkbox"/>
C) De três em três meses	<input type="checkbox"/>	D) De quatro em quatro meses	<input type="checkbox"/>
E) Somente quando tem algum assunto importante que a comunidade divulga			
15 – Quais as funções da Comissão Local de Saúde?			
A) lutar para ter mais médicos na unidade de saúde	<input type="checkbox"/>	B) lutar para ter mais médicos e remédios na unidade	<input type="checkbox"/>
C) Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde	<input type="checkbox"/>	D) Propor coerentemente ações parceiras para melhorar a assistência à saúde da comunidade	
E) Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade	<input type="checkbox"/>	F) Ter atendimento prioritário quando necessário	<input type="checkbox"/>
G) Encaminhar demandas e propostas para o Conselho Municipal de Saúde	<input type="checkbox"/>	H) Não sei o que é a comissão local de saúde	
16 – Quais as funções do Conselho Municipal de Saúde?			
A) Realizar o que a prefeitura determinar	<input type="checkbox"/>	B) Principal instância deliberativa da saúde na cidade	<input type="checkbox"/>
C) Acompanhar de forma solidária com o serviço, as ações de saúde	<input type="checkbox"/>	D) Apresentar, analisar e propor propostas para saúde da cidade	
E) Fiscalizar coerentemente as ações de saúde na unidade	<input type="checkbox"/>	E) Ser um local para somente apontar os erros dos serviços de saúde do seu bairro	
F) Ser um local para prefeitura apenas mostrar o que está sendo feito para saúde da cidade		<input type="checkbox"/>	H) Não sei o que é o conselho municipal de saúde
17 – Como você avalia o PSF?			
A) Positivamente.	<input type="checkbox"/>	B) Negativamente.	<input type="checkbox"/>
C) Não sabe responder.			
18 – Você possui plano de saúde?			
SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B Perfil dos usuários

**USUÁRIOS POR SETOR E EQUIPE
SOMENTE ENDEREÇOS COM SITUAÇÃO ATUAL**

Setor: 41 - Unidade de Saúde Bom Retiro

Equipe: 41		LARANJA BOM RETIRO		
IDADE	M	F	TOTAL	
Menor 1	26	17	43	
1-4	83	72	155	
5-9	83	98	181	
10-14	82	94	176	
15-19	140	164	304	
20-39	748	896	1644	
40-49	164	312	476	
50-59	434	455	889	
Acima 60	175	164	339	
TOTAL DA EQUIPE	1935	2272	4207	

Equipe: 52		PACS – BOM RETIRO		
IDADE	M	F	TOTAL	
Menor 1	53	58	111	
1-4	192	200	392	
5-9	305	326	631	
10-14	413	364	777	
15-19	486	473	959	
20-39	1937	2487	4424	
40-49	796	1149	1945	
50-59	919	981	1900	
Acima 60	805	912	1717	
TOTAL DA EQUIPE	5906	6950	12856	

Equipe: 42		VERDE BOM RETIRO		
IDADE	M	F	TOTAL	
Menor 1	17	22	39	
1-4	94	81	175	
5-9	121	134	255	
10-14	164	133	297	
15-19	173	180	353	
20-39	776	1042	1818	
40-49	332	471	803	
50-59	228	276	504	
Acima 60	315	444	759	
TOTAL DA EQUIPE	2220	2783	5003	

Resumo Setor: 41		UNIDADE DE SAÚDE BOM RETIRO		
IDADE	M	F	TOTAL	
Menor 1	96	97	193	
1-4	369	353	722	
5-9	509	558	1067	
10-14	659	591	1250	
15-19	799	817	1616	
20-39	3461	4425	7886	
40-49	1292	1932	3224	
50-59	1581	1712	3293	
Acima 60	1295	1520	2815	
TOTAL DA EQUIPE	10061	12005	22066	

**QUANTIDADE DE USUÁRIOS POR SETOR E EQUIPE
SOMENTE ENDEREÇOS COM SITUAÇÃO ATUAL**

Setor: 12 - Unidade de Saúde Bethânia I

Equipe: 62		AZUL UNIDADE DE SAÚDE BETHÂNIA I		
IDADE	M	F	TOTAL	
Menor 1	27	22	49	
1-4	100	86	186	
5-9	146	159	305	
10-14	137	172	309	
15-19	128	160	288	
20-39	511	624	1135	
40-49	164	249	413	
50-59	175	170	345	
Acima 60	123	144	267	
TOTAL DA EQUIPE	1511	1786	3297	

Equipe: 61		LARANJA UNIDADE DE SAÚDE BETHANIA I		
IDADE	M	F	TOTAL	
Menor 1	25	27	52	
1-4	126	91	217	
5-9	168	102	270	
10-14	158	145	303	
15-19	127	146	273	
20-39	507	662	1169	
40-49	194	262	456	
50-59	152	186	348	
Acima 60	126	162	288	
TOTAL DA EQUIPE	1593	1783	3376	

Equipe: 50	VERDE UNIDADE DE SAÚDE BETHÂNIA I
------------	-----------------------------------

IDADE	M	F	TOTAL
Menor 1	28	22	50
1-4	121	103	224
5-9	146	147	293
10-14	158	167	325
15-19	149	180	329
20-39	519	558	1077
40-49	160	212	372
50-59	126	155	281
Acima 60	109	138	247
TOTAL DA EQUIPE	1516	1682	3198

Resumo do Setor: 12	UNIDADE DE SAÚDE BETHÂNIA I
---------------------	-----------------------------

IDADE	M	F	TOTAL
Menor 1	80	71	151
1-4	347	280	627
5-9	460	408	868
10-14	453	484	937
15-19	404	486	890
20-39	1537	1844	3381
40-49	518	723	1241
50-59	463	511	974
Acima 60	358	444	802
TOTAL DA EQUIPE	4820	5251	9871

**QUANTIDADE DE USUÁRIOS POR SETOR E EQUIPE
SOMENTE ENDEREÇOS COM SITUAÇÃO ATUAL**

Setor: 27 - Unidade de Saúde Limoeiro

Equipe: 26	AZUL LIMOEIRO
------------	---------------

IDADE	M	F	TOTAL
Menor 1	30	28	56
1-4	136	116	252
5-9	164	183	347
10-14	205	168	373
15-19	161	170	331
20-39	613	686	1299
40-49	223	235	458
50-59	154	172	326
Acima 60	137	172	309
TOTAL DA EQUIPE	1823	1930	3753

Equipe: 24	LARANJA LIMOEIRO
------------	------------------

IDADE	M	F	TOTAL
Menor 1	37	30	67
1-4	133	131	264
5-9	211	172	383
10-14	215	212	427
15-19	225	196	421
20-39	707	771	1478
40-49	133	280	513
50-59	189	203	392
Acima 60	151	185	336
TOTAL DA EQUIPE	2101	2180	4281

Equipe: 23	VERDE LIMOEIRO
------------	----------------

IDADE	M	F	TOTAL
Menor 1	42	31	73
1-4	148	144	292
5-9	253	235	488
10-14	253	222	475
15-19	235	219	454
20-39	868	851	1719
40-49	298	325	623
50-59	178	195	373
Acima 60	173	172	345
TOTAL DA EQUIPE	2448	2394	4842

Resumo do Setor: 27	UNIDADE DE SAÚDE LIMOEIRO
---------------------	---------------------------

IDADE	M	F	TOTAL
Menor 1	109	89	198
1-4	417	391	808
5-9	628	590	1218
10-14	673	602	1275
15-19	621	585	1206
20-39	2188	2308	4496
40-49	754	840	1594
50-59	521	570	1091
Acima 60	461	529	990
TOTAL DA EQUIPE	6372	6504	12876

APÊNDICE C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

Projeto: PSF no município de Ipatinga: avaliação do conhecimento dos usuários e suas implicações.

Responsável: Fabiano Moreira da Silva

Eu, _____, abaixo assinado,
(ou responsável pelo meu presente próximo _____)
declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. **Objetivo da Pesquisa:** Avaliar o nível de conhecimento dos usuários, referente ao Programa Saúde da Família nesta respectiva unidade de saúde.
2. **Benefícios que possam ser obtidos:** poder colaborar o processo de gestão e gerencia do PSF no tocante a importância do controle social dentro do programa, visando ampliar os mecanismos de esclarecimento junto à população.
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador(a) pelos telefones (31) 3822-1905 ramal 230 / 9979-6562 / 8874-0013

Ipatinga, ____ de _____ de 2008

Assinatura do Participante (ou Responsável)

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)