

EDUARDO GUERRA BARBOSA SANDOVAL

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP:
A VISÃO DO USUÁRIO E A RELAÇÃO COM A PROMOÇÃO DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Wilza Vieira Villela.

**FRANCA
2009**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

S21e	<p>Sandoval, Eduardo Guerra Barbosa Estratégia saúde da família no município de Franca-SP : a visão do usuário e a relação com a promoção da saúde / Eduardo Guerra Barbosa Sandoval ; orientador: Wilza Vieira Villela. – 2009 92 f. : 30 cm.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde</p> <p>1. Promoção de saúde – Saúde da família. 2. Saúde da família – Atenção básica. 3. Saúde da família – Usuário. I. Universidade de Franca. II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU – 614:173</p>
------	---

EDUARDO GUERRA BARBOSA SANDOVAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP: A
VISÃO DO USUÁRIO E A RELAÇÃO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA
DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Presidente: _____
Prof^a. Dra. Wilza Vieira Villela.
Instituição: Universidade de Franca

Titular 1: _____
Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabro
Instituição: Universidade de São Paulo

Titular 2: _____
Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior
Instituição: Universidade de Franca

Franca, ____/____/____

DEDICO este trabalho à população do Município de Franca, que com sua cultura constrói e perpetua essa cidade com suas características únicas e especiais.

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Mônica e minha filha Ana Luísa, pela inspiração e pela compreensão pelo tempo dispensado ao meu trabalho;

Aos meus pais, pela minha formação e apoio; aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos pelo estímulo;

À minha orientadora Wilza, pela dedicação ao meu aprendizado e pela amizade;

Aos professores Lucif e Cida Cano pela valorosa colaboração;

À comunidade do bairro Jardim Palma, por seu envolvimento no projeto;

Aos entrevistadores, Adriana, Elane, Cairo e Guilherme, pela dedicação e perseverança;

A todos os amigos, colegas, docentes que de alguma maneira contribuíram para a realização desse trabalho;

Finalizando, agradeço ao Grande Arquiteto do Universo, Deus, pela iluminação e proteção.

"Supor é bom - descobrir é melhor."
(Mark Twain)

RESUMO

SANDOVAL, Eduardo Guerra Barbosa. **Estratégia Saúde da Família no Município de Franca-SP: a Visão do Usuário e a relação com a Promoção da Saúde**. 2009. 93f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

Introdução: A Estratégia Saúde da Família visa ampliar o acesso aos serviços de atenção básica em saúde, buscando as tecnologias disponíveis para que a promoção, prevenção e assistência à saúde sejam usadas com equidade. As expectativas dos usuários devem ser consideradas, tendo em vista essas três dimensões, que caracterizam o modelo de atenção básica proposto na Estratégia Saúde da Família. **Objetivo Geral:** Caracterizar a população residente em um dos bairros cobertos pelo programa Saúde da Família no município de Franca, e identificar suas expectativas em relação ao Núcleo de saúde da Família local. **Método:** Foi realizado um estudo transversal descritivo com uma amostra aleatória da população residente na área de cobertura do Núcleo de Saúde da família do bairro Jardim Palma no município de Franca. Noventa e nove dos 1070 domicílios que compõe o bairro foram acessados, tendo sido aplicado um questionário a um dos membros do grupo familiar em cada domicílio. Este procedimento coletou informações de um total de 365 moradores. **Resultados:** Quanto à inscrição 77,8% das famílias estão inscritas no núcleo da Saúde da Família do Palma; 80% dos entrevistados referem já ter sido atendidos no núcleo, sendo o atendimento mais frequente, a consulta médica (68,7%); 30,3% das famílias têm plano de saúde, sendo que 21,3% desses já foram atendidos pelo núcleo. Como atendimento alternativo ao núcleo, 39,4% dos entrevistados referiu procurar o Pronto Socorro Municipal e 13,1% consultório médico particular ; 63,6% dos entrevistados referem que o Núcleo do Palma necessita de melhorias; 29,3% querem mais médicos e 16,2% acham que deveriam ter especialistas no núcleo. **Conclusão:** A população usa o núcleo mais frequentemente para consultas médicas, sem demandar ações de promoção de saúde. Mesmo as pessoas que têm alternativas de atendimento, usam o núcleo para atendimento ambulatorial. As expectativas de aumento do número de médicos e inclusão de especialistas no mesmo sugerem que a Estratégia Saúde da Família, necessita ainda de ajustes e melhor orientação para se consolidar como modelo de Atenção Básica que incorpora a Promoção de Saúde.

Palavras- chave: Saúde da Família; Atenção Básica; Promoção da Saúde; Usuário.

ABSTRACT

SANDOVAL, Eduardo Guerra Barbosa. **Family Health Strategy in the City of Franca – SP: The User's Viewpoint and its relation to Health Promotion**. 2009. 93f. Dissertation (Master's in Health Promotion) – University of Franca, Franca.

Introduction: Family Health Strategy aims to open up accessibility to basic healthcare services, seeking the available technologies for promotion, prevention and healthcare used with equity. The users' expectations should be considered regarding these three dimensions that characterize the model of basic care proposed within Family Health Strategy. **General Objective:** delineate the resident population in one of the boroughs covered by the Family Health program, in the Municipality of Franca, and identify its link to and its expectations in relation to the Family Health Center. The borough studied is called Jardim Palma. **Method:** A descriptive, transversal study was carried out with a random sample of the resident population in the area covered by the Family Health Center in the Jardim Palma borough in the City of Franca. Ninety-nine of the 1070 homes that compose the borough were contacted and questionnaires were filled out with a member of a family group within each domicile. This procedure collected information from a total of 365 dwellers. **Results:** 77.8% of the families were registered at the Palma Family Health Center; 80% of those interviewed already had been attended at the Center, with the more frequent type of attendance being a medical appointment (68.7%); 30.3% of the families have a health plan, and 21.3% of these have already been attended by the Center. As an alternative to the services offered by the Center, 39.4% of those interviewed had procured the Municipal Emergency Room and 13.1% private medical practice; 63.6% of those interviewed said that the Palma Center needed improvements; 29.3% wanted more doctors and 16.2% thought that there should be more specialists in the Center. **Conclusion:** The population uses the Center more often for doctor appointments, without demanding any activities concerning health promotion. Even those people that have alternatives in medical assistance use the Center for regular outpatient care. The expectations of an increase in the number of doctors and the addition of specialists suggest that Family Health Strategy still needs adjustments and better orientation to consolidate itself as a model for Basic Assistance which incorporates Health Promotion.

Keywords: Family Health; Primary Care; Health Promotion; User.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da Atenção Básica em Franca-SP	36
Figura 2 – Vínculos empregatícios na Indústria no total de vínculos	41
Figura 3 – Renda per capita no Município de Franca-SP	41
Figura 4 – Visão Geral do Bairro Palma em Franca-SP	44
Figura 5 – Vista aérea do Bairro do Palma em Franca-SP	45
Figura 6 – Núcleo Saúde da Família do Bairro Jardim Palma em Franca-sp	46
Figura 7 – Núcleo Saúde da Família do Bairro Jardim Palma em Franca-sp	46
Figura 8 – Relação entre a faixa etária e número de domicílios avaliados	51
Figura 9 – Classe Social segundo a renda familiar (ABEP,2008)	52
Figura 10 – Escolaridade do chefe de família na amostra estudada	53
Figura 11 – Renda Considerada pelos entrevistados segundo formulário	53
Figura 12 – Relação entre o atendimento e conhecimento Núcleo do Palma	55
Figura 13 – Relação entre o tipo de atendimento e Inscrição no Núcleo	56
Figura 14 – Relação entre a Classe Social e atendimento/inscrição no Núcleo	57
Figura 15 – Necessidades Especiais/Plano de saúde/Inscrição no Núcleo	58
Figura 16 – Atendimento no Núcleo conforme a faixa etária	58
Figura 17 – Achado em relação ao Atendimento recente (últimos 30 dias)	59
Figura 18 – Atendimento alternativo usuários de plano de saúde na amostra	60
Figura 19 – Avaliação do Núcleo pelo usuário segundo tópicos do formulário	61
Figura 20 – Melhorias no Núcleo esperadas pelos usuários entrevistados	62
Figura 21 – Relação Avaliação do Núcleo e a necessidade de melhorias	63
Figura 22 – Necessidade de Melhorias conforme inscrição e plano de saúde	64

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS- Ministério da Saúde

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAB- Piso da Atenção Básica

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
INTRODUÇÃO	13
1. REVISÃO DE LITERATURA	14
1.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
1.1.1 Equidade e o SUS	24
1.1.2 A Estratégia Saúde da Família como instrumento para efetivação do SUS28	
1.1.3 A Estratégia Saúde da Família como interface para equidade	30
1.1.4 Equidade e Promoção de Saúde	32
1.2 A Estratégia Saúde da Família no município de Franca	35
2. OBJETIVOS	39
2.1 OBJETIVOS GERAIS	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
3. METODOLOGIA	40
3.1 O MUNICÍPIO DE FRANCA	40
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	44
3.2.1 Coleta de dados.....	47
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
4. RESULTADOS	50
4.1 ENTREVISTAS.....	50
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	50
4.3 UTILIZAÇÃO DO NÚCLEO PELO USUÁRIO	54
4.4 ATENDIMENTO ALTERNATIVO AO NÚCLEO.....	60
4.5 AVALIAÇÃO DO NÚCLEO PELO USUÁRIO	61
4.6 EXPECTATIVA DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO NÚCLEO.....	62
5. DISCUSSÃO	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	73

APRESENTAÇÃO

O trabalho em questão, que me propus realizar, surgiu para mim como um desafio. Sou médico de formação tradicional e especialista em Cirurgia do Aparelho Digestório. Por um ano e meio, fui Secretário de Saúde do Município de Franca, e como qualquer gestor, me deparei com a difícil situação de escolher entre o que deve ser feito e o que é possível. Ao tornar-me aluno do mestrado em Promoção de Saúde, o assunto Estratégia Saúde da Família atraiu-me, pela perspectiva de pesquisar como e se poderia ser válido para o modelo de Atenção Básica em Franca, com ênfase na Promoção de Saúde. Optei por realizar a pesquisa escolhendo o Bairro do Jardim Palma como modelo amostral do município, por suas características comuns à maioria dos bairros da cidade, e pela particularidade de ter o Núcleo de Saúde da Família de melhor estrutura e organização dentre os demais.

A minha pesquisa busca, dentro de minha dúvida pessoal em relação à ESF em Franca, uma orientação para a Atenção Primária e seu direcionamento na Promoção da Saúde da população.

INTRODUÇÃO

A atenção básica à saúde é um tema bastante explorado e tem suscitado inúmeras pesquisas, com vários enfoques desde a qualidade até financiamento e gestão. Dentro do tema a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem destaque, por ser o modelo escolhido no Brasil para a expansão e reorganização do setor primário.

A pesquisa realizada teve inspiração na relação do usuário da atenção básica do município de Franca, focando a ESF, com intuito de caracterizar a população que se utiliza do sistema de saúde, como a mesma é atendida ou incluída na atenção primária e também o que espera desse atendimento. Dentro desse enfoque não haviam sido ainda realizadas pesquisas no município, sendo portanto inédita.

No prisma da promoção de saúde, direcionou-se a discussão dos dados também para o conceito da equidade, principalmente avaliada em relação ao acesso e utilização dos serviços pelos grupos vulneráveis.

Foi feito um estudo quantitativo de corte transversal. Para a coleta de dados foi definida uma amostra representativa de população de um bairro do município com um núcleo de ESF, e aplicados questionários. A análise dos dados foi feita com o uso de estatística descritiva e a discussão orientada pela comparação com a literatura específica.

Com esse estudo, pretende-se fornecer subsídios à gestão de saúde do município, bem como aos usuários do sistema de saúde para que a atenção básica possa ser direcionada visando maior efetividade e também a promoção de saúde.

1. REVISÃO DE LITERATURA

A atenção básica tem sido reorganizada, acompanhando o processo de descentralização do SUS, e nesse contexto o governo federal busca através de políticas públicas que a melhor integração e influência do controle social. Em estudo de revisão, concluiu-se que mesmo com dificuldades, esse processo tem implicado no fortalecimento da capacidade de gestão dos municípios, principalmente com o PACS e ESF, e também pela implementação do PAB (BODSTEIN, 2002). Argumenta-se que a ESF melhoraria a integração dos serviços e melhor distribuição dos mesmos, uma vez que tem por objetivo fazer a porta de entrada do SUS tornar um médico generalista coordenador dos cuidados com o paciente, buscando melhorar a atenção (GIOVANELLA, 2003).

Quando considerada a relação da implantação da ESF com avaliação da atenção primária, verificou-se que na ocasião o grau de implantação era moderadamente adequado, porém existiam problemas de acesso; por outro lado, aumentou-se a integralidade na atenção básica; conclui-se ainda que melhorar o acesso a ESF poderia ser a direção para reorganizar o setor primário (CONILL, 2002). Posteriormente, houve um novo discurso relativo às reformas do setor da saúde, que sugeria que a ESF é ligeiramente superior às unidades de cuidados de saúde tradicionais, ainda que persistam os problemas com acesso, organização, gestão e formação dos profissionais (CONILL, 2008). Esses problemas se correlacionam com a deficiência do financiamento público, segmentação do sistema, e pouca integração da atenção primária com outros níveis de atenção; sugere-se que se continue a ESF, porém com as adaptações necessárias (CONILL, 2008). Revisões bibliográficas recentes avaliam como positiva a ESF como modelo de atenção primária (MENDONÇA, 2009). Avaliando ainda a bibliografia, existem também conclusões de que como modelo de atenção básica, a ESF apresenta vários aspectos favoráveis, porém os pressupostos de sua criação e origem devem ser seguidos (SANTANA, 2001). Mais recentemente também se evidencia um avanço da ESF, bem como seus desafios, haja vista as necessidades de incorporação de tecnológica, formação de força de trabalho, pactuar o financiamento

da atenção básica e também implantar novas estratégias e tecnologias no processo de monitoramento e avaliação das ações (SOUSA, 2009).

Em pesquisas com profissionais com experiências anteriores a ESF, verificou-se que a mesma apresenta mudanças significativas no processo de produção dos serviços de saúde, visando à consolidação do SUS (MORAIS, 2008). Existe a preocupação em desenvolver ferramentas para a comparação do modelo tradicional de unidades básicas de saúde e ESF, visando comparar os dois modelos em populações e contextos diversos (FACCHINI, 2008). No estado do Rio de Janeiro, gestores estimulam os participantes de curso introdutório a ESF a combater prováveis resistências quando confrontadas ao sistema tradicional, porém sem deixar de considerar a crítica construtiva à mesma (COSTA, 2008). Quando feita comparação entre ESF e UBS, aplicando questionários PCAT (Primary Care Assessment Tool – John Hopkins University) adaptados ao Brasil (HARZHEIM, 2006), verificou-se que os dados não apresentaram diferenças significativas entre as unidades com ou sem saúde da família, de maneira geral; somente quando o foco foi a família e orientação comunitária a ESF se mostrou superior (VAN STRALEN, 2008).

Paralelamente, outros estudos mostraram que o fortalecimento da atenção primária relaciona-se sim a expansão da ESF, desde que com resolubilidade e qualidade dos serviços de saúde; ressalta a necessidade de que o governo federal aumente os recursos financeiros para tanto (ASSIS, 2007). De maneira semelhante, foi verificado em estudo de avaliação da atenção básica que há avanços da ESF no Brasil, com importantes contribuições ao PROESF, porém com dificuldades principalmente ligadas aos atores envolvidos, recursos e acesso (CAMARGO, 2008). No mesmo prisma, um estudo da implementação da ESF em sete municípios do estado do Mato Grosso, concluiu que a disponibilidade dos recursos financeiros apresenta dificuldades no seu fluxo; ressalta-se porém que existem recursos humanos disponíveis, porém fatores institucionais dificultam ou facilitam o processo (CANESQUI, 2008). Estudos em municípios semelhantes, também no estado de Mato Grosso, constataram diferenças significativas quanto às funções relativas à organização da atenção básica e ESF, que envolviam dificuldades em relação à porta de entrada, longitudinalidade, integralidade das ações e coordenação (MELO, 2008).

Como modelo já definido de atenção básica, a ESF enfrenta uma série de desafios de ordem social, política, econômica institucional e cultural, materializados nas deficiências de coordenação, gestão, financiamento e, sobretudo nas práticas médico assistenciais (SOUSA, 2008).

Ainda considerando a implementação da ESF, existe em alguns municípios a coexistência de um sistema misto de atenção básica, que mescla aumento de núcleos da ESF com a manutenção de outros sistemas de cuidados primários. Por outro lado, principalmente em alguns municípios de menor porte, houve a completa substituição ou complementação das preexistentes unidades básicas de saúde; tal dissonância é devida a vários obstáculos à implantação nos grandes centros urbanos. O sucesso da ESF dependeria de criativas estratégias locais para lidar com a diversidade regional (SCOREL, 2007). Nas regiões metropolitanas, a atenção básica sofre as maiores distorções nos seus princípios fundamentais, apesar de haver uma grande diversidade de situações; a estruturação da atenção básica nos municípios de menor porte e do interior, com ESF implantada a mais de seis anos, é melhor que nas cidades com mais de 100 mil habitantes, verificado em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro (MACHADO, 2008). Ainda no Rio de Janeiro, nos grandes centros urbanos, o acesso aos serviços de saúde se diferencia positivamente na adscrição da clientela e busca ativa na ESF, porém inexiste uma rede estruturada e efetiva (TAVARES, 2009). Em estudo realizado em dois municípios do estado da Bahia, concluiu-se que a ESF contribuiu para melhor implementar a atenção básica nos mesmos (MEDINA, 2009). No estado de São Paulo, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, a atenção básica nos locais com indicadores sociais menos favoráveis tem uma melhora no enfoque familiar da saúde e vínculo quando implantada a ESF (IBÁÑEZ, 2006). Por outro lado, a urbanização progressiva dos municípios paulistas impõe desafios à expansão e consolidação da atenção básica e da ESF, criando problemas de gestão e sociais para a implementação (VIANA, 2008).

Estudando as induções do PROESF em municípios da Bahia, Ceará e Sergipe, (ROCHA, 2008) verificou-se que com a implementação da ESF, houve fortalecimento da capacidade local, melhor alocação de recursos, efetivação da rede de atenção, melhora do controle social, da intersetorialidade e do acolhimento. Em outro trabalho, realizando quatro estudos de caso nos municípios de Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, com elevada cobertura da ESF, concluiu-se que

houve avanços na integração da atenção básica com a rede assistencial, porém com dificuldades de acesso à atenção especializada pela porta de entrada da ESF (GIOVANELLA, 2009).

A ESF tem se desenvolvido, porém necessita de mudanças nas práticas básicas de saúde, especialmente na produção de cuidados, para ter maior resolutividade (COSTA, 2008). A educação continuada dos profissionais de saúde deve contemplar o desenvolvimento de práticas e concepções na atenção básica, aliada a estratégias político organizacionais, visando à operacionalização da ESF (FAVORETO; CAMARGO, 2002). A existência de recursos para a capacitação efetiva de equipes não é suficiente se não houver a implantação efetiva por parte dos gestores de programas de capacitação (GERMANO, 2007). Há oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional em saúde da família, porém deve haver uma adequação da necessidade a oferta (GIL, 2005). Por outro lado, não basta somente ter um equilíbrio entre a oferta e demanda de profissionais capacitados, há necessidade de tornar atrativas as práticas em saúde nas unidades de saúde da atenção básica a fim de aumentar adesão dos estudantes, docentes e equipes à capacitação profissional para a ESF (GIL, 2008). A questão da capacitação estende-se após a mesma, já que são necessários esforços no âmbito da gestão para apoiar as equipes já formadas, como protagonistas do sistema de saúde, para o desenvolvimento e consolidação da atenção básica (TOMASI, 2008). Quando considerados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), observa-se que o conhecimento adquirido por eles na relação que estabelecem com as famílias, é o principal insumo na produção da atenção a saúde pela equipe; verificou-se, porém que a ação dos ACS não consegue contaminar a equipe, dificultando o processo de reestruturação produtiva do núcleo (FERREIRA, 2009).

Quando se considera a ESF e a equidade, em alguns estudos, como no atendimento pré-natal em Campinas, comparando gestantes em diferentes faixas de renda, comprovou-se a promoção da equidade (ALMEIDA, 2005). Verificam-se ainda pesquisas em outros países, como na Espanha, em Catalunha, que existem desigualdades nos serviços de atenção básica, principalmente em prevenção (BORREL, 2006). No modelo tradicional de UBS também há desigualdades, como no atendimento de adolescentes, em que a limitação dos serviços de saúde, seja a nível profissional ou organizacional, não reflete a equidade (FERRARI, 2006). Há ainda a ser considerado que o Brasil apresenta limitações para a equidade, não

somente a nível político ou econômico, mas basicamente sócio-cultural, (GIOVANELLA, 1996), que certamente limitam qualquer sistema de saúde a ser implantado. Mas como descrito anteriormente, há experiências positivas, embora não na sua totalidade, como verificado na ESF em Vila Cachoeirinha e Vila Curuçá, em São Paulo (capital), onde não houve diferença entre a atenção quando considerados escolaridade e renda, porém houve um atendimento maior as pessoas com limitação física intensa (GOLDBAUM, 2005). No SUS, o principal obstáculo à equidade baseia-se nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde (SOUZA, 2007).

De maneira geral, há um consenso em relação à necessidade de aprofundar o debate sobre as desigualdades sociais, e identificar as vulnerabilidades, tendo como meta a formulação de estratégias, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas na área de saúde (MAGALHÃES, 2007). É importante ressaltar que essas iniciativas devem ser focadas num sentido mais amplo, já que programas restritos a grupos e focais, determinam um caráter regressivo a equidade, promovendo mais exclusões (SENNÁ, 2002). Compreender a gênese das desigualdades exige uma apreciação dinâmica de interações de muitas influências que operam na comunidade e a nível individual, levando em conta aspectos éticos dessa população (STARFIELD, 2002).

Para que o sistema possa avaliar e metabolizar as desigualdades, ele deve se aproximar do usuário e de seu núcleo familiar. A aceitabilidade do usuário quanto à oferta de prestação de assistência na Saúde da Família em Ribeirão Preto foi avaliada em estudo que entrevistou 171 usuários cadastrados em quatro unidades de saúde do município, que enumerou os pontos satisfatórios e não satisfatórios da população em relação à ESF, que levou a conclusão que esse tipo de estudo permite um melhor planejamento e influência do controle social (GAIOSO, MISHIMA, 2007). Em outra pesquisa semelhante realizada em Natal-RN, concluiu-se que a ESF naquele local tem dificuldade para firmar-se como modelo para atenção básica (GOMES, 2003). Quando observado o processo de trabalho pela equipe de um núcleo da ESF em Brasília-DF, verificou-se a necessidade de reverem-se as estratégias de organização do serviço, sobretudo aquelas que possibilitem a maior participação da comunidade no alcance de suas necessidades (SHIMIZU; ROSALES, 2008). A avaliação da qualidade da atenção básica recebida

sobre a ótica do usuário é importante para o estabelecimento de metas e definição de prioridades (SZWARCOWALD, 2006).

Ainda do ponto de vista do controle social, pode-se considerar os conselhos gestores como instrumento de participação popular, porém existem experiências negativas nesse sentido, como observado no município de Teresópolis-RJ (PESTANA; VARGAS; CUNHA, 2007).

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) foi garantido pela Constituição Federal de 1988, sendo posteriormente regularizado pelas leis Orgânica N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Tem como princípios doutrinados e preceitos constitucionais a universalidade (acesso da população a qualquer serviço de saúde); equidade (acesso em igualdade de condições para todos aos diferentes níveis de complexidade do sistema) e integralidade (ações integrais e não fragmentadas), que representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira (SOUZA, 2007). O SUS é único não somente na sua denominação, mas também na sua elaboração e concepção; como sistema de saúde, na teoria, figura como um dos mais eficientes e igualitários no mundo (BRASIL, 2008).

Do SUS fazem parte os núcleos e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através do SUS, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O SUS é destinado a todos os cidadãos sendo financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagas pela população, que compõem os recursos dos governos federal, estadual e municipal. O SUS pretende ser um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das demandas de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades (SOUZA, 2007). O SUS ainda se propõe a

promover a saúde, realizando ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde e estabelecendo instâncias de participação, diálogo e controle social da população sobre o Estado.

O controle social pode ser entendido ainda como o controle sobre o estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os seguimentos sociais, objetivando o benefício do conjunto da sociedade. A lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 também dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências de recursos financeiros na área da saúde, através das seguintes instâncias colegiadas: Conferências de Saúde (Municipal, Estadual e Nacional) e Conselhos de Saúde (Município, Estado e Federação). A paridade na representação dos usuários deve ser respeitada; a escolha dos conselheiros deve ser feita pelos respectivos segmentos por eleição ou indicação (gestores). A participação na gestão dos Conselhos é feita em caráter consultivo, porém tem peso essencial na aprovação das políticas de saúde e seu financiamento.

O primeiro passo para a implantação do SUS, no início da década de 90 foi a criação de normativas que pudessem distribuir e ordenar as responsabilidades entre os diferentes atores sociais envolvidos na operacionalização do sistema.

Assim pela Lei 8080/90 o SUS agrega todos os serviços públicos das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados desde que contratados ou conveniados.

Imediatamente depois são criadas as Normas Operacionais Básicas, para definição das estratégias que orientem a operacionalidade deste Sistema.

Dessa maneira em janeiro de 1991 é criada a NOB 91, que normatiza procedimentos hospitalares e ambulatoriais. A NOB 92, no ano seguinte, inicia o processo de municipalização. A NOB 93 define os tipos de gestão, em função da capacidade gestora do município e organiza o processo de repasse de recursos do nível federal para o municipal. Para tanto, demanda a constituição de Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. A NOB 96 transfere ao município a gestão da atenção básica e do sistema municipal e fixa o piso da atenção básica.

Desde o início da sua implantação, o SUS tem como uma das suas principais estratégias o fortalecimento da atenção básica, entendida como uma alternativa para enfrentar o desafio de incluir um grande contingente populacional no

sistema, garantindo qualidade e resolutividade em todos os níveis, para todas as pessoas, de forma gratuita. É nesse cenário de mudanças para a regulamentação do sistema e criação de estratégias para enfrentamento dos velhos problemas de saúde e do desafio da realização das diretrizes constitucionais do SUS – universalidade, integralidade, equidade, que é formulado, em março de 1994 o Programa Saúde da Família, buscando organizar a atenção básica nos sistemas municipais de saúde (SOUZA, 2007).

No dia 4 de agosto de 2004 é aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, O Plano Nacional de Saúde (PNS), visando contribuir na redução das desigualdades em saúde, mediante a pactuação de metas estratégicas para a melhoria das condições de saúde da população e para a resolubilidade do SUS (BRASIL, 2004).

Em setembro de 2005 o Ministério da Saúde define uma agenda de Compromisso pela Saúde agregando 3 principais eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão; o conjunto desses formou o Pacto pela Saúde, assinado em 26/01/2006 pelos 03 entes Federados. Com o Pacto pela Saúde o governo federal se colocou em disposição para propor uma política transversal, integrada e intersetorial, com intenção de promover o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, outros órgãos governamentais, a sociedade civil, o setor não-governamental e privado.

O Pacto em Defesa do SUS representa o conjunto de ações integradas nas três esferas de governo, baseadas na defesa dos princípios constitucionais do SUS e assumindo-o como a Política Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2006)

O Pacto de Gestão se volta para a definição das responsabilidades de cada nível de hierarquia, ou seja, o principal objetivo é definir quem faz o que e para quem dentro do Sistema.

O Pacto em Defesa da Vida pode ser definido como um conjunto de compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Tem seu foco em ações específicas, na busca de resultados e da obtenção de meios financeiros e compromissos orçamentários para tanto.

Em maio de 2006 a portaria 687, do Ministério da Saúde, de 30 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde, inserida no Pacto em Defesa da Vida. Essa política enfatiza a continuidade, expansão e

aprofundamento de programas já implantados e a implantação de outros na perspectiva da integralidade e multisetorialidade

Por ter maior interesse para o trabalho em questão, detalharemos as ações do Pacto em Defesa da Vida, principalmente na sua relação com a Promoção da Saúde, a saber:

SAUDE DO IDOSO: considera a pessoa idosa aquela com 60 anos ou mais, prioriza a promoção para o envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada ao idoso, atendimento preferencial nas unidades de saúde, intersetorialidade, assistência domiciliar, provisão de recursos para as ações, participação social, formação contínua de profissionais voltados ao idoso; visa ainda apoio à pesquisa e divulgação da política de saúde para idoso e para profissionais e sociedade.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA: Objetiva a Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero; Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou partes do colo uterino comprometido (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível. As Metas para o Controle do Câncer de mama são: ampliar para 60% a cobertura de mamografia e realizar a punção em 100% dos casos necessários.

REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA: Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, reduzir os óbitos por doença diarréica em 50% e as por pneumonia 20%. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes. Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes. Os objetivos e metas para a redução da mortalidade materna são: reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

CONTROLE DAS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA: Os objetivos e metas para o Controle da Dengue são Planos de Contingência para

atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, para reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% destes municípios; eliminação da Hanseníase do ponto de vista de problema de saúde pública; atingir a cura de pelo menos 85% dos casos bacilíferos de Tuberculose, diagnosticados no ano; reduzir em 15% a incidência de Malaria na Amazônia Legal; plano de contingência para Influenza, baseado na vacinação de idosos.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: como focos principais desse trabalho destacam-se os objetivos de elaborar e desenvolver uma Política de Promoção da Saúde, sob responsabilidade dos três gestores; enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo; articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros; promover medidas concretas para estimular o hábito da alimentação saudável; elaborar e pactuar com a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006 (BRASIL,2006).

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: saúde da família com estratégia prioritária, considerando as diferenças loco – regionais; especialização dos profissionais nesta área; qualificação, ampliação e consolidação da Estratégia Saúde de Família nos pequenos e médios municípios e também nos grandes centros urbanos, garantia de infra-estrutura para as unidades básicas de saúde, garantia de financiamento para atenção básica e monitoramento das ações.

Dentro desse relato sobre o histórico do SUS, um dos aspectos que chamaram a atenção foi a equidade, que figura como uns dos seus princípios fundamentais. Assim sendo, o SUS deve contribuir para promover ações igualitárias, ou seja, ações para que seja legítima a sua criação e também para cumprir com sua função.

1.1.1 Equidade e o SUS

O conceito de equidade também remonta aos princípios de Promoção de Saúde. O seu sentido semântico remonta a palavra igualdade, porém quando se trata da equidade em Saúde, pode ser vista como o reconhecimento de que as desigualdades sociais geram também desigualdades em saúde, cabendo aos sistemas de saúde desenvolver estratégias que contribuam para reduzir agravos à saúde decorrentes das desigualdades sociais (CAMPOS, 2006).

As desigualdades sócio econômicas se traduzem em desigualdades de acesso e consumo dos serviços de saúde, bem como de condições de vida. A gênese das iniquidades é multifatorial e como tal, as ações antagônicas a elas devem ser multisetoriais, abrangendo, como rezam os princípios da SUS, a descentralização e hierarquização em todos os níveis (PINHEIRO; AKERMAN, 2005). A equidade implica ainda em:

- Busca da melhoria das condições de saúde, com redução de diferenças evitáveis e injustas até o mínimo possível;
- Melhorar a atenção aos serviços de saúde, em relação à sua necessidade e contribuição na capacidade de pagamento e prestação de serviço.

Assim, equidade em saúde é um estado determinado por múltiplos fatores, sendo que sua mensuração se dá por comparação a parâmetros pré-estabelecidos (WESTPHAL, 2007).

No âmbito da criação e da evolução do SUS, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são e foram tentativas de preparar e adequar o sistema de saúde para promover equidade, porém ainda não chegaram totalmente a esse objetivo.

A finalidade da CNS não se prende apenas à questão da equidade no SUS. As Conferências Nacionais de Saúde, assim como as de Educação, foram instituídas em 1937, numa reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública pela Lei Nº 378. Esta medida visava “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde realizada no país e orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e saúde, bem como na concessão de auxílio e subvenção federal” (Lei nº 378, pag. 61). Entretanto, a 1ª Conferência Nacional de Saúde só ocorreu em 1941 e a 2ª Conferência em 1950

(PINHEIRO; AKERMAN, 2005). Nas conferências subsequentes, houve um sentido, um direcionamento à democratização e descentralização das decisões, porém ainda muito barradas pelos governos com posições totalitárias (o Estado Novo de Vargas e após a Ditadura Militar de 1964). Nos subsequentes 20 anos de ditadura militar ocorreram a 4ª, 5ª, 6ª e 7ª Conferências Nacionais de Saúde, que discutiram a reforma sanitária e a descentralização. Já a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada em 1986 para subsidiar a Assembléia Nacional Constituinte na nova Constituição sendo que nessa conferência foram expressas as propostas construídas ao longo de duas décadas pelo chamado “movimento sanitário” e que serviram de base para a nova Constituição Federal brasileira, e conseqüentemente para a criação do SUS. Ocorreram, porém, os mais variados questionamentos e repetição de princípios constitucionais, que junto à retórica, geraram relatórios dessas CNS pouco efetivos (PINHEIRO; AKERMAN, 2005).

Durante a evolução histórica do SUS o termo equidade foi sendo usado de diferentes maneiras: alguns autores incorporaram a dimensão da Justiça Social, que permite analisar os diferentes tipos de desigualdades e assim definir o conceito de equidade nesta perspectiva (EGRY, 2007). Em saúde tem predominado a utilização de equidade como a preocupação em se estabelecer regras justas para a organização social (STARFIELD, 2002; ALMEIDA, 2005). A prática da equidade exige elevado grau de democracia, distribuição das cotas de poder, controle social do exercício desse poder descentralizado, elevado grau de autonomia dos agentes sociais que praticam os julgamentos e instituem os tratamentos. O sentido e o significado do termo equidade se modificam conforme o sistema de valores, a concepção de organização social e mesmo de desenvolvimento econômico e social a que cada discurso se refere (CAMPOS, 2006).

Na década de 90, havia uma perspectiva particular da equidade; a justiça social não deveria prestar apenas à disponibilidade dos serviços de saúde, mas também à acessibilidade aos mesmos. Por esse prisma, Lucchese (2003), analisa a gestão de saúde no Brasil e conclui que a descentralização, com maior governabilidade pelos estados e municípios, amplia o Direito a Saúde, ainda que persistam desigualdades na qualidade dos serviços e condições de vida da população.

O SUS é considerado um Sistema de proteção social, sendo um conjunto de normas ligadas a uma rede de serviços destinados a toda sociedade.

Porém, tanto na Constituição Federal quanto na Lei 8080, não há referência explícita à equidade (CAMPOS, 2006).

No Brasil, a equidade foi colocada como instrumento de justiça quanto à alocação de recursos, à oferta e utilização de serviços de acordo com a distribuição dos municípios e regiões do país (CAMPOS, 2006).

A política de ampliação ao acesso à Atenção Básica é uma proposta de promover a equidade em saúde no país. A Política Nacional de Atenção Básica, (BRASIL, 2006), traz os principais fundamentos e áreas de atuação da Atenção Primária, bem como as responsabilidades e competências de cada esfera de gestão; a infra-estrutura e as especificidades da estratégia Saúde da Família e as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os princípios da Atenção Básica caracterizam-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Paralelamente, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) começaram a promover e valorizar o conceito de equidade numa perspectiva mais abrangente maior do que a idéia de equidade como redução da pobreza (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1978),

Saúde para todos no ano 2000, slogan lançado por estas agências desde meados do século XX como mote orientador das propostas de reforma dos sistemas de saúde e representa a tentativa de relacionar o conceito de equidade ao de necessidade de saúde (VIANNA, 2003). Por meio da Política Nacional de Atenção Básica, em especial pela formulação pactuada de indicadores que permitem acompanhar o desempenho desta política em âmbito municipal, o SUS tem buscado orientar a gestão e a elaboração de políticas na perspectiva da equidade, entendida aqui como a possibilidade de um sistema equânime num país capitalista periférico (GIOVANELLA, 1996).

Quanto às disparidades do SUS em relação à equidade, acontece que os serviços básicos e os de média complexidade são mais procurados pela população de baixa renda; os serviços de alta complexidade são utilizados por extratos sociais diversificados, numa proporção semelhante àquela da população em geral (CAMPOS, 2006).

A equidade também pode ser abordada na dimensão da eficácia, o que implica na qualidade da prestação de serviços, envolvendo educação, ações políticas e sociais inteligentes. Deste modo, o aumento da atenção básica à custa de consultas e exames, e do pronto-atendimento sem qualidade não promove equidade. Entretanto Lucchese (2003) verificou que parte da iniquidade e ineficácia vem do financiamento insuficiente e falta de controle por parte do governo, ou seja, aspectos do desenvolvimento econômico regional (tipo de atividade, desenvolvimento), crime, utilização de serviços de saúde com fins eleitorais, corrupção, priorização da lógica do privado sobre o sanitário influem na eficácia e são obstáculos para a promoção de equidade.

A realização da diretriz de equidade pelo SUS, portanto, é um desafio que pode ser enfrentado, dentre outras ações, pelo desenvolvimento de atividades sistemáticas que permitam o aprofundamento e desdobramento do modelo de atenção a saúde escolhido, com valorização dos preceitos fundamentais do SUS (CAMPOS, 2006).

1.1.2 A Estratégia Saúde da Família como instrumento para efetivação do SUS

As diretrizes do SUS - universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade visam nortear a efetivação do direito à saúde e do acesso da população aos serviços e programas de saúde.

Nesse contexto, a atenção básica não pode ser simplesmente a porta de entrada do sistema, ou um serviço acessório à saúde, perdendo-se da prevenção e também da promoção de saúde (CARVALHO, 2002). A proposta da atenção básica é ser capaz de levar a resolução da maioria dos problemas de Saúde da população com qualidade (BRASIL, 2006). Foi com esta finalidade que o Ministério da Saúde assumiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização do sistema e expansão da atenção básica, em substituição ao modelo vigente de Unidades Básicas de Saúde.

Anteriormente houve experiências piloto em alguns Estados e municípios com a utilização de agentes comunitários de saúde, implantação de proposta de adstrição de clientela e outras iniciativas contendo elementos semelhantes aos do Programa de Saúde da Família (PSF). Em 1991, ocorre a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como política federal, representando um programa precursor ao PSF. O PACS desloca o foco do indivíduo para a família, ressalta a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e valoriza a integração com a comunidade, princípios que são incorporados como diretrizes da ESF (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Aliado as UBS, o PACS trouxe uma influência maior do controle social sobre esse modelo de atenção à saúde, que se caracteriza por assistencialismo, com consultas especializadas e de médicos generalistas, com foco na doença. No modelo das UBS, as ações de prevenção e promoção de saúde são sujeitas a protocolos prontos, sem que a comunidade tenha acesso direto ou controle sobre as mesmas (MORAES, 1998). As UBS formam um sistema de postos de atendimento isolados entre si, baseados no seu território de abrangência, porém visam principalmente o sujeito, e não objetivam a saúde da família, ou seja, a sua unidade se baseia em cada indivíduo cadastrado, sem definir critérios familiares de apoio e assistência.

A ESF é o principal instrumento da mudança do modelo assistencial da atenção básica, sendo que deve prezar a responsabilidade dos serviços de saúde em relação à população. Portanto, teria uma função reorganizadora, para qual o SUS se direcionaria para a Promoção de Saúde (WESTPHAL, 2007). Portanto, o programa pode ser considerado um instrumento de reestruturação do SUS, que contribui para melhorar o controle social e constitui-se como forma de pressão sobre o modelo tradicional (VIANNA; DAL POZ, 1998). O controle social é caracterizado pela influência da população assistida sobre as ações políticas e de gestão dos serviços de saúde, e pode ser instituído através de ações de advocacia em saúde, (LIBARDONI, 2000), e também por educação em saúde e informação (empoderamento).

Fundamentalmente, o ESF é um modelo que busca equidade com qualidade na atenção básica, descentralizando o atendimento; objetiva ainda a intersetorialidade das ações, como forma de seguir os princípios do SUS. Utilizam os ACS como instrumentos de valorização da saúde da família, tirando o foco do indivíduo. As unidades de atendimento são constituídas por Médico (generalista, médico de família ou pediatra), Enfermeiro, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, sendo chamados de Núcleos de Saúde da Família.

“Fundamentos do Programa Saúde da Família:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - “estimular a participação popular e o controle social.”

(NOTA TÉCNICA CONASS12 / 2006).

A Estratégia Saúde da Família vem crescendo em números e informação no Brasil (CARVALHO, 2002).

Atualmente o ESF cobre aproximadamente 94% dos municípios do país, com 29 mil equipes e cobertura populacional de 48% - o que corresponde a 92 milhões de pessoas. Ocorre que devido a disparidades, grandes extensões regionais, e por desigualdades sociais, as experiências com a ESF também sofrem distorções. Nem sempre se consegue a mudança do modelo assistencial com o aumento da cobertura populacional, como objetiva a Estratégia Saúde da Família (GIOVANELLA, 2009).

A título de informação, desde 2002 tem havido um crescimento do acesso ao atendimento básico na população. Entre 2000 e 2006 houve um salto de 0,28 a 1,4 consulta médica/habitante/ano, principalmente nas cidades pequenas e médias, sendo a expansão mais discreta nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2006).

A ESF é hoje o modelo para atenção básica, que, como relatado anteriormente, busca a promoção da equidade no SUS; no entanto, essa correlação deve ser mais bem explicada e direcionada na gestão.

1.1.3 A Estratégia Saúde da Família como interface para equidade

Inicialmente idealizado como um programa evoluiu para um conceito mais amplo, sendo chamada Estratégia Saúde da Família, termo utilizado mais recentemente. Inicialmente considerado apenas mais um dos programas a serem implantados no atendimento primário, a partir da política adotada pelo Ministério da Saúde em usá-la como instrumento de implementação e reorganização da atenção básica, o termo ESF ficou definido (GIL, 2006). A ESF objetiva racionalizar o uso dos serviços de saúde, regularizando o acesso aos mesmos, visando que as tecnologias

disponíveis sejam usadas com equidade. Caracteriza-se por atendimento multiprofissional, tendo como norte os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil: integralidade, qualidade, equidade e participação social (HÜBNER; FRANCO, 2007).

O ministério da saúde tem buscado na ESF um instrumento para a promoção da saúde. O governo federal tem estimulado a implantação e implementação do programa, oferecendo incentivos financeiros, criando polos de capacitação profissional e promovendo a formação de recursos humanos voltados para saúde da família (BESEN, 2007).

Entretanto as variações regionais, culturais, sociais, políticas e econômicas podem determinar que a operacionalização da ESF ocorra ou não de acordo com a sua conceitualização, acarretando um novo desafio para a promoção da equidade em saúde (ESCOREL, 2007).

Na sua conceituação inicial, a ESF, tem como premissa a equidade na distribuição dos serviços de saúde, sendo que sua implantação deve seguir padrões de distribuição da população e as necessidades da mesma. Levando em conta somente o aspecto quantitativo, corre-se o risco da má distribuição dos recursos, não permitindo que grupos vulneráveis tenham acesso aos mesmos (MENDES, 2005).

Quando consideradas essas variantes, as racionalidades econômicas, científicas e técnicas procuram sustentar a inserção e articulação de políticas de saúde mais igualitárias (SISSON, 2007).

A ESF visa abranger as regiões com menor cobertura assistencial e populações mais vulneráveis, principalmente em municípios menores; já em cidades de médio e grande porte, existe um choque com o sistema de saúde preexistente, que geralmente é bem mais completo e complexo. A correção das dissonâncias com o sistema tradicional visando melhorar o acesso à atenção básica de populações antes sem assistência à saúde, é mais um dos objetivos da ESF sob o prisma da equidade (CAMPOS, 2006).

Isoladamente a ESF não cumpre os preceitos do SUS quanto à equidade. É necessário que o estado e atores envolvidos trabalhem promovendo políticas públicas capazes de dar sustentabilidade à ESF, para agilizar a sua correta implantação e desenvolvimento (GIOVANELLA, 1996).

Entretanto, a ESF não é capaz de influenciar outros níveis de assistência à saúde, porque não há uma integração entre eles, como deveria ocorrer segundo os princípios do SUS. Assim, a ESF é uma política inovadora, com capacidade de induzir processos sociais que visam diminuir as desigualdades sociais, porém sua ação fica restrita à atenção básica (CAMPOS, 2006), portanto, a ESF é simplesmente um conjunto de ações focais na atenção básica visando a promoção da equidade. O programa participa de uma série de medidas do poder público na reforma do SUS, sofrendo com isso todos os impasses de sua implementação (SENNÁ, 2002).

1.1.4 Equidade e Promoção de Saúde

O Ministério da Saúde tem buscado um direcionamento da atenção básica para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde (BRASIL, 2008). Ao mesmo tempo, busca promover equidade a partir da ESF. Portanto, é importante compreender a relação entre esses conceitos e no contexto atual do SUS.

A Carta de Ottawa, produto da Primeira Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, em Novembro de 1986 (CARTA DE OTTAWA, 1986), postula que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - Ecossistema Estável – Recursos Sustentáveis - Justiça Social e Equidade. O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos. A Carta de Ottawa prevê ainda como estratégias:

A defesa da Saúde, em relação aos Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos;

- Valorizar a **capacitação** dos cidadãos como instrumento de promoção de equidade;
- A **mediação** visando uma ação ordenada do governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia, essencial para a Promoção de Saúde;

- **A construção de Políticas Públicas Saudáveis**, fazendo com que os governos e responsáveis assumam sua responsabilidade na Promoção da Saúde, que devem incluir legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, visando ações conjuntas que contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos.

- **Criação de Ambientes Saudáveis**, harmonizando a relação do homem com meio ambiente, visando preservação dos recursos naturais. Um ambiente saudável também se relaciona com o lazer e principalmente com propiciar condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis;

- **Reforçar a ação comunitária**, com incremento do poder das comunidades, a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino; isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

- **Desenvolver Habilidades Pessoais**, através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, visando o maior controle da comunidade sobre sua própria saúde e o meio ambiente;

- **Reorganização dos Serviços de Saúde**, que requer capacitação dos atores envolvidos nos mesmos e uma mudança de atitude dos órgãos governamentais;

- **Voltados para o futuro**, é necessário que os envolvidos no processo devam ter como guia o princípio de que em cada fase do planejamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde, homens e mulheres devem participar como parceiros.

Com o conceito da promoção, também é redefinido o conceito de saúde, que deixa de ser apenas como um estado de não doença ou “*situação de perfeito bem-estar físico, mental e social*” definida pela OMS. A saúde passa ser considerada em um sentido mais amplo, que envolve conceitos de autonomia do indivíduo e principalmente de qualidade de vida; a saúde passa a ser considerada com um estado de harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Como visto anteriormente, a equidade em saúde pode ser definida como a oposição às desigualdades geradas pelas condições político, sociais e

econômicas (desigualdades injustas, evitáveis e relevantes) (WESTPHAL, 2007); No SUS, no âmbito da promoção de saúde, existe o direcionamento para que essas iniquidades sejam transformadas em “*desigualdades justas*”, que consiste em dar mais para quem tem menos, não para exterminá-las, mas para possibilitar que a maioria da população tenha a oportunidade de ter uma vida digna (WESTPHAL, 2007).

A Promoção de Saúde, dentro dos conceitos de Advocacy e Empowerment, incita ao monitoramento das ações dos órgãos governamentais e das políticas de saúde; também busca informações para geração de conhecimento e educação em saúde. Essas ações permitem que possa haver a maior equidade nas políticas e serviços de saúde (LIBARDONI, 2000).

Também é premissa da promoção de saúde a visão interdisciplinar, que prioriza a cooperação multisetorial, diversidade dos atores e democracia no diálogo; valoriza o controle social, proporciona a oportunidade para que a população possa intervir, determinando suas vulnerabilidades e dessa maneira, direcionando os gestores e atores envolvidos, para que possam implementar as ações de saúde de maneira mais igualitária.

Paralelamente, o Pacto pela Saúde prevê uma participação maior do controle social na gestão e financiamento, através de ações de fortalecimento da participação social:

- *Apoio aos conselhos de saúde, conferências, movimentos sociais;*
- *Apoio ao processo de formação de conselheiros;*
- *Estimulo à participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;*
- *Apoio aos processos de educação popular na saúde;*
- *Apoio à implantação e implementação de ouvidorias;*
- *Apoio ao processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.*

A promoção de saúde, como já pontuado, conclama a participação da comunidade, como forma de implementar a modernização e humanização dos serviços de saúde. Desse modo, a equidade pode ser feita através de novas

estratégias, usando do aprendizado e conseqüente autonomia da comunidade, para gerar uma nova visão de governabilidade, tendo como pressuposto a intersetorialidade das ações.

1.2 A Estratégia Saúde da Família no município de Franca

Considerando o município de Franca, existem em todos os níveis boas ações isoladas na saúde, infra-estrutura, assistência social, controle e educação.

Entretanto, ainda que o município realize ações de qualidade no setor de saúde, de infra-estrutura, de assistência social, controle e educação, aparentemente, existe uma falta de interação entre os órgãos promotores, que trabalham isoladamente, sem muitas vezes conhecer os projetos e programas dos outros. Por isso, há esforço maior do executivo, que tenta integrar essas ações, com dificuldade para definir e implantar uma política de promoção de saúde e caracterizar a sua atenção básica. Há de considerar que as dificuldades não são apenas em nível municipal, mas também estadual e federal.

A maior parte a população de Franca tem como referência primária as UBS (unidades básicas de saúde), que apesar de ter em seu escopo vários programas, ainda seguem um modelo basicamente assistencialista, atuando como polos de triagem, fornecimento de receitas de medicação de uso contínuo, troca de pedidos de exames, encaminhamentos a especialistas. Essas UBS são administradas em sua totalidade por gerentes, geralmente não profissionais de saúde. Os representantes da população dos conselhos gestores das unidades, que determinam os representantes no Conselho Municipal de Saúde (CMS), são escolhidos junto aos centros comunitários dos bairros e são a base do controle social no sistema público de saúde na cidade. Esse é o modelo vigente na atenção primária de Franca, responsável por 94,2% da cobertura populacional.



Figura 1: Distribuição da Atenção Básica em Franca (2009); marcas azuis são núcleos; marcas verdes são UBS

Fonte: Google Maps; Secretaria Municipal de Saúde Franca-SP

Quanto aos núcleos de Saúde da Família, a situação é diversa. Quanto à cobertura populacional, é de 5,8% da população, está disposta de uma forma geograficamente descontínua, já que os núcleos são isolados uns dos outros e distantes, como visualizado na Figura 1. Cinco núcleos atendem 4.404 famílias, correspondendo a 17.983 pessoas assistidas com uma média de 3.393 visitas mensais dos agentes (FRANCA, 2008). A sua implantação se deu há nove anos, e o critério usado para escolha dos locais foi presuntivo, não tendo sido usados estudos populacionais ou sociais para fazê-lo, o que pode ter gerado distorções nos princípios fundamentais do programa em relação à área de cobertura. Quanto aos profissionais da atenção básica, existem dificuldades na contratação de médicos, enfermeiros capacitados e especializados para a Saúde da Família, e também para manter esses profissionais nos núcleos, segundo relatórios e informações do próprio governo municipal. Em relação aos agentes comunitários de saúde, a contratação é

feita através de processo seletivo ou concurso público, por força de lei, que resulta na contratação de agentes que não pertencem à região geográfica dos núcleos.

Considerando-se a saúde da família como estratégia prioritária no Pacto pela Saúde, o aumento da abrangência populacional de programas como esse é importante para melhorar a influência do controle social sobre as políticas públicas, promover integralidade nas ações e buscar a equidade. Portanto, os gestores necessitam de dados corretos e concisos sobre a distribuição geográfica de sua população, informações sobre as condições econômicas, qualidade de vida e a distribuição de serviços já existentes. O município de Franca não tem utilizado a ESF como principal programa para ampliar a atenção básica, porém no plano orçamentário 2009-2010, (FRANCA, 2009), a Prefeitura Municipal colocou entre as obras a serem feitas novos núcleos da ESF e também novas UBSs, demonstrando que provavelmente seguirá com um modelo misto de atenção básica; não há alusão de previsão orçamentária para o aumento do PACS (programa de agentes comunitários da saúde); estão previstos ainda a construção de novas unidades de atendimento de urgência e emergência.

Quanto a outros programas implantados na atenção básica, suas ações ocorrem isoladamente. Quando consideramos as assertivas do Pacto pela Vida, e também objetivando os conceitos da promoção da saúde, previstos de maneira inicial nas cartas de promoção de saúde, principalmente na Carta de Ottawa, é muito clara a necessidade de uma intersetorialidade (PAULA, 2004). Esta não deve ocorrer apenas entre os programas de saúde implantados no município, mas também com outros órgãos governamentais de interesse, em todos os níveis (Municipal, Estadual e Federal), sociedade civil, organizações não governamentais sérias e principalmente com os Conselhos de Saúde (Municipal e de cada unidade de saúde). Ainda há necessidade de uma avaliação metodológica e estruturada cientificamente para que possam ser confirmadas essas observações.

Quanto ao controle social, pouco se sabe quanto pode influir no processo de co-gestão e implementação da ESF no município de Franca, por falta de informações e dados fidedignos a respeito. Faz-se necessária uma melhor avaliação e coleta de informações junto à população, para determinar a ação do capital social da comunidade francana na estratégia.

Finalmente, uma questão importante é verificar a viabilidade da promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família em Franca, que pode ser

respondida com uma pesquisa com os usuários do programa, objetivando sua relação e conhecimento do mesmo, bem como suas expectativas.

Levando em conta o que foi discutido anteriormente, esse projeto de pesquisa pode considerar os seguintes questionamentos: A Estratégia Saúde da Família no município de Franca tem relação com a Promoção de Saúde?

Qual é a população assistida pela ESF em Franca? Como esta população se utiliza do programa? Quais as expectativas da mesma? A ESF em Franca contribui para equidade?

A resposta a esses questionamentos pode auxiliar tanto os gestores como os usuários da ESF no município de Franca.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar a população residente em um dos bairros do município de Franca-SP cobertos pela ESF e identificar a sua relação com o Núcleo Saúde da Família, e suas expectativas em relação a esse serviço

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar a população quanto a sexo, idade, número de residentes nos domicílios, nível educacional, ocupação laboral e composição da renda da população assistida pelo Núcleo;

Identificar o acesso e uso do Núcleo Saúde da Família pelas famílias, do ponto de vista da equidade.

3. METODOLOGIA

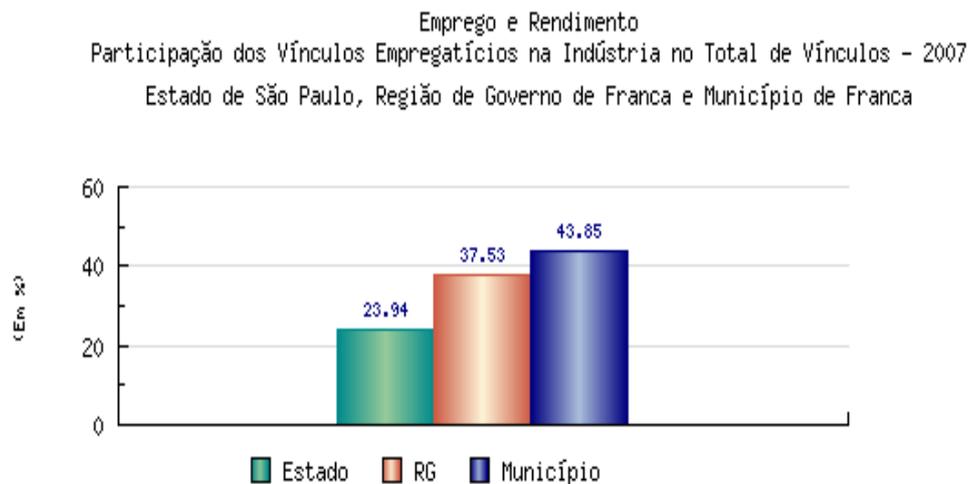
3.1 O MUNICÍPIO DE FRANCA

O Município de Franca está localizado no nordeste do estado de São Paulo, a latitude 20°32'03"S e longitude 47°24'19" WGR, situado a uma altitude de 1.040 metros, ocupando uma área de 609 Km². Conta com uma população estimada pelo IBGE de 327.176 e 330.938 habitantes nos anos de 2008 e 2009 respectivamente, sendo a população oficial em 01.08.2000 (censo 2000) = 287.400 habitantes.

O município conta com uma população economicamente ativa aproximada de 184.000 habitantes (+ ou - 64%), considerado o PIB - produto interno bruto / renda per capita = US\$ 5.000 (Fundação SEADE, 2008), conforme observado na figura 3.

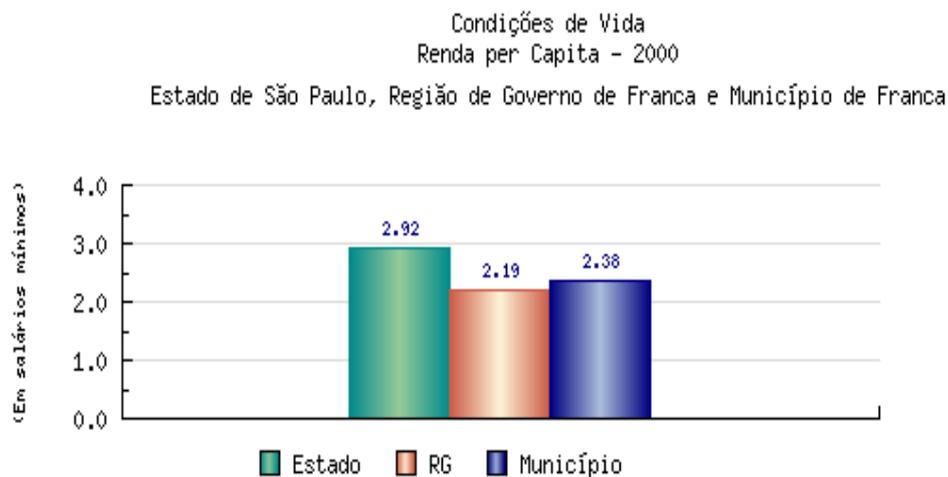
No âmbito da saúde, é a sede regional da DRS-VIII (Região de saúde 8), sendo responsável pelo atendimento de 22 municípios para alta e média complexidade; para esses níveis, a abrangência regional é de aproximadamente 700 mil habitantes.

Segundo dados da Fundação SEADE, em 2008 43,85% dos vínculos empregatícios no Município de Franca eram ligados a indústria, como mostra a Figura 2.



Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego-MTE. Relação Anual de Informações Sociais-RAIS.

Figura 2 - Vínculos empregatícios na indústria no total de vínculos
Fonte: Fundação SEADE



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico.

Figura 3 Renda per capita no Município de Franca-SP
Fonte: Fundação SEADE

Devido a essa caracterização ocorre uma diferenciação importante também no perfil da população usuária do sistema de saúde, no que se refere à medicina privada. Por se tratar de cidade com parque industrial desenvolvido, voltado principalmente à produção de calçados, os três principais planos de saúde atuantes congregam cerca de 120.000 usuários, sendo que a maioria deles usa também a rede pública de saúde, embora esses números ainda não tenham sido

avaliados de maneira efetiva. Essa particularidade leva a um maior uso dos serviços públicos de saúde pela fatia da população que tem plano de saúde, ou seja, essas pessoas irão fazer uso somente do setor terciário da assistência, na alta e até na média complexidade, sem que tenham sido acolhidos no sistema de uma maneira integral, e sem passar pela atenção básica do município. Por exemplo: um cidadão que nunca utilizou UBS ou USF, por ser usuário de plano de saúde, necessita de exames e até procedimentos de alta complexidade, que não são cobertos pelo seu plano; esse usuário conseguirá, pelo princípio de igualdade do SUS, os procedimentos que necessitar.

Quando a situação do munícipe é daquele que não tem emprego registrado, mesmo trabalhando no setor calçadista de maneira informal, prestando serviços, esse geralmente não dispõe de plano de saúde e é usuário contumaz da rede pública, porém com o poder aquisitivo um pouco melhor, sendo capaz de pagar por serviços de saúde e consultas em situações especiais. Outra fatia da população é aquela que não tem atividade fixa e geralmente sobrevive do subemprego, e depende totalmente do serviço público de saúde, inclusive para urgência e emergência, é usuária frequente das UBS e ESF, e também do Pronto Socorro Municipal.

Finalizando, há os dois extremos da população, que são os de alto poder aquisitivo, que raramente tem contato com a rede pública, e por outro lado existem os de baixíssimo poder aquisitivo, que estão algumas vezes até longe do alcance do serviço público de saúde, devido a sua extrema vulnerabilidade social.

Atualmente, existe também outro grupo de habitantes que podem ser denominados como flutuantes representados pelos estudantes, oriundos de outras cidades, e também trabalhadores que vem de cidades próximas para trabalhar em Franca, retornando as suas cidades de origem diariamente ou semanalmente.

Com este perfil populacional - população residente no município, população flutuante, usuários da região administrativa de saúde, pessoas que pagam plano de saúde e habitantes de cidades próximas, é importante descrever quantitativamente a rede pública de saúde de Franca, para que possa haver o entendimento de como a estrutura do ESF se encaixa no sistema de saúde do município. Franca conta para o atendimento com:

- 14 unidades básicas de saúde, com atendimento de clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, equipe de enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, assistente social, vacinação, e programas de saúde;
- 5 unidades de Estratégia Saúde da Família (Figura1), com equipes de agentes de saúde, médico, enfermeira, técnicos de enfermagem;
- Núcleo de Gestão Assistencial 16 (NGA-16), que é um ambulatório de especialidades, serviços diagnósticos de média complexidade, saúde mental, e sede de alguns programas;
- Centro de Saúde 1(CS-1), que abrange programa DST-Aids, saúde do Idoso, Laboratórios e outros programas;
- Casa do Diabético, Centro oftalmológico;
- Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST);
- Centro Diagnóstico (Ultrassonografia, Cardiotocografia, Ecocardiograma, EEG.)
- Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental;
- UAC; Unidade de Auditoria e Controle;
- Pronto Socorro Municipal “Dr. Janjão”, atendimento ambulatorial de Urgência e Emergência, Pronto Atendimento;
- Pronto Atendimento na UBS do Jardim Aeroporto I;
- 1 CAPS(Centro de Assistência Psico-social),
- Hospitais Contratados (SUS): Hospital Psiquiátrico “Allan Kardec”, Complexo Hospitalar Santa Casa de Franca (está sob a Gestão Estadual de Saúde).

A implantação do ESF no município aconteceu de maneira geograficamente desordenada, sem cobrir área ou região específica da cidade, formando bolsões de populações cobertas pela ESF, em contraste com a maior parte da atenção básica que é feita através das UBS. Devido a esta estrutura fragmentada cada núcleo tem sua particularidade, desde a sua implantação até a forma de atendimento, qualificação dos profissionais envolvidos, e relacionamento com o restante da rede de assistência.

Os Núcleos de Saúde da família tem um direcionamento muito semelhante ao de uma unidade básica de saúde tradicional, pois não houve durante

a implantação do programa a idéia de intersectorialidade, nem de ações comunitárias, de educação ou de promoção de saúde.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa em questão foi escolhido o Bairro do Jardim Palma, localizado na região nordeste da Cidade Franca-SP, com 26 ruas e 1070 domicílios (FRANCA, 2008), sendo bem visualizado na figura 4.



Figura 4 - Visão Geral do Bairro Jardim Palma em Franca-SP
Fonte: Arquivo do Pesquisador

A identificação desse bairro com a cidade se deve as características de sua população, predominante de operários e pequenos empresários, ligados a indústria de calçados, atividade econômica frequente no município. As características ambientais também são típicas da cidade, sendo relevo de colinas, pouca vegetação, com asfaltamento, luz elétrica, abastecimento de água e rede de esgotos tratados.

cinco núcleos da cidade, é o mais adequado às diretrizes da ESF, sendo a equipe capacitada e integrada ao programa.

O Núcleo está situado num local de fácil acesso do Bairro (Figura 5), na sua avenida principal, em um imóvel alugado pela Secretaria Municipal de Saúde (Figuras 6 e 7).



Figuras 6 e 7- Núcleo da Saúde da Família do Bairro Jardim Palma em Franca-SP
Fonte: Arquivo do Pesquisador

No Núcleo são realizadas consultas médicas, alguns curativos, e também ações preventivas e de educação de saúde, como vacinação, grupos de hipertensos e diabéticos, Viva A Vida (grupo de terceira Idade), palestras, atividades manuais, lúdicas, orientação quanto a hábitos, puericultura, assistência a gestantes e puerpério.

Sob a ótica da Promoção de Saúde e do Pacto pela Saúde, que prioriza a Estratégia Saúde da Família, é importante que a população deste estudo esteja sob a área de atuação de um Núcleo de Saúde da Família.

Assim, população abordada nesta pesquisa é a que reside na área de cobertura do Núcleo do Palma da ESF no município de Franca.

3.2.1 Coleta de dados

Na definição do plano amostral, visando atingir os objetivos do projeto, foi realizada uma pesquisa descritiva de corte transversal com uma amostra aleatória dos 1070 domicílios que compõem o bairro do Jardim Palma. A representatividade da amostra calculada com uma margem de erro de 10% foi dada por coleta de dados de 100 famílias habitantes no bairro, utilizando-se estimativa para o tamanho da amostra baseada no tamanho da população e margem de erro, para um intervalo de confiança de 95% (para um erro padrão de 10%, igual à variabilidade da média populacional).

A escolha dos domicílios foi feita seguindo um padrão pré determinado, sendo que a cada 11 residências, contadas a partir da primeira rua do bairro, foram feitas as entrevistas, até se chegar ao número de 100 domicílios. A amostra foi distribuída em toda a extensão do Bairro Jardim Palma, respeitando seus limites geográficos, para que não contivesse famílias de bairros adjacentes. A pessoa entrevistada foi preferencialmente o chefe do domicílio ou cônjuge deste, porém sem excluir as entrevistas realizadas com outros membros da família; é importante salientar que embora a unidade analisada fosse a família, somente o entrevistado respondia, informando sobre todos os familiares.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas estruturadas, a partir de um formulário com perguntas fechadas, desenvolvido pelo pesquisador (APÊNDICE I), que foi submetido a um teste piloto, com três domicílios, escolhidos com o mesmo critério de seleção descrito, submetido à revisão e finalmente validado para a realização da pesquisa. É importante salientar que os domicílios submetidos ao teste piloto não foram incluídos na amostra.

O questionário foi aplicado aos entrevistados em seus domicílios, sendo autorizada a entrevista após visita dos entrevistadores, tendo os mesmos levado a eles o conhecimento dos objetivos e método da pesquisa através de uma explanação verbal e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I).

A coleta de dados foi realizada por quatro entrevistadores, sendo duas acadêmicas de enfermagem, um acadêmico de medicina e um aluno de curso preparatório para ingresso em ensino superior, todos residentes do município de

Franca, sendo os dois últimos moradores de bairro vizinho ao Jardim Palma. Faz-se a observação de que o pesquisador não foi entrevistador, por ser pessoa conhecida na cidade como ex-secretário municipal de saúde, o que poderia contaminar os dados informados. Os entrevistadores foram devidamente treinados pelo pesquisador, cientificados dos objetivos do projeto e principalmente da metodologia da pesquisa; receberam orientação também para fazer um diário de campo, para que a cada dia de trabalho fossem anotados os fatos e as impressões relativas àquela etapa, visando obter informações adicionais para análise dos resultados. Segundo os diários de campo dos entrevistadores e do pesquisador, a aceitação da população a pesquisa foi boa, sendo que somente cinco pessoas abordadas para entrevista se recusaram à mesma; nesses casos, outros cinco domicílios foram escolhidos segundo o critério escolhido para a pesquisa (contava-se novamente 11 domicílios).

A coleta de dados foi cumprida num prazo de 30 dias seguidos (inclusive finais de semana e feriados) com cada entrevistador ficando no campo por duas horas diárias, no final da tarde, com o objetivo de contatar o chefe da família ou seu cônjuge. Na ausência de qualquer um destes, havia maleabilidade para entrevistar outro membro da família. As entrevistas eram feitas individualmente por cada entrevistador. Os entrevistados eram orientados quanto aos objetivos da pesquisa, e em seguida era lido o termo de consentimento e assinado; as perguntas eram lidas pelo entrevistador, enumerando as opções de resposta em cada questão, e depois de respondidas, eram anotadas no formulário. No final de cada entrevista, era perguntado ainda se havia alguma dúvida sobre algumas das questões ou sobre a pesquisa. Os formulários foram numerados de 1 a 100 e distribuídos 25 deles para cada um dos entrevistadores, seguindo a numeração e ordem alfabética. Foi solicitado ainda que os entrevistadores mantivessem sigilo de suas entrevistas, principalmente entre eles próprios, visando evitar contaminação entre as informações coletadas, inclusive do diário de campo. A cada 7 dias era feita uma reunião individual com o pesquisador, para checagem da coleta dos dados, sendo que em três entrevistas foi necessária nova visita ao domicílio para complementar dados não coletados na primeira entrevista. No final do período de 30 dias, as entrevistas foram entregues ao pesquisador, em envelope fechado, cada uma anexa ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido correspondente.

Recolhidas as 100 entrevistas com dados coletados, a entrada das informações no banco de dados foi feita pelo próprio pesquisador, tomando a precaução de armazená-las em arquivos do Epi Info 3.5.1, Excel 2007 e Access 2007, com backup em discos removíveis e internet (Google docs). Da mesma maneira, o processamento e análise dos dados foram feitos pelo pesquisador usando Epi Info 3.5.1. Durante a digitação um questionário foi excluído por não se encaixar nos critérios de inclusão, no caso, o domicílio não pertencia ao bairro, não sendo repostado, sendo, portanto a amostra final composta de 99 entrevistas.

As variáveis estudadas foram: sexo, idade, número de residentes nos domicílios, nível educacional, ocupação laboral, composição da renda da população assistida pelo Núcleo; tipo de atendimento no Núcleo, atendimento alternativo, plano de saúde. Também foi perguntada a opinião dos entrevistados sobre a sua saúde, sua renda e o atendimento no núcleo; foram ainda estudadas a opinião dos entrevistados em relação às necessidades do núcleo e melhorias a serem implantadas.

Para caracterizar a classe social das famílias, foram usados os critérios validados pela Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP, 2008), implantados no formulário (APÊNDICE I).

Por se tratar de um estudo descritivo da população e sua relação com o núcleo saúde da família do Jardim Palma, usou-se basicamente a análise de frequência, e cruzamento simples de dados (pareamento, com intervalo de confiança de 95%).

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetida a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFRAN , sendo aprovado sob o protocolo 174/08 (ANEXO II).

4. RESULTADOS

4.1 ENTREVISTAS

Das pessoas entrevistadas, em 58,6 % das entrevistas foram respondidas pelo próprio chefe da família, 30,3% pelo cônjuge e 21,1% outros moradores; de acordo com os diários de campo, o entendimento das perguntas foi satisfatório e os entrevistados responderam com facilidade ao que foi questionado; em 11 domicílios, o entrevistador foi perguntado pelo entrevistado se haveria alguma influência ou melhora no trabalho do Núcleo do Palma com a pesquisa em questão. Ainda conforme anotações do diário de campo, a maior queixa espontânea dos usuários foi em relação à organização do núcleo e também em relação a informações dos serviços prestados. De maneira geral, os entrevistadores relatam que foram bem recebidos pelos entrevistados, e também a impressão positiva causada pelo fato do bairro estar sendo alvo de pesquisa.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Nos 99 domicílios avaliados, residem 365 pessoas, sendo 182 do sexo masculino e 183 do sexo feminino, distribuídos em 102 famílias (3 domicílios com 2 famílias), com uma média de 3,65 moradores por domicílio. De acordo com autodeclaração, 92,9% eram brancos e 7,1% negros. Quanto à fase da vida, a distribuição da população estudada foi de: crianças e jovens (0 a 17 anos), 84 moradores (23,0%); adultos (18 a 65 anos), 251 moradores (68,8%); Idosos (acima de 65 anos), 30 moradores (8,2%); essa distribuição pode ser verificada na Figura 8.

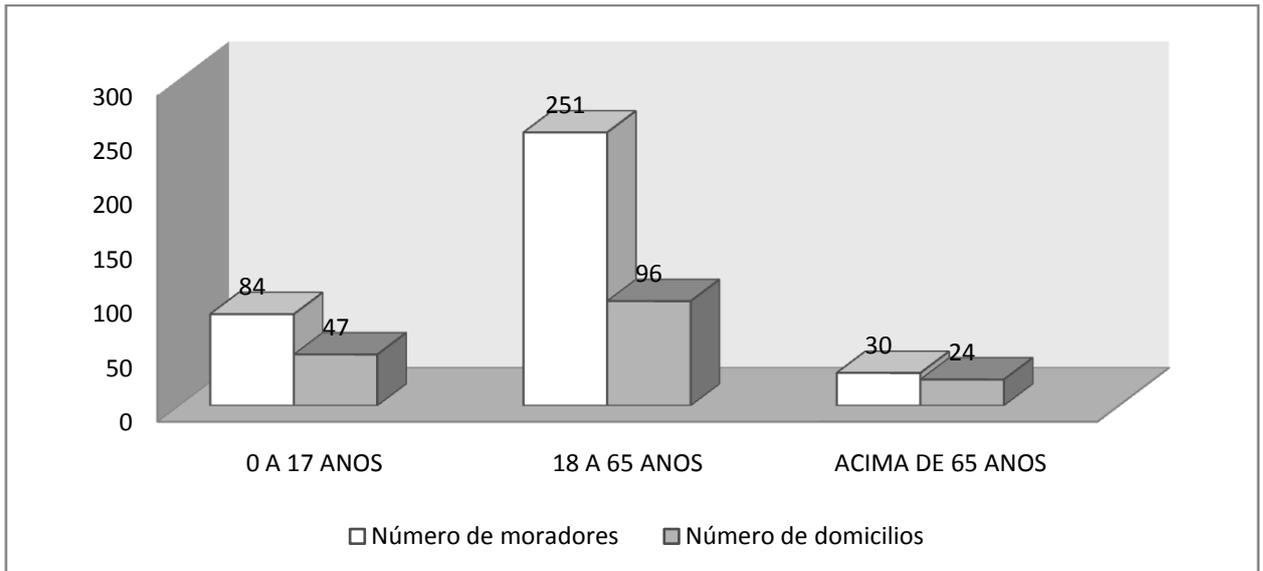


Figura 8 – Relação entre a faixa etária encontrada e o número de domicílios avaliados no Jardim Palma, Franca-SP

Quanto à renda familiar, foi observado que 34,3% das famílias estão na classe social C1, 25,3% na classe B2, 19,2% na C2, 11,1% na D, 8,1% na B1 e 2,0% estão na A2 (Figura 9). A composição da renda se deu basicamente pelo chefe da família, sendo a que as ocupações foram: trabalho remunerado 57,6%, aposentados e não trabalhando 20,2%, desempregado (subemprego) 9,1%, trabalha em casa 6,1%, aposentado trabalhando 5,1%, estudante 1,0% e trabalho voluntário 1,0%.

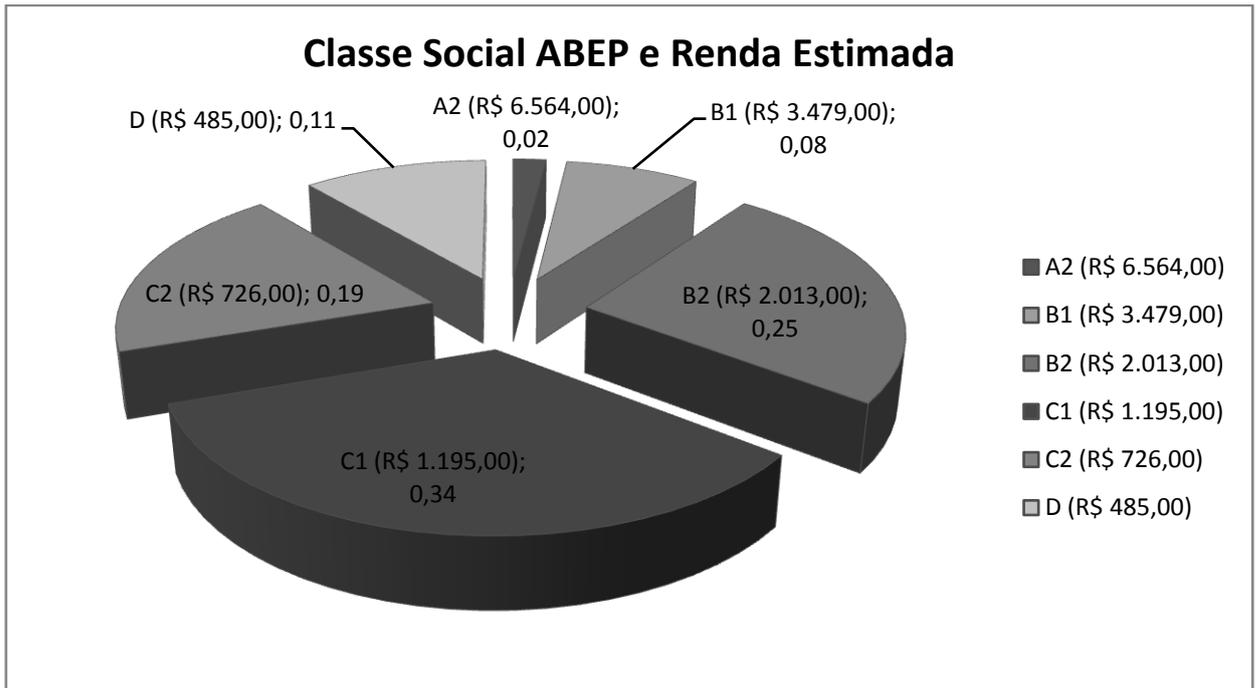


Figura 9 - Classe Social segundo a Renda Familiar (ABEP, 2008)

Em relação a escolaridade do chefe da família (Figura 10), segundo o último ano de escolaridade o achado foi o seguinte:

- (Ginasial completo / Colegial incompleto Fundamental completo) 37,4%;
- (Primário completo / Ginásial incompleto) 25,3%;
- (Colegial completo / Superior incompleto Médio completo) 16,2%;
- (Analfabeto / Primário incompleto) 13,1%
- (Superior completo) 8,1 %.

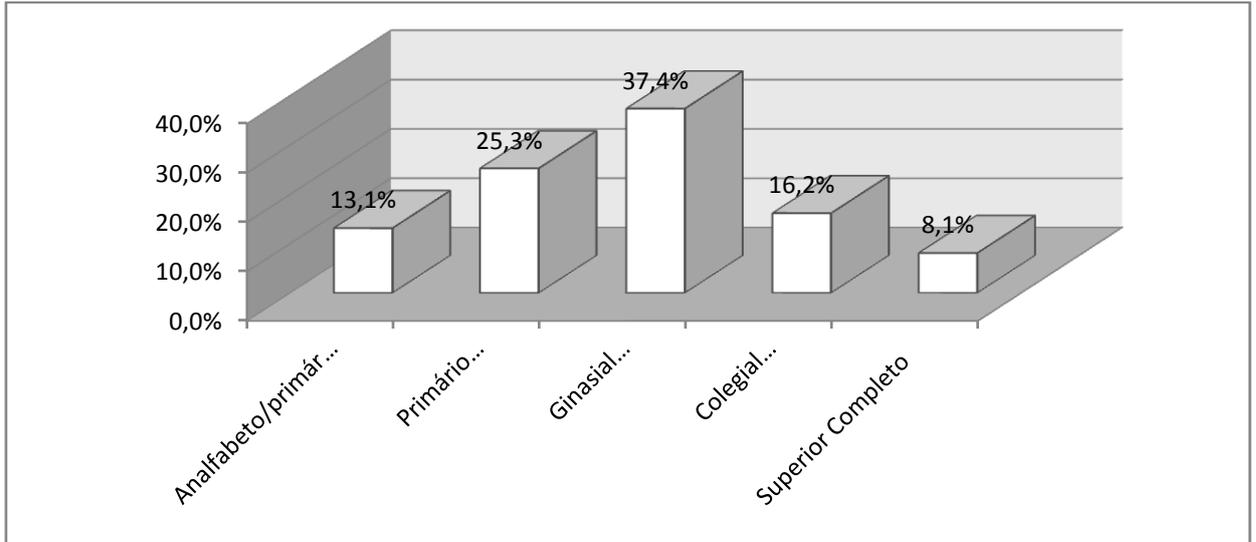


Figura 10 - Escolaridade do Chefe da Família na amostra estudada

Quando perguntado aos entrevistados como classificam sua renda, as respostas foram: nossa renda atual é adequada para nossas necessidades (49,5%), é difícil viver com a renda que temos (31,3%), vivemos confortavelmente com nossa renda atual (9,1%), é muito difícil viver com a nossa renda (9,1%) e não responderam (1,0%) (APÊNDICE I). Essa distribuição pode ser visualizada na Figura 11. Perguntado ainda sobre a inscrição da família em algum programa social, em qualquer nível de governo, a resposta foi positiva por 8,1% dos entrevistados.

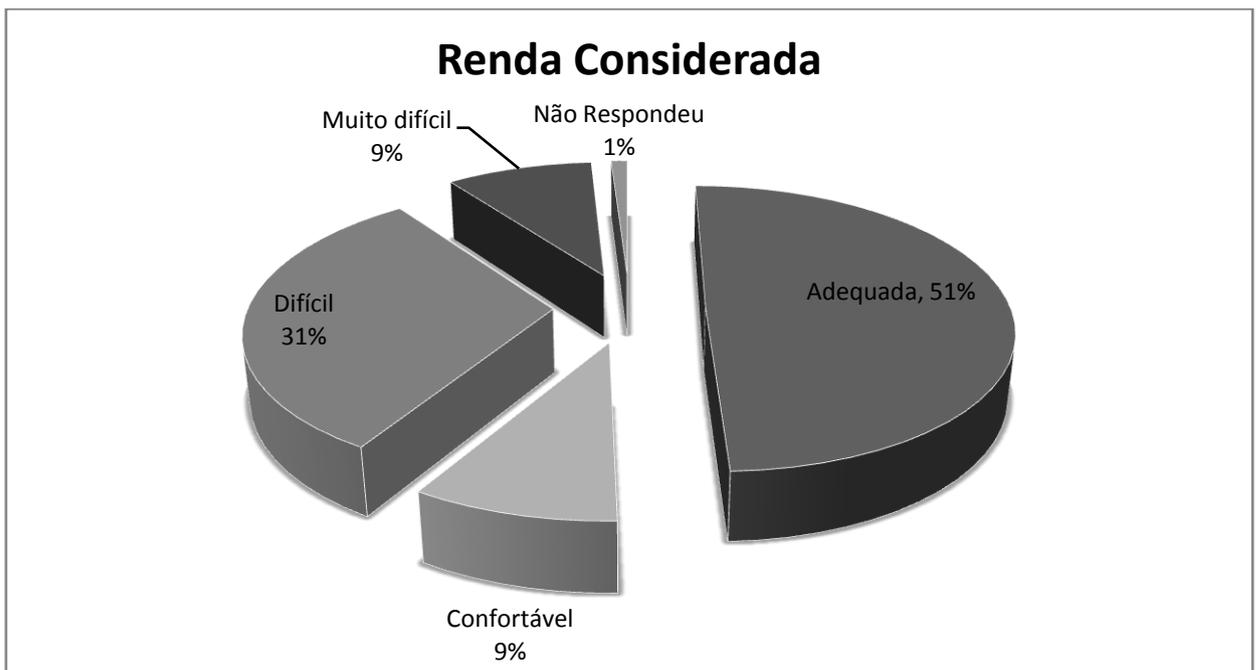


Figura 11 - Renda Considerada pelos entrevistados segundo formulário aplicado

A amostra populacional estudada considera sua saúde como boa (37,4%), regular (24,2%), muito boa (23,2%), ruim (8,1%) e muito ruim (4,0%); não responderam ou não sabem 3,0%.

Quanto às necessidades especiais, verificou-se que 15 famílias (15%) têm uma pessoa com necessidades especiais, sendo que em 6 (40%) é o chefe de família, 4 são idosos (avô/avó), 2 filhos (crianças), 2 parentes de primeiro grau e um é cônjuge do chefe da família. Quanto às famílias em que o chefe tem necessidades especiais, a renda provém de aposentadoria em 4 famílias, 1 trabalho remunerado e 1 somente domiciliar (subemprego).

4.3 UTILIZAÇÃO DO NÚCLEO PELO USUÁRIO

Quanto à inscrição no programa, verificou-se que 77,8% das famílias da amostra estão inscritas no Núcleo da Saúde da Família do Palma, sendo que 19,2 % não estão inscritas. Em relação ao atendimento, 80% dos entrevistados referem já terem sido atendidos no núcleo (independente de serem inscritos ou não); 82,8 % responderam que conhecem o trabalho do Núcleo; 13,1% não conhecem e 4% não sabem ou não responderam; na Figura 12 visualiza-se uma síntese desses dados.

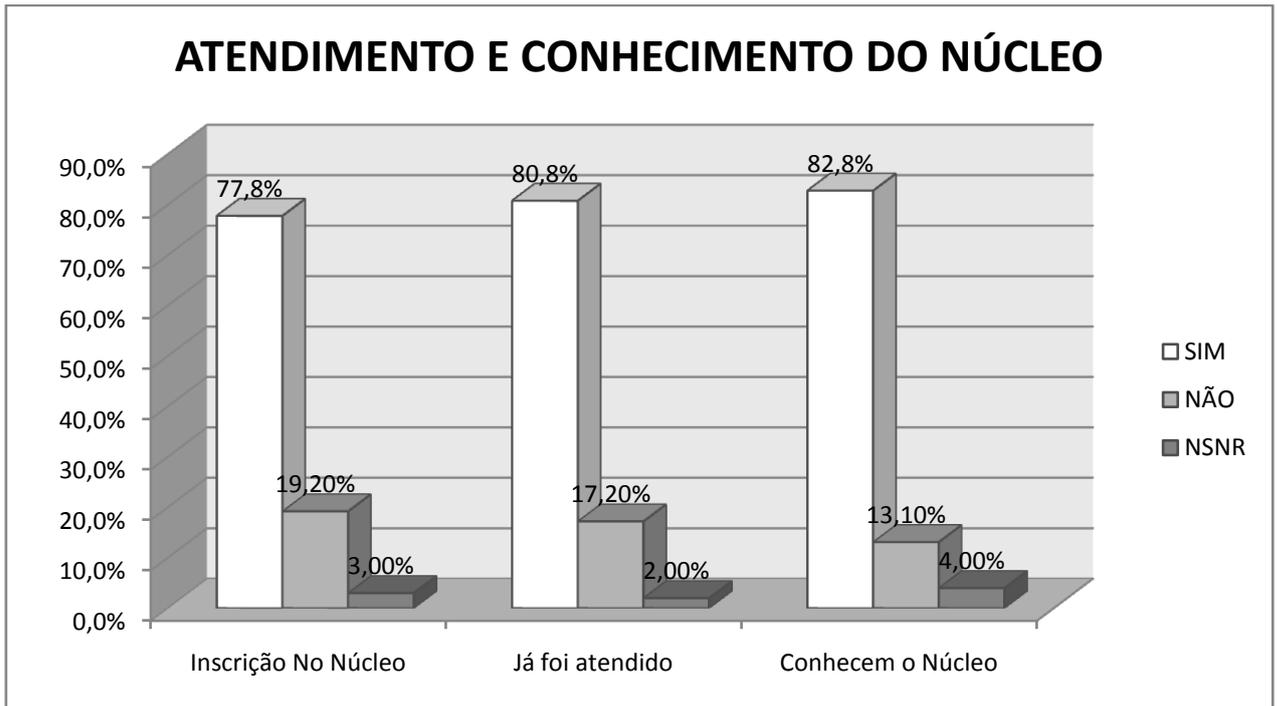


Figura 12 – Relação entre o atendimento e conhecimento do Núcleo do Bairro Jardim Palma

O atendimento mais frequentemente relatado (inscritos e não inscritos) foi a consulta médica (68,7%), seguido pela dispensação de medicamentos de uso contínuo (9,1%); ainda em relação ao atendimento mais frequente, 17,2% disseram que não são atendidos no Núcleo; vacinação, recebimento de materiais para curativo e preservativos somaram 3% dos atendimentos e somente 2% foram ao núcleo do Palma para participar de grupos, ações de educação em saúde e prevenção.

Dos usuários que usam o núcleo para consultas, 92,6% são inscritos no núcleo, contra 7,4% não inscritos; apenas 17,6% das famílias com portadores de necessidades especiais recebem atendimento médico (consultas). Verificou-se ainda que 20,6% das famílias que têm plano de saúde também usam o núcleo para consultas e 22,2% dessas pegam medicamentos de uso contínuo sem consultar, e 64,7% nunca usam o núcleo.

Em relação ao tipo de assistência a saúde, verificou-se que 29 famílias (30,3%) têm plano de saúde, sendo que dessas famílias, 15 (51,7%) todos os familiares são incluídos no plano, que representa 15,15% de toda amostra. Nas 14 restantes, somente um familiar tem plano de saúde. Das famílias inscritas no Núcleo, 29,3% têm plano de saúde, e dessas, 21,3% são atendidas no Núcleo, ou seja, 8%

são inscritas e não usam o Núcleo, usando preferencialmente consultório médico do convênio.

Separando-se por inscrição no núcleo, foi verificado o seguinte: entre os não inscritos no Núcleo do Palma, o atendimento mais frequente foi consulta médica (30,0%), seguido por dispensação de medicamentos (5,0%) e participação de grupos, ações de educação em saúde e prevenção (5,0%); 60% dos não inscritos não foram atendidos no Núcleo. Já o grupo dos inscritos no Núcleo do Palma, relataram como atendimento mais frequente a consulta médica (82,5%), a seguir foi a dispensação de medicamentos (10,0%), participação de grupos, ações de educação em saúde e prevenção (5,0%) e 2 entrevistados relataram que não são atendidos no Núcleo (2,5%), como mostrado na Figura 13.

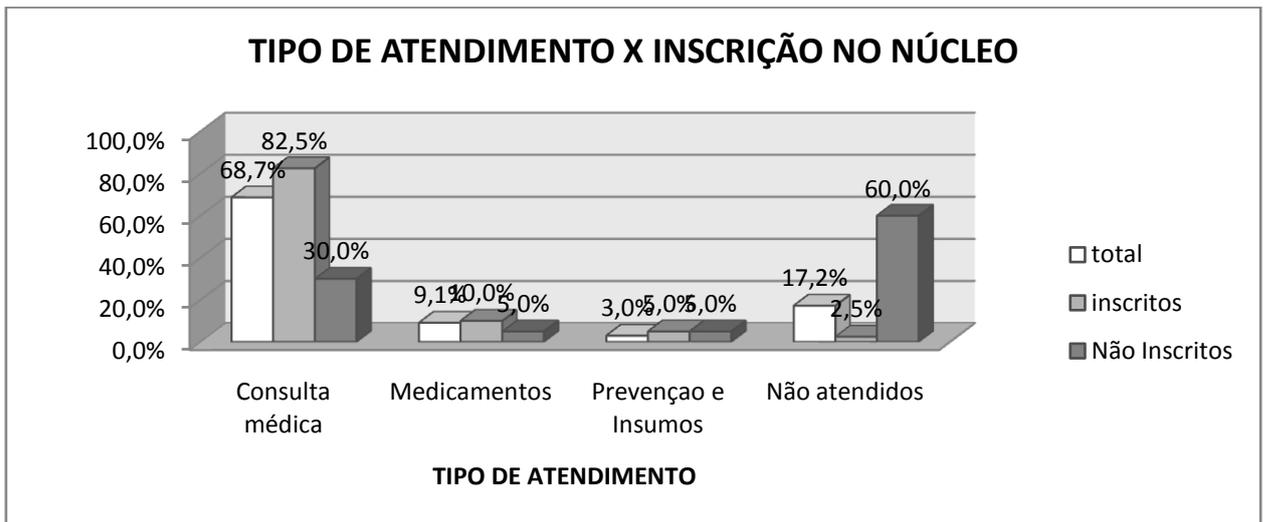


Figura 13 – Relação entre o tipo de atendimento e Inscrição no Núcleo do Jardim Palma

Confrontando-se dados de classe social e inscrição/atendimento no núcleo, verificou-se que na classe social C1, a mais frequente na amostra, em 20 famílias (58,8%), o chefe é trabalhador assalariado; verificou-se ainda que da classe C1, 18 famílias são inscritas no núcleo (52,9%), e usam o núcleo para consultas, 28 já foram atendidas pelo núcleo (82,35%).

Em contraponto, das 11 famílias da classe D, somente uma não está inscrita no núcleo, e o chefe dessa família está desempregado, sem plano de saúde; em dessas famílias 9 (81,8%) o chefe de família ou é aposentado ou trabalha em casa (do lar). Das famílias dessa classe social, somente a não inscrita nunca foi

atendida no núcleo do Palma, a demais, 7 são atendidas em consultas e 3 somente recebem medicação de uso contínuo (uma dessas não inscrita).

Avaliada a classe B2 a segunda de maior frequência (24,24%), 18 famílias são inscritas no núcleo (72%) e são atendidas, na maioria em consultas, 19 delas já foram atendidas, há uma família não inscrita que apenas recebe medicamentos (76%). Da classe B1, são 9 famílias, e 5 são inscritas no núcleo e 7 já foram atendidas. Classe A2, 2 famílias, não inscritas e não atendidas. Classe C2, são 19 famílias, sendo 16 delas (84,2%) inscritas e 17 já foram atendidas (Figura 14).

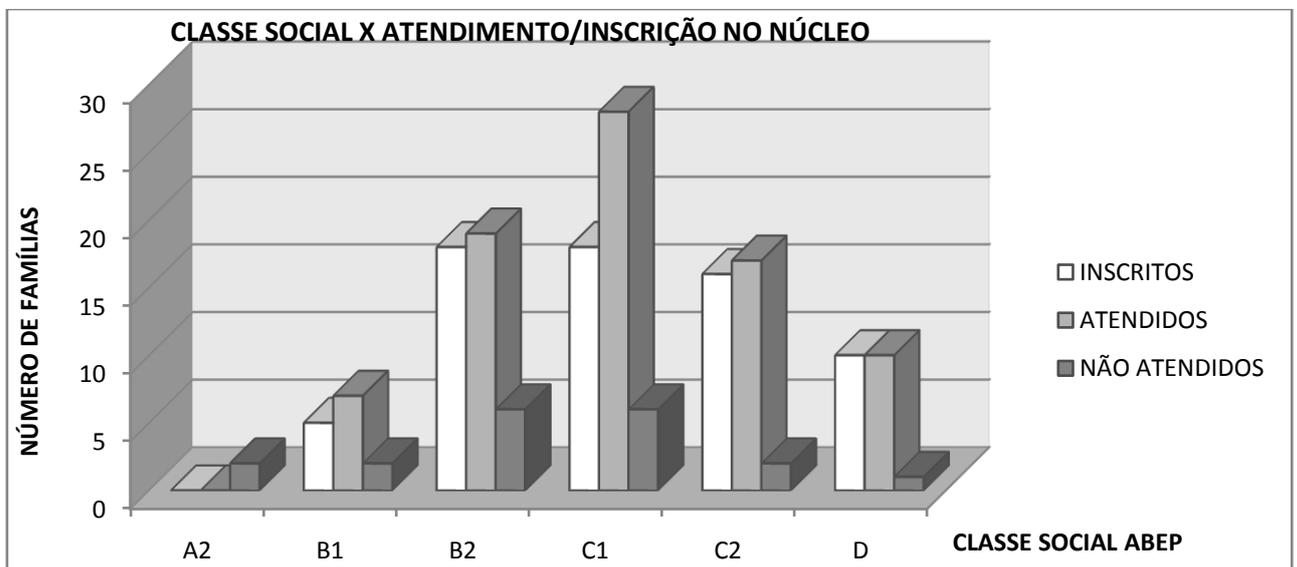


Figura 14 – Relação entre Classe Social e Atendimento/Inscrição No Núcleo do Jardim Palma

Cruzando os dados, verificou-se que 3 famílias (20%) que tem necessidades especiais têm plano de saúde; não são inscritas e nem usam o Núcleo ESF do Jardim Palma; as outras 12 famílias (80%) são inscritas e usam o Núcleo, sendo o atendimento mais frequente a consulta médica (75%), medicamentos (16,2%) e 1 nunca foi atendido (Figura 15).

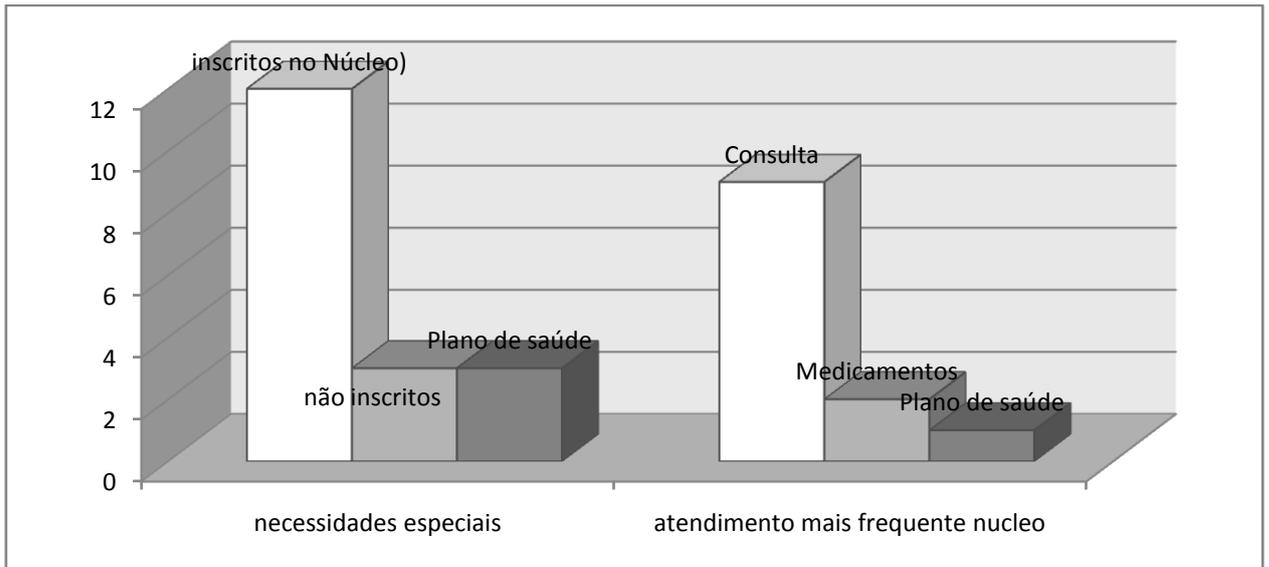


Figura 15- Necessidades Especiais/ Plano de Saúde/ Inscrição no Núcleo

Quanto à faixa etária e uso do núcleo encontrou-se que nos idosos, os atendimentos mais frequentes são a consulta médica (66,7%), dispensação de medicamentos (12,5%) e outros atendimentos preventivos (8,3%). Outro dado importante é que 87,5% dos idosos da amostra são atendidos pelo núcleo, como visto na Figura 16.

As crianças e jovens são atendidos no núcleo na proporção de 87,8% da sua totalidade, sendo o tipo de atendimento mais frequente a consulta médica

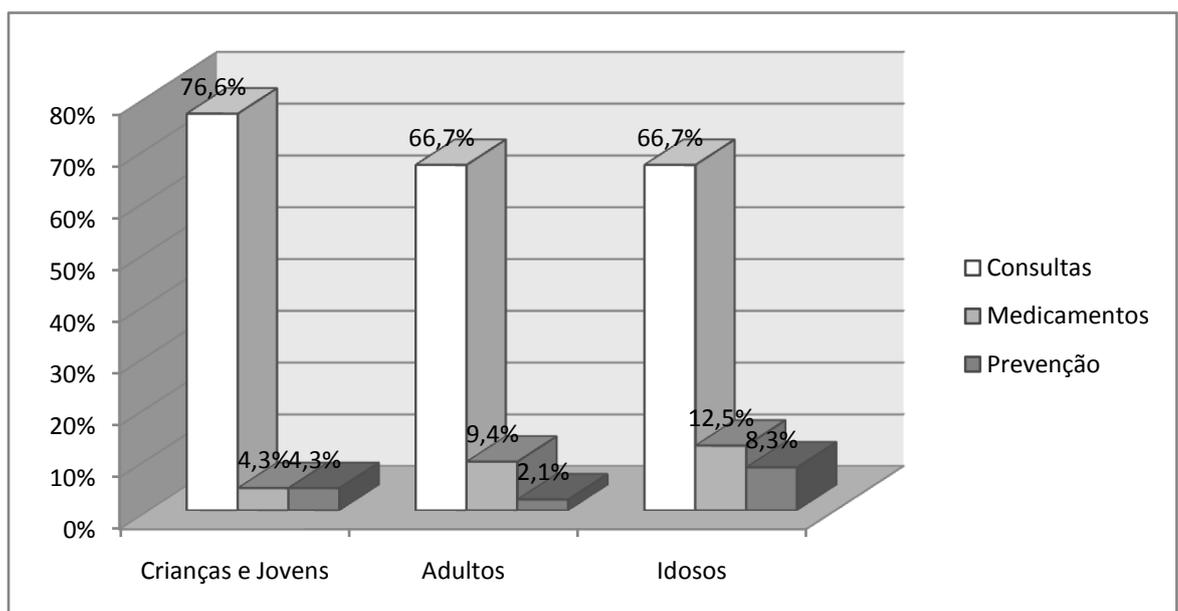


Figura 16- Atendimento no Núcleo do Jardim Palma conforme faixa etária

(76,6 %), seguidos pela dispensação de medicamentos (4,3%), vacinação (4,3%) e obtenção de cota de leite (4,3%).

Quanto aos adultos, os atendimentos mais frequentes foram a consulta médica (66,7%), dispensação de medicamentos (9,4%), seguidos por vacinação (2,1%), outros atendimentos preventivos (2,1%) e insumos (preservativos, seringas, etc.) (1,0%). A proporção dos adultos atendidos foi de 82,3% do total da amostra.

Estudaram-se também os atendimentos recentes nos últimos 30 dias (Figura 17). Nesse quesito encontrou-se que 55,6% dos entrevistados não foram atendidos nos últimos dias 30 dias, 37,4% estiveram em consulta médica e 7 % em outros atendimentos. Desses, dos usuários que foram atendidos em consultas, 56,8% foram no Núcleo Palma, 13,5% no Pronto socorro Municipal, 13,5% em consultórios particulares, ainda sobre as consultas nos últimos 30 dias, 33,3% tinham plano de saúde e nenhum deles foi consultado no Núcleo do Palma, e sim 20% em Hospital do convênio e 50% em consultórios médicos. Como alternativa ao núcleo em consultas nos últimos 30 dias, 37,8% afirmaram ter sido atendidas no Pronto Socorro Municipal.

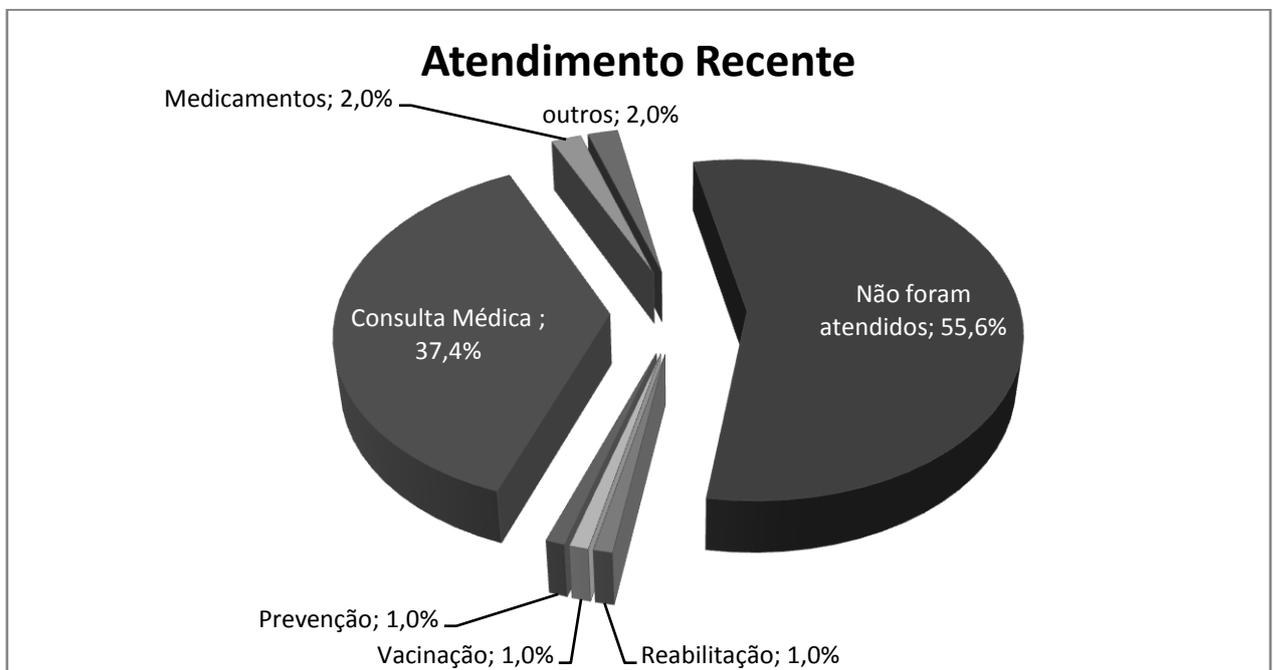


Figura 17 – Achado em relação ao atendimento recente (últimos 30 dias)

4.4 ATENDIMENTO ALTERNATIVO AO NÚCLEO

Quando perguntado aos que não são atendidos pelo Núcleo, como atendimento alternativo ao núcleo, 39,4% referiu procurar o Pronto Socorro Público (Municipal), 13,1% consultório médico particular, 8,1% disseram procurar hospital ou outro serviço; 39,4% não souberam ou não responderam. Perguntados ainda se houve atendimento recente nos últimos 30 dias, no grupo que não é inscrito no núcleo encontrou-se: 7 passaram por consulta médica e 1 por consulta odontológica, sendo o local procurado com mais frequência hospital (42,8%), consultório (28,6%) e outros (28,6%) (figura 18).

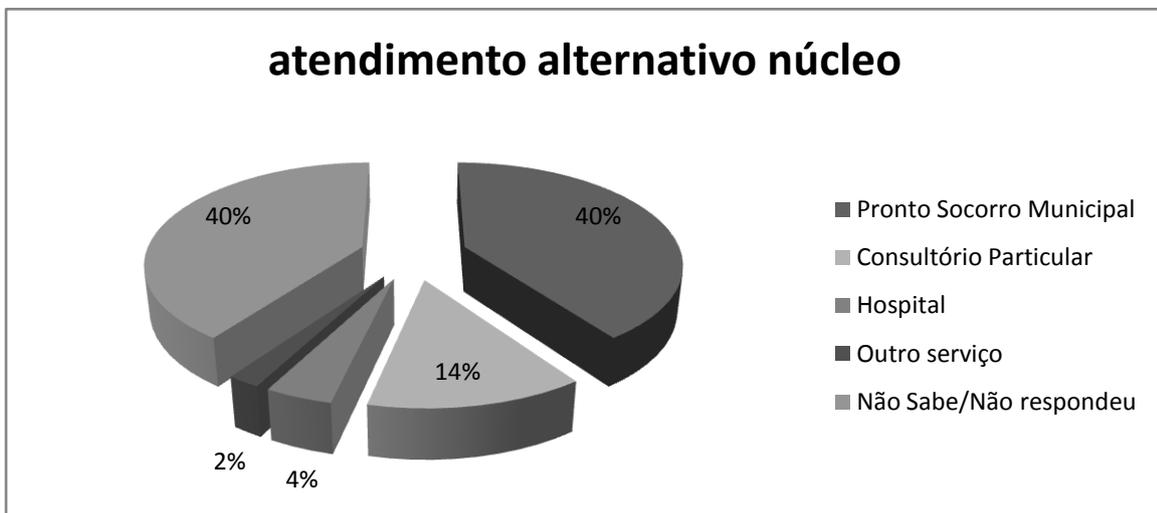


Figura 18 - Atendimento alternativo para os usuários de plano de saúde na amostra estudada

Quando perguntado às famílias que tem plano de saúde, qual a alternativa ao Núcleo do Palma, 16,7% referiu procurar o Pronto Socorro Municipal, 10% atendimento de saúde alternativo e 6,7% ambulatório de hospital, porém a maioria (40%) respondeu se tivesse que procurar assistência à saúde esta seria o núcleo do Palma. Explicando melhor, esses 40% não procurariam outra alternativa ao Núcleo, conforme descrito pelos entrevistadores nos diários de campo.

4.5 AVALIAÇÃO DO NÚCLEO PELO USUÁRIO

Foi questionado aos entrevistados também a respeito das atividades e atendimento do núcleo, sendo obtidos resultados. Em relação ao acesso local (ao Núcleo), 43,4% consideram bom, 27,3% muito bom, 17,2% não sabem/não responderam, 9,1% regular e 3,0% ruim ou muito ruim. Quanto à ação dos agentes de saúde, 43,4% consideram bom, 29,3% muito bom, 18,2% não souberam/não responderam, 5,1% regular e 4,0% ruim ou muito ruim. A disponibilidade do atendimento do Núcleo foi considerada boa por 40,4% dos entrevistados, muito boa 19,2%, regular 11,1%, ruim 9,1%, muito ruim 2,0% e 18,2% não souberam ou não responderam. Os profissionais de saúde do Núcleo também foram avaliados, sendo que 38,4% consideram-nos como muito bom 38,4% bom, 17,2% muito ruim, 3% regular e 3% ruim. Finalmente nesse tópico questionou-se sobre as informações sobre as atividades do núcleo, sendo respondido: bom 46,5%, muito bom 19,2%, ruim ou muito ruim 9,1%, regular 7,1% e 18,2% não sabem/não responderam (Figura 19).

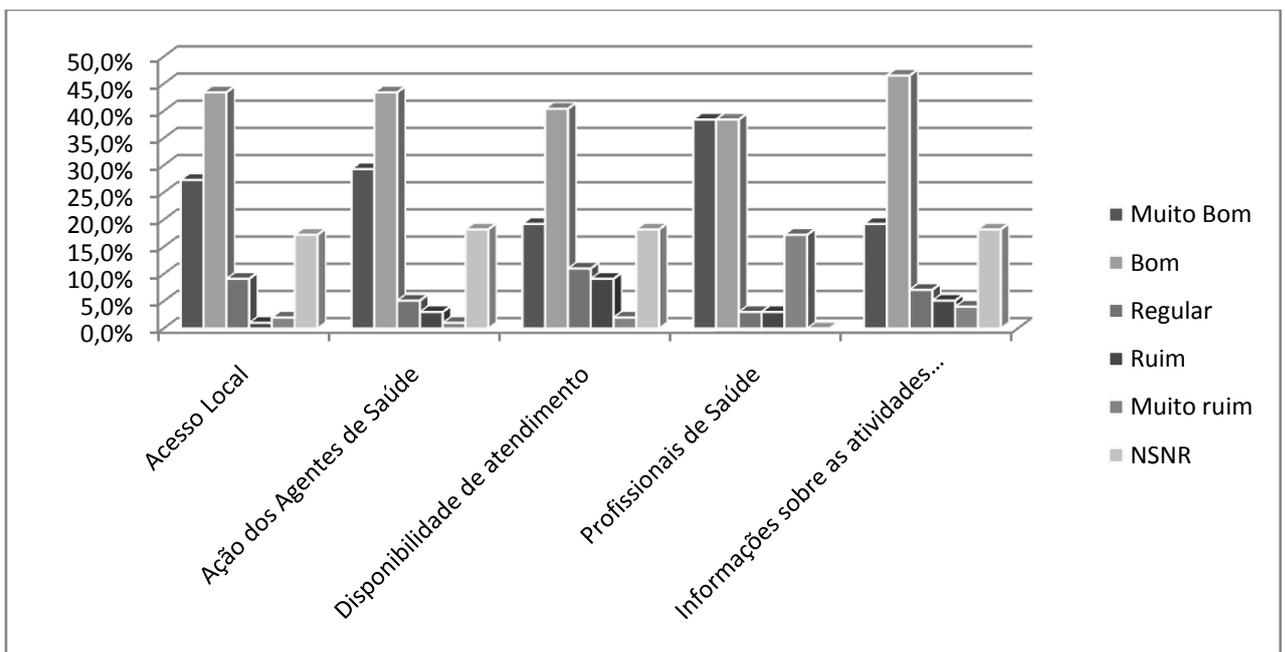


Figura 19- Avaliação do Núcleo do Bairro Palma pelo usuário segundo tópicos do formulário aplicado

4.6 EXPECTATIVA DO USUÁRIO EM RELAÇÃO AO NÚCLEO

Em relação ao questionamento sobre o atendimento no Núcleo, 32,3% o consideram muito bom; 46,5% bom; 4% regular; 1% ruim; 1 % muito ruim e 15,2% não responderam. Quando se perguntou sobre as expectativas em relação ao núcleo, 63,6% dos entrevistados disseram que o Núcleo do Palma necessita de melhorias, 16,2% disseram que não e 20,2% não souberam/não responderam. Quando perguntado em relação às melhorias, 29,3% querem mais médicos no Núcleo para consultas, 16,2% acham que deveriam ter médicos especialistas no núcleo, 8,1% consideraram que o núcleo precisa de mais organização administrativa, 5,1% querem mais equipamentos (de exames a aparelho de Radiografia), 2,0% maior integração com a população, 1,0% mais ações educativas, 1,0% priorizar atendimento de crianças, mulheres, idosos e 1,0% acham que deveria haver consultório odontológico (Figura 20).

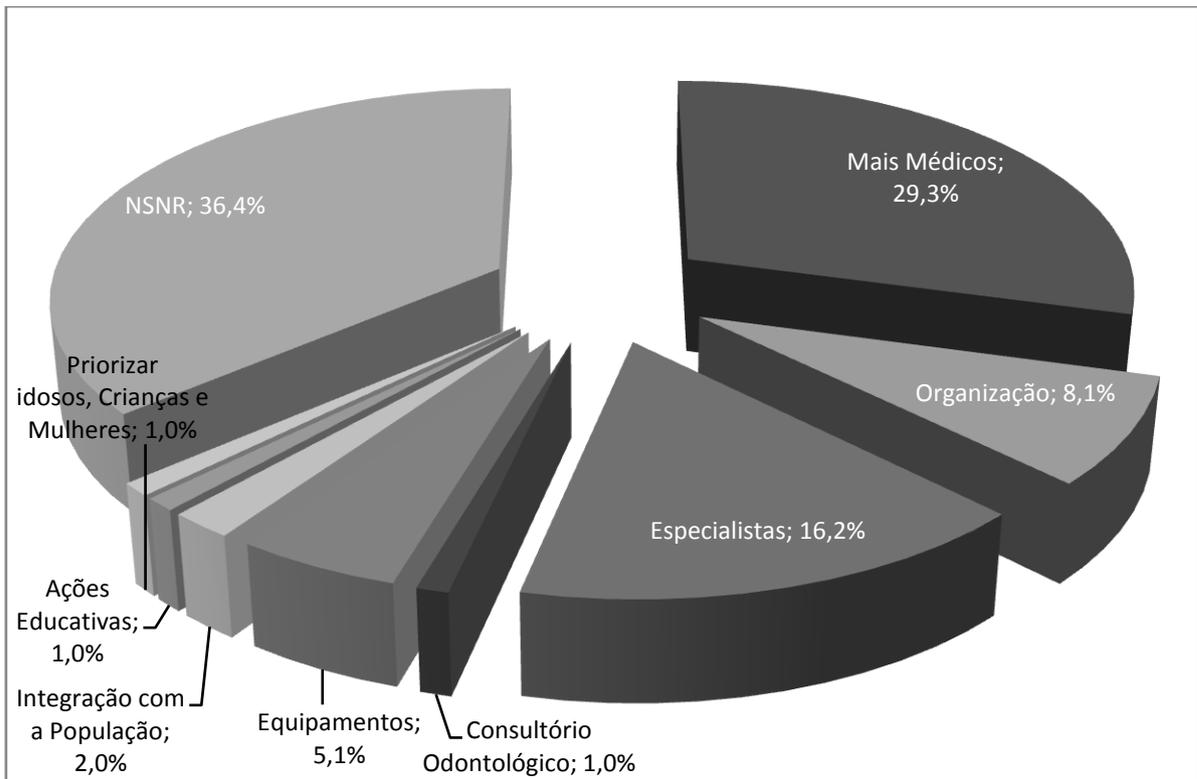


Figura 20 - Melhorias para o Núcleo esperadas pelos usuários entrevistados

Na Figura 21, visualiza-se o cruzamento de dados sobre a opinião sobre o atendimento e necessidade de melhorias, encontrou-se que entre os que consideram o atendimento no Núcleo muito bom ou bom, 90,4 % também consideram que o núcleo precisa de melhorias; dentre esses, a melhoria mais indicada foi contratação de mais médicos (25%) e de especialistas (21,9%). Já os que consideram o atendimento como regular, ruim ou muito ruim, apenas 9,6% relataram que o núcleo precisa de melhorias, sendo a mais referida a contratação de mais médicos (50%).

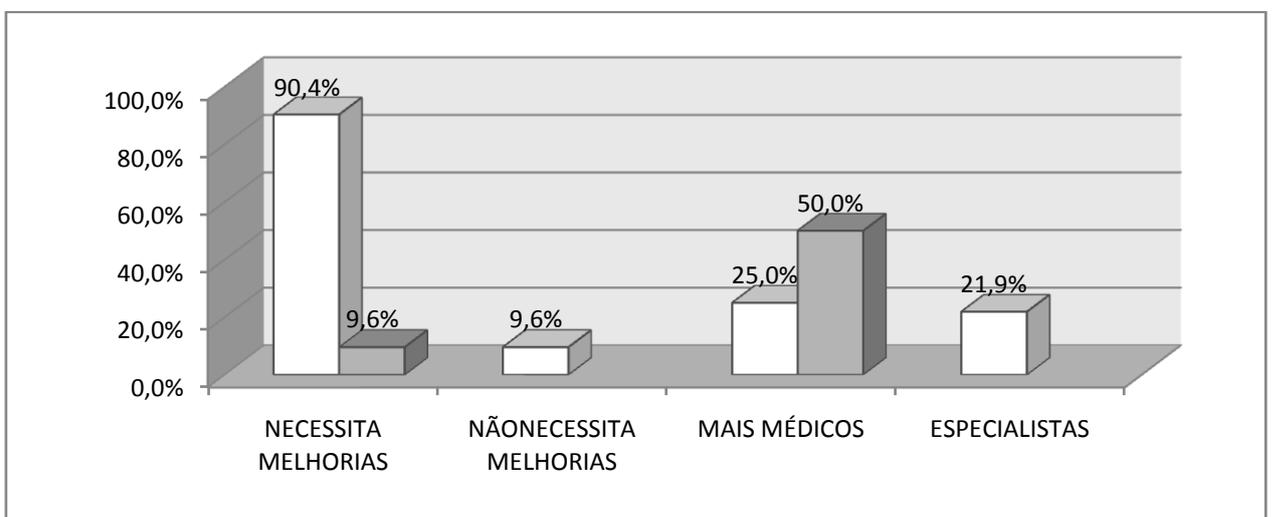


Figura 21 - Relação entre a avaliação do Núcleo do Jardim Palma pelos usuários e necessidade de melhorias

Ainda cruzados dados sobre as melhorias, dos entrevistados cujas famílias são inscritas no Núcleo, 90,5% disseram que o núcleo precisa de melhorias, contra 9,5% que afirmaram que não necessitam. Já as famílias não inscritas no núcleo, 87,5% disseram que o núcleo precisa de melhorias, contra 12,5% que afirmaram que não necessitam. Ainda cruzaram-se dados sobre as famílias que tem plano de saúde: 43,3% disseram que o núcleo precisa de melhorias, 16,7% que afirmaram que não necessitam e 40 % não responderam (Figura 22).

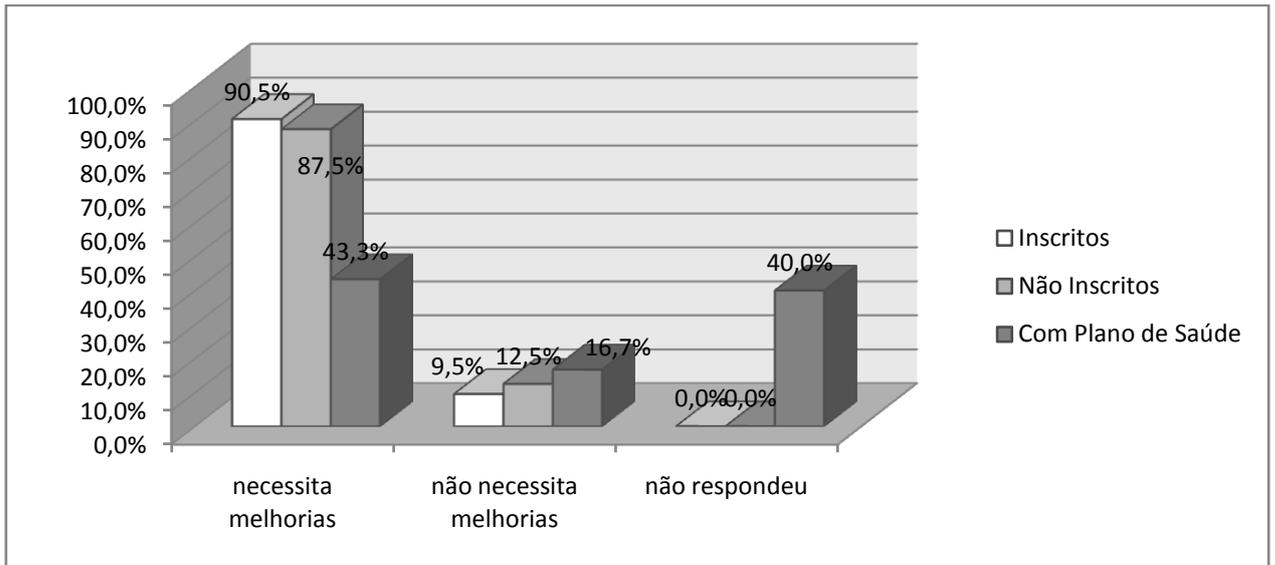


Figura 22- Necessidade de melhorias conforme inscrição no Núcleo do Bairro Palma e usuários de Plano de Saúde

5. DISCUSSÃO

Inicialmente para conduzir a discussão da pesquisa, há de serem comparados os resultados quanto à caracterização da população com dados demográficos oficiais. Segundo o IBGE (BRASIL, 2009), Franca tem uma população estimada de 319.094 habitantes, sendo 50,9% do sexo feminino e 49,1% do sexo masculino; na amostra estudada os resultados foram semelhantes. Quanto às faixas etárias, o IBGE registrou em Franca no Censo de 2000 a seguinte distribuição: de 0 a 17 anos, 18,15%; de 18 a 65 anos, 74,85%; acima de 65 anos, 7%; também semelhante à amostra estudada.

De modo similar podem-se comparar também os registros do IBGE quanto à renda mensal da população francana com os achados da amostra. No Censo de 2000, o IBGE registra a faixa salarial de 1 a 2 salários mínimos como 20,33% da população, de 2 a 3 salários, 12,5%; de 3 a 5 salários; 11,26%; de 5 a 10 salários; 8,7%; de 10 a 20 salários, 3,1% e com mais de 20 salários, 1,5%. Nesse indicador, o resultado encontrado na amostra destoava, provavelmente porque na determinação da renda familiar usando os critérios ABEP, o resultado é presuntivo, baseado nos bens de consumo que a família possui ou usa; entretanto, não se pode desconsiderar o resultado encontrado, já que segue um formulário já testado e validado. Foi perguntado também aos entrevistados sobre a sua opinião sobre a sua renda; 49,5% consideram adequada e 9,1% consideram confortável, perfazendo 58,6%, os que consideram de difícil e muito difícil perfazem 40,4%; em relação ao achado conforme os critérios ABEP (ABEP, 2009), a estimativa é de 30,3% das famílias vivendo com 1 a 2 salários mínimos. Pode-se considerar que esses dados são pouco conflitantes; entretanto, também segundo o IBGE, a renda anual *per capita* de Franca é de US\$5.000,00 ano, que representaria em reais uma média de ganho mensal de R\$ 1.150,00, que se aproxima do achado (classe social C1 = R\$ 1.195,00). É importante que o achado sobre faixa de renda da amostra seja fiel, para interpretar a utilização do ESF pelas diferentes classes sociais.

Obteve-se, portanto, uma amostra que corresponde com semelhança em suas características com a população do município de Franca, que dá

credibilidade à pesquisa e também mostra que o método usado pode ser reproduzido em outros bairros.

Quanto à cobertura da atenção básica no município, que ocorre de maneira mista com a existência de dois modelos (ESF e UBS), não é restrita a apenas a realidade de Franca. Essa situação já levou a preocupação em se criar ferramentas para a comparação do modelo de UBS e ESF, em populações e contextos diferentes (FACCHINI, 2008). Van Stralen (2008) comparou os dois modelos e somente encontrou diferenças quando a variável estudada foi o foco na família e orientação comunitária; no município de Franca ainda não foram feitas pesquisas nesse sentido, mas pode ser de interesse para o sistema de saúde esse tipo de informação.

A situação bimodal da atenção básica em Franca se deve as dificuldades de implantação da ESF, devido a particularidades de cunho político, social, econômico e cultural do município, que levaram a um sistema que funciona em segmentos da população, sem, porém uma integração maior. Viana (2008) descreveu dificuldades semelhantes nos municípios paulistas devido principalmente a urbanização progressiva. Tavares (2009) também verificou problemas na implantação da ESF em centros urbanos do estado do Rio de Janeiro; verificou que a ESF corresponde a um melhor acesso a atenção básica, porém sem a existência de uma rede estruturada e efetiva. No município de Franca essa implantação também ocorreu de forma conflitante, e sem que fundamentos da ESF fossem seguidos, devido às características regionais. Escorel (2007) observou que diversidades regionais deveriam ser enfrentadas com estratégias criativas e baseadas no controle social para o sucesso da ESF. Na história recente da atenção básica em Franca, não encontramos a descrição desse tipo de abordagem.

Embora autores mostrem que a ESF proporcionou melhor acesso, realocação de recursos, melhora do controle social (ROCHA, 2008; MENDONÇA, 2009; SANTANA, 2001), no presente estudo não verificamos indícios de que isso possa ter ocorrido, para tanto seriam necessários dados não pesquisados; porém, é considerável que a população do bairro Jardim Palma não usa o núcleo como instrumento de maior controle social e ainda tem problemas com o acesso ao serviço, uma vez que a cobertura do bairro pelo núcleo pode ser deficiente. Foi verificado em relação à cobertura ou a inscrição da família no Núcleo do Palma, que proporcionalmente os não inscritos no núcleo utilizam menos a consulta médica do

que os inscritos; no quesito das ações preventivas e de educação em saúde, a participação é igual, bem como na dispensação de medicamentos. Há uma alocação de moradores do bairro que não estão inscritos, no intuito de obter medicamentos e educação em saúde. Quando se verificou onde os não inscritos são atendidos em alternativa ao núcleo, observa-se que cerca de um terço deles é atendido no Pronto Socorro Municipal somente para consultas médicas. Portanto a população não coberta pelo Núcleo do Palma procura consultas médicas no serviço de urgência. Se considerados esse grupo como 19,2% da amostra, esses dados podem sugerir que cobertura da atenção básica no Bairro Jardim Palma é insuficiente.

Considerando a atenção básica como porta de entrada do sistema, pode haver dificuldades em um município com modelos diversos em promover o acesso, a integralidade, a equidade e a reorganização. Camargo (2008) relata dificuldades relacionadas aos atores e recursos mesmo em locais com implantação total do modelo da ESF. A definição de uma diretriz única no modelo de atenção não soluciona todos os problemas, principalmente os ligados a fatores institucionais (CANESQUI, 2008).

Analisando a utilização do núcleo pela população, a maior parte dos atendimentos realizados são consultas médicas (68,7%), que se sobrepõem aos outros atendimentos, como ações de prevenção e de educação em saúde. Também se verificou que quem mais recorre às consultas são as famílias nas classes sociais C1 e B2, resultado semelhante ao encontrado no estudo da prevalência de consultas médicas em Pelotas-RS (DIAS DA COSTA, 2008). Portanto, em volume, o uso do núcleo é maior pelas faixas sociais que têm renda de 2 a 5 salários mínimos, sendo que cerca de um terço delas tem plano de saúde; em contraponto, verificou-se que a utilização do núcleo pelas pessoas de baixa renda, que não têm plano de saúde, é maior proporcionalmente, resultado semelhante ao estudo realizado em Campinas com gestantes de faixas de renda diferentes (ALMEIDA, 2005).

Quanto ao uso do núcleo de acordo com a faixa etária, verificamos que proporcionalmente as crianças e jovens, são os que mais utilizam o núcleo para consultas, sendo de igual proporção para idosos e adultos. Esse fato pode ter algumas explicações: dever-se às consultas de puericultura, pela proximidade do núcleo da residência e por uma informação importante que foi anotada no diário de campo do próprio pesquisador, de que o médico do núcleo é Pediatra. Infelizmente, a coleta de dados não forneceu subsídios para esclarecer essa questão. Ainda em

relação às faixas etárias, a proporção de idosos e de crianças/jovens que se utiliza das ações preventivas do ESF é maior que nos adultos, como também a dispensação de medicamentos.

Verificando os resultados sobre atendimento recente nos últimos 30 dias, verificamos que a maioria não foi atendida, e quando isso ocorreu, a predominância foi para consultas, sendo a maioria delas feitas no Núcleo do Palma, sendo a alternativa mais procurada para consultas o Pronto Socorro Municipal. Dentre os entrevistados que têm plano de saúde e que foram atendidos em consulta nos últimos 30 dias, 40% referiu que não procuraria alternativa e seria atendida no Núcleo. Analisando os outros resultados, pode se considerar que mesmo usando o seu convênio médico, grande parte desses usuários considera o núcleo de ESF do Jardim Palma como local para consultas médicas e dele se utiliza para tanto. Verifica-se ainda que mais uma vez, também nos atendimentos recentes, a maior alternativa ao Núcleo é o Pronto Socorro Municipal.

Como observado por Westphal (2007), as desigualdades sociais, econômicas levam as distorções na ESF nas várias regiões do país, e que no município de Franca isso não é diferente. O indivíduo que tem maior independência social e financeira busca apenas o alívio imediato de suas alterações do estado de saúde, valorizando a consulta médica como meio de promover a sua saúde; já o usuário de menor poder aquisitivo e dependente (idoso, portador de necessidades especiais, criança) tende a ser direcionada à prevenção, sendo ainda paradoxalmente levado ao uso maior de medicamentos, levado ao assistencialismo. O conceito de saúde para essa população provavelmente é ligado à situação de não doença apenas, sem considerar o conceito ampliado de saúde (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Nesse contexto, como fica a equidade na ESF em Franca?

No campo conceitual, a Estratégia Saúde da Família tem como uma de suas premissas a equidade na distribuição dos serviços de saúde (MENDES, 2005). É possível avaliar a situação em relação à equidade construída pelos dados encontrados na amostra, já que o uso dos serviços aparentemente não diferencia as vulnerabilidades, convergindo, porém algumas vezes para a correção das iniquidades (no caso classe social D, por exemplo) e outras vezes não as corrigindo (necessidades especiais). Borrel (2006) mostra que limitações de nível profissional e

organizacional são responsáveis por desigualdades. Essas limitações transcendem a gestão e tem bases sócio-culturais na população (GIOVANELLA, 1996).

Da mesma maneira que o SUS enfrenta uma dúvida quanto a equidade (CAMPOS, 2006), no município de Franca isso também ocorre. Para que o acesso não seja o principal obstáculo para a equidade (SOUZA, 2007), a ESF deve ser uma ferramenta para aprofundar o debate sobre as desigualdades e identificar as vulnerabilidades (MAGALHÃES, 2007). Para tanto, a integração com a população pode ser melhorada no município de Franca, se verificados os dados da pesquisa.

Alguns autores estudaram a ESF do ponto de vista do usuário; Gaioso e Mishima (2007) relataram a satisfação dos os usuários do ESF e verificaram aspectos positivos quanto a abordagem mais próxima proporcionada principalmente pelos agentes de saúde; verificaram ainda aspectos negativos quanto ao tempo de espera para consulta, falta de organização nos Núcleos, prejudicando o atendimento longitudinal, concluíram que estudos de satisfação dos usuários podem ser benéficos para implementação do programa. Ferri (2007) chegou também a considerações semelhantes, frisando também como fatores negativos a espera pelas consultas, encaminhamentos, acesso a medicamentos e atenção odontológica. No nosso estudo, a disponibilidade do atendimento foi um quesito que recebeu 22,2% de opiniões negativas (de regular a muito ruim), ainda que as opiniões positivas fossem a maioria (51,6% bom e muito bom). Albuquerque (2009) discorre sobre a ação dos agentes de saúde em Fortaleza, Ceará, e conclui que a ação dos mesmos pode ser melhorada com maior diálogo e integração entre os profissionais do núcleo, usuários e comunidade; na amostra estudada encontrou-se 9,1% de opiniões negativas em relação à ação dos agentes de saúde, e quando os entrevistados foram perguntados sobre o que poderia ser melhorado no núcleo, não se manifestaram sobre os agentes de saúde.

Verificados os resultados da avaliação do núcleo pelos usuários, analisando dados quanto ao acesso local, em sua maioria consideraram o local com acesso muito bom ou bom; no quesito ação dos agentes de saúde, a opinião dos entrevistados é semelhante. Quando estudada a opinião sobre os profissionais de saúde do núcleo (exceto os agentes), também as opiniões positivas foram a maioria (76,8%), porém, foi o quesito que mais recebeu proporcionalmente a opção muito ruim (17,2%). Portanto, pode se considerar que os agentes têm uma melhor avaliação pelos usuários do que os profissionais de saúde; esse achado se interpõe

ao fato de que os usuários objetivam o núcleo para consultas, atividade ligada ao médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Como descreveu Albuquerque (2009), a maior integração entre os agentes e outros profissionais poderia corrigir esta dissonância.

Paiva (2006) estudando a assistência a diabéticos e hipertensos na ESF em Francisco Morato, São Paulo, concluiu que o atendimento no núcleo promoveu uma maior equidade no grupo de pacientes estudados. KOGA (2006) avaliou a atenção da saúde mental no ESF e evidenciou diferença entre as opiniões dos usuários e dos profissionais do núcleo. Na pesquisa em questão, não se estudou a opinião dos profissionais, porém, no diário de campo do pesquisador principal, foram colhidas informações do médico do Núcleo do Palma, que relatou que apesar de considerar boa a ação dos agentes, ele percebe que os usuários têm uma grande avidez pela consulta médica, sem valorizar na maioria das vezes as orientações domiciliares dos agentes de saúde.

No parâmetro que estudou a expectativa dos usuários em relação ao núcleo, a maioria dos entrevistados (63,6%) referiu que o núcleo precisa de melhorias; comparando com a opinião geral sobre o atendimento no núcleo, notou-se que os entrevistados que mais sugerem melhorias, são aqueles que têm uma opinião positiva sobre o atendimento em geral do Núcleo do Palma (90,4%), também são os que estão inscritos e usam o Núcleo regularmente; a seguir, ficaram os entrevistados que usam o núcleo mas não são inscritos, depois os que tem plano de saúde e usam o Núcleo e por último, numa proporção baixa (9,6%) os que usam o núcleo e têm uma opinião sobre o atendimento de regular a muito ruim. Interpretando esses dados, é possível que eles reflitam o grau de interesse dos usuários em relação a ESF do seu bairro, ou seja, apesar de considerar o atendimento bom, têm a preocupação de melhorá-lo. Já quem tem plano de saúde, não tem grande interesse em melhorias, provavelmente por usar o Núcleo como apoio da sua principal alternativa em saúde.

Avaliando esses achados, verifica-se a importância do Núcleo da ESF do Palma para a sua população, porém não foi determinada a compreensão de sua atuação de não somente um posto para consultas, mas também de um apoio a comunidade nas mais variadas ações que influenciam a promoção de saúde. A necessidade de maior esclarecimento dos usuários em relação às atividades da ESF é importante, como observamos no quesito que avalia as informações sobre as

mesmas, que tem uma avaliação mais negativa dos entrevistados. Para tanto, os agentes de saúde e profissionais do núcleo devem ser atores na integração dessa comunidade com a atenção básica, e para isso devem ser direcionados (REIS, 2007). A criação de mais grupos de obesidade, hipertensão, diabetes, de atenção ao idoso, a saúde da mulher devem ser estimulados, e também os usuários do Núcleo devem participar dessa criação, tendo como catalisadores os profissionais e agentes de saúde. Igualmente significativa, a avaliação da qualidade da atenção básica fornecida no núcleo é importante para o estabelecimento de metas e prioridades, com a participação da população (SZWARCOWALD, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as diretrizes da atenção básica, e ainda os princípios de promoção de saúde, foi estudado o Núcleo do Bairro Jardim Palma no município de Franca, que tem sua área de atuação em um bairro que representa a população e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Podemos considerar ainda que a população usa o núcleo mais frequentemente para consultas médicas e valoriza o núcleo para tanto, estando pouco ligada as ações educativas e de promoção de saúde para que ele se prestaria. Mesmo as pessoas que tem alternativas de atendimento, como as que têm plano de saúde, usam o núcleo para atendimento de consulta médicas. A cobertura populacional não é total no bairro, sendo que o uso do Núcleo também é permitido a usuários não inscritos. Dentro da utilização, foi verificado que os grupos mais vulneráveis proporcionalmente são os mais atendidos, como idosos, crianças e adolescentes, exceto os portadores de necessidades especiais; no cômputo geral, porém, a classe mais atendida são os trabalhadores da indústria da cidade, com faixa salarial de 2 a 5 salários mínimos. A grande expectativa da população em relação às melhorias ao núcleo é o aumento do número de médicos e da inclusão de especialistas no mesmo. Os objetivos da pesquisa foram contemplados e discutidos com embasamento em revisão de literatura.

Conclui-se que dentro da Atenção Básica do Município de Franca, a Estratégia Saúde da Família deve ser mais bem estruturada, sendo revistos e aplicados seus princípios e objetivos. É importante que a ESF que seja ou não definida como modelo de Atenção Básica no município, mesmo porque a implantação de um novo modelo ou manutenção do atual depende de ações integradas em todos os níveis de gestão e controle social. Em relação à promoção de saúde, concluímos que a ESF em Franca caminha ainda para promover a equidade, necessitando de ajustes e maior influência em ações de integralidade, educação em saúde, prevenção e integração com a população.

REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Brasil 2008**. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 18 set. 2009.
- ALBUQUERQUE, A. B. B. D.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1103-12, 2009.
- ALMEIDA, S. Equidade e Atenção à Saúde da Gestante em Campinas (SP) Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 15-25, 2005.
- ANDRADE, A. M. B. D. A. Resiliência enquanto modelo de atuação na estratégia de intervenção do Programa Saúde da Família (PSF). 2001. Faculdade de Medicina Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE.
- ANDRADE, L. O. M. D. B.; BARRETO, R. C. R; CUNHA, I. V. H. O Programa Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Revista Adm. Pública**, v. 39, n. 2, p. 327-49, 2005.
- ASSIS, M.M.A. Atenção primária a saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política metodológica e prática. **Revista de APS, ensp.fiocruz.br**, n.1, p. 1-20, 2007.
- BESEN, C. B. E. A. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, 2007.
- BEZERRA, L. C. A., et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 827-39, 2009.
- BODSTEIN, R., Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-12, 2002.
- BORRELL, C. Desigualdades y servicios de salud. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 9-22, 2006.
- BOUSQUAT, A. C; ELIAS, P. E. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1935-43, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2008.

- _____. Ministério da Saúde, Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro 2006.
- _____. Ministério da Saúde, Portaria nº 687/GM de 30 de março 2006
- _____. Ministério da Saúde PORTARIA GM/MS Nº 648/2006
- _____. Ministério da Saúde PORTARIA GM/MS Nº 2.607/10 de dezembro 2004
- _____. Ministério da Saúde, NOTA TÉCNICA CONASS,12 / 2006
- _____. Ministério da Saúde. Disponível em: <dtr2004.saude.gov.br/dab/Atençãobasica.ph>. Acesso em: 16 out. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2008.
- _____. Ministério da Saúde, Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, p. 113-25, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Caderno de Auto-Avaliação nº 4. Equipe Saúde da Família: Parte 1, **Departamento de Atenção Básica**. Editor. Brasília, 2009.
- _____: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística – IBGE, **www.ibge.gov.br**, acesso em setembro de 2009.
- CAMARGO JR, K. R. D., et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. s58-s68, 2008.
- CAMPOS, G. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23-3, 2006.
- CAMPOS, L.; AGUEDA, W. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 271-79, 2007.
- CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. D. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 862-70, 2008.
- CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, novembro, 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> Acesso em: 17 set. 2008.
- CARVALHO, V. L. M. D. **A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no Município de Itapeçerica da Serra**. Faculdade de Saúde Pública - Departamento Materno-Infantil. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COHN, A. Equidade, saúde e critérios para alocação de recursos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 287-88, 2007.

_____. Os princípios do Sistema Único de Saúde e Atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S7-S27, 2008.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, sup. 1 p. S191-S202, 2002.

_____. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, sup.1, p. s7-s16, 2008.

COSTA, G. D. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-18, 2009.

COSTA, I. S. **Da mudança de modelo ao modelo de mudanças: um estudo sobre o curso introdutório do PSF**. 2008. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U.; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1405-14, 2007.

COTTA, R. M. M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Sci. Med.**, v. 15, n. 4, p. 227-34, 2005.

DEL CIAMPO, L. A., et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-43, 2006.

DIAS DA COSTA, J. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas, RS, 1999-2000. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1074-84, 2008.

DUARTE, C. M. R., Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1511-28, 2007.

EGRY, E. O. F. F. R et al Políticas e práticas de saúde rumo à equidade: uma abordagem geral. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. especial, p. 762-64, 2007.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. s159-s172, 2008.

FAVORETO, C. A. O; CAMARGO JR, K. R. D. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 59-75, 2002.

FERRARI, R. A. P; THOMSON, Z; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2491-5, 2006.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FERRI, S. M. N. E. A. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface -Comunic., Saúde, Educação**. v.11, n. 23, p. 515-29, 2007.

FRANCA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Serviço de Atenção Básica, 2008.

FRANCA, PREFEITURA MUNICIPAL. Disponível em: <www.franca.sp.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2009.

FREITAS, E. A. M. D. **A percepção do usuário da Unidade de Saúde Atuba sobre o Programa Saúde da Família Colombo-Paraná. Setor de Ciências da Saúde**. 2004. (Monografia) Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Área de Concentração em Saúde da Família para obtenção do grau de Especialista. Universidade Federal do Paraná: Curitiba.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 547-54, 2005.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS – SEADE, Secretaria de economia e planejamento, Governo do Estado de São Paulo, <http://www.seade.gov.br/>, acesso em julho de 2009.

GAIOSO, V. P; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 617-25, 2007.

GERMANO, R. M. (Coord.). Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: CASTRO, J. L (org.). **Gestão de trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2007.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-8, 2005.

_____. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 6, p. 1171-81, 2006.

GIL, C. R. R. et al., Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 230-9, 2008.

GIOVANELLA, L. Equidade em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 50, p. 13-22, 1996.

_____. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 278-29, 2003.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-94, 2009.

GOLDBAUM, M. E. A. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 90-9, 2005.

GOMES, A. C. C. N. T; VASCONCELOS, G. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma unidade de saúde da família do Distrito Oeste de Natal. **Texto & contexto enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 495-503, 2003.

GONÇALVES, R. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 349-53, 2008.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Serv Res.**, v. 6, p. 156, 2006.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 319-24, 2008.

HJELMGREN J, A. A., Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. **Health Policy** (Amsterdam, Netherlands) [Health Policy], v. 83, n. 2-3, p. 314-22, 2007.

HÜBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 173-91, 2007.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

JESUS, P. B. R. D. Assistência à saúde: percepção de usuários de uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora: uma contribuição da enfermagem in **Escola de**

Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais: Juiz de Fora - MG. p. 137, 2002.

KOGA M. F. A.; SANTOS J. L. F. Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 163-9, 2006.

LIBARDONI, M. Fundamentos Teóricos e Visão estratégica da Advocacy. **Revista de estudos Feministas**, v. 8, n. 2, p. 207-22, 2000.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. D.; VIANA, L. D. S. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. s42-s57, 2008.

MACINKO J.; A. C., DE SÁ, P. K, A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health Policy And Planning [Health Policy Plan]**, v. 22, n. 3, p. 167-77, 2007.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 667-73, 2007.

MARCONDES, W. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.

MEDINA, M. G; HARTZ, Z. M. D. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1153-67, 2009.

MELO, E. M. D. et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação da saúde da família em Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. s29-s41, 2008.

MENDES, H. A. E. S. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. **O Mundo em Saúde**. v. 29, n. 1, p. 26-34, 2005.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1493-97, 2009.

MOONEY, G. H. S. Equidade na assistência à saúde e confiança institucional: uma perspectiva comunitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 156-65, 2009.

MORAES, M. V. D. Atuação PACS e PSF em Teresina: alguns resultados. **Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, v. 1, n. 2, p. 217-18, 1998.

MORAIS, I. **Saúde da família: uma estratégia de mudança no processo de produção dos serviços de saúde.** (Dissertação de Mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2008.

MOREIRA, M. I. G. B. **Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família: possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos?** (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

NEDEL, F. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041-52, 2008.

NERI, M; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl. 1, p. S77-S87, 2002.

OLIVEIRA FILHO, S. M. D. Saúde da família: uma realidade. RASPP. **Rev. Assoc. Saude Pública de Piauí**, v. 2, n. 1, p. 98-102, 1999.

OLIVEIRA, J. M. A. M. D. Programa de Pós-Graduação em Educação. 1999. (Dissertação) Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2481-90, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Alma-ATA, URSS, setembro de 1978.

PAIVA, D. B.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-85, 2006.

PAULA, K. A. P.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 8, n. 15, p. 331-48, 2004.

PELLEGRINI FILHO, A., Inequidades de acceso a la información e inequidades en salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n.3, p. 409-412, 2002.

PESTANA, C. L. D. S.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n.4, p. 485-99, 2007.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-58, 2005.

REIS, M. A. S. D. E. A. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 23, p. 655-66, 2007.

RIBEIRO, P. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n.2, p. 292-95, 2005.

RIEGER, A. L. **Estratégia Saúde da Família**: uma forma diferente de fazer saúde. Porto Alegre, v.sn, n. 56, 2007.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. s69-s78, 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

ROSSELOT, V. J. Promoción de la salud del niño y de la familia en Chile. **Pediatr. Dia**, v. 15, n. 3, p. 183-7, 1999.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n.3, p. 33-53, 2001.

SCHIMITH, L. M. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, 2004.

SCOCHI, M. J. et al. Capacitação das equipes locais como estratégia para a institucionalização da avaliação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. s183-s192, 2008.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997.

SENNA, M. D. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, supl.1, p. S203-S211, 2002.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. Family perspective on a family care program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n.5, p. 883-88, 2008.

SILVA, A. C. M. A. et al. Perspectivas de médicos do programa saúde da família acerca das linhas de cuidado propostas pela agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 349-58, 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 129-42, 2005.

SISSON, M. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61,n.2, p. 153-58, 2008.

SOUSA, M. F. ; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1,p. 1325-35, 2009.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA JUNIOR, J. E. A. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife. v. 7, n. 4, p. 397-403, 2007.

SOUZA, M. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 12, p. 153-58, 2007.

SOUZA, R. R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41,n.6, p. 765-70, 2007.

STACCIARINI, T. S. G.; HAAS, V. J.; PACE, A. E. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.6, p. 1314-22, 2008.

STARFIELD, B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 12,n.6, p. 384-87, 2002.

SZWARCWALD, C. L.; Mendonça, M. H. M. D.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 643-55, 2006.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n.5, p. 1054-62, 2009.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; MUCCILLO-BAISCH, A. L. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 1791-1800, 2008.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. s193-s201, 2008.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. D. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n.2, p. 429-35, 1998.

TRAVASSOS, C. Fórum: eqüidade no acesso aos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1159-61, 2008.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1 p. s148-s158, 2008.

VÉRAS, M. M. S. E. A. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família – SINAI. **Saude Soc.**, v. 16, n. 1 p. 165-71, 2007.

VIANA, A. L. Á. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p. s79-s90, 2008.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 225-64, 1998.

VIANNA, A. L.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68; 2003.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. D. Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, supl.2, p. s217-s226, 2009.

WESTPHAL, M. W. Saúde, desenvolvimento e equidade. **IUHPE – Promotion & Education Supplement**, v. 1, n.1, p. 31-2, 2007.

ANEXOS

ANEXO I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO II: PROTOCOLO COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, RG **00.000.000**, abaixo qualificado(a), DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: **Estratégia Saúde da Família na cidade de Franca-SP: a Visão do Usuário e a relação com a Promoção da Saúde**, desenvolvido pelo(a) aluno(a), Eduardo Guerra Barbosa Sandoval do Curso de Mestrado de Promoção de Saúde, da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos:

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **Estratégia Saúde da Família na cidade de Franca-SP: a Visão do Usuário e a relação com a Promoção da Saúde**. Você foi selecionado por ser morador do Bairro Jardim Palma em Franca-SP e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que o trata.

O objetivo deste estudo é caracterizar a população coberta pela Estratégia Saúde da Família no Núcleo do Palma, no Município de Franca, avaliar suas expectativas e sua relação com o programa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questões sobre sua relação com o PSF, conhecimento, familiares e tratamentos de saúde.

Não existem riscos relacionados com sua participação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são fornecer informações que no futuro possam contribuir com o Programa Saúde da Família em Franca.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Qualquer prejuízo que venha acarretar a sua participação no projeto, será ressarcido pelo pesquisador principal, desde que fundamentado e justificado.

Eduardo Guerra Barbosa Sandoval
Avenida Armando Salles Oliveira, 201. Bloco Azul, 207.
Parque Universitário Franca-SP
Telefone: (0xx16) 3711-8800
CEP: 14.404-600
Caixa Postal: 82

ANEXO II

UNIVERSIDADE DE FRANCA**Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação****CEPE - Comitê de
Ética
em Pesquisa****DECLARAÇÃO**

Declaro que o projeto de pesquisa (protocolo nº 174/08), intitulado "Estratégia saúde da família na cidade de Franca-SP: a visão do usuário e a relação com a Promoção de Saúde" de autoria do pesquisador(a) Eduardo Guerra Barbosa Sandoval por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005), foi deliberado APROVADO na 8ª Reunião Ordinária realizada em 30 de outubro de 2009.



F
Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca
F

Franca, 30 de outubro de 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE I: FORMULÁRIO DE ENTREVISTAS

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE ENTREVISTAS

1. Domicilio n°						
N°	Nome (sem sobrenome)	Idade	Sexo	Parentesco	Cor	
A						
B						
C						
D						
E						
F						
G						
H						
I						
J						

Parentesco: 1 – Chefe da Família (responsável) 2 – Cônjuge 3 - Filho ou enteado 4 - Pai/mãe
5 - Outro parente 6 – Agregado

Cor: 1 - Branco 2- Negro 3- Pardo 4 - Amarelo 5 - Indígena

Sexo: 1 = Masc. 2 = Fem

2. Quem é a pessoa entrevistada:
(anotar a letra correspondente do quadro de moradores):

3. Ocupação principal do Responsável pelo Domicílio:

1 - Em um trabalho remunerado.
Qual?.....

2 - Aposentado, mas está trabalhando

3 - Desempregado

4 - Em trabalho voluntário

- 5 - Apenas estudando
- 6 - Apenas cuidando de casa
- 7 - Aposentado por tempo de serviço ou idade
- 8 - Aposentado por doença ou invalidez
- 9 - NS/NR

4. Local de trabalho:

- 1 - No bairro Palma
- 2 - Na cidade de Franca
- 3 - Outro Município
- 4 - Zona Rural
- 5 - No Próprio Domicílio
- 6 - Outro
- 9 - NS/NR

**5. (ABNT) Qual o último ano de escolaridade do responsável pelo domicílio:
TOTAL:.....**

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

6. (ABNT) Posse de itens:**PONTUAÇÃO****TOTAL:.....**

QUANTIDADE DE ITENS	0	1	2	3	4+
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2

Geladeira	0	4	4	4	4	
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	
7. Ambiente:						
No seu bairro:	1 - Sim	2 - Não	9 - NS/NR			
I. As ruas são pouco iluminadas						
II. Há muito barulho de tráfego, fábricas, construções						
III. Há poluição ambiental						
IV. Há lixo e entulho						
V. Faltam espaços públicos como parques, jardins						
VI. Há risco para pedestres ou para andar de bicicleta						
VII. Tem água e esgoto tratados						
8. Como você classifica o nível de renda de sua família atualmente?						
<input type="checkbox"/> 1 - Vivemos confortavelmente com nossa renda atual <input type="checkbox"/> 2 - Nossa renda atual é adequada para nossas necessidades <input type="checkbox"/> 3 - É difícil viver com a renda que temos <input type="checkbox"/> 4 - É muito difícil viver com a nossa renda <input type="checkbox"/> 9 - NS/NR						
9. Qual a sua opinião sobre a sua saúde?						
1 - Muito boa 2 - Boa 3 - Regular 4 - Ruim 5 - Muito ruim 9 - NS/NR						
10. A família está inscrita em algum programa social (bolsa família, Etc.)						
1 - Sim 2 - Não 9 - NS/NR						
11. Você ou algum dos familiares tem convênio ou plano de saúde (médico ou odontológico)?						
1 - Sim (quem? _____) 2 - Não 9 - NS/NR						
12. Você ou algum dos familiares tem necessidades especiais (portadores de deficiência, idosos e/ou incapacitados)?						
1 - Sim (quem? _____) 2 - Não 9 - NS/NR						
13. Família inscrita no núcleo do PSF Palma:						
1 - Sim 2 - Não 9 - NS/NR						
14. Conhece o trabalho do Núcleo?						
1 - Sim 2 - Não 9 - NS/NR						

15. Já foi ou é atendido pelo Núcleo?		
1 – Sim	2 – Não	9 - NS/NR
16. Se não é atendido no Núcleo, qual lugar costuma procurar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?		
<input type="checkbox"/> 1 – Farmácia <input type="checkbox"/> 2 - Consultório particular ou do convênio <input type="checkbox"/> 4 - Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato <input type="checkbox"/> 5 - Ambulatório de Hospital <input type="checkbox"/> 6 - PS ou emergência público <input type="checkbox"/> 7 - Agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> 8 - Outro tipo de serviço (curandeiro, centro espírita, etc.) <input type="checkbox"/> 9 - NS/NR		
17. Qual seu atendimento mais freqüente no Núcleo?		
<input type="checkbox"/> 01 - consulta médica <input type="checkbox"/> 02 – acidente ou lesão <input type="checkbox"/> 05 –pré-natal <input type="checkbox"/> 06 –puericultura <input type="checkbox"/> 07 –vacinação <input type="checkbox"/> 08 - outros atendimentos preventivos/ <input type="checkbox"/> 09 - participações em grupos (exceto psicoterapia) <input type="checkbox"/> 11 – atestado de saúde <input type="checkbox"/> 12 – problema emocional/psicológico <input type="checkbox"/> 13 – medicamento <input type="checkbox"/> 14 – insumos (camisinha, seringa, etc.) ou leite <input type="checkbox"/> 15 – Outro _____ <input type="checkbox"/> 16 – Não é atendido no Núcleo		
18. Nos últimos 30 dias, foi a algum pronto-socorro, hospital, posto de saúde, consultório dentário, clínica, laboratório ou outro estabelecimento à procura de atendimento de saúde?		
<input type="checkbox"/> 01 - Sim, consulta médica <input type="checkbox"/> 02 – Sim, acidente ou lesão <input type="checkbox"/> 03 – Sim, problema bucal (dentes, língua, lábios, (Bochecha, céu da boca, gengiva) <input type="checkbox"/> 04 – Sim, reabilitação <input type="checkbox"/> 05 – Sim, pré-natal <input type="checkbox"/> 06 – Sim, puericultura <input type="checkbox"/> 07 – Sim, vacinação <input type="checkbox"/> 08 - Sim, outros atendimentos preventivos/ <input type="checkbox"/> 09 - Sim, participação em grupos (exceto psicoterapia) <input type="checkbox"/> 10 - Sim, parto <input type="checkbox"/> 11 – Sim, atestado de saúde <input type="checkbox"/> 12 – Sim, problema emocional/psicológico <input type="checkbox"/> 13 – Sim, medicamento		

- 14** – Sim, insumos (camisinha, seringa, etc.) ou leite
- 15** – Sim. Outro _____
- 16** – Não procurou

19. Que tipo de estabelecimento de saúde procurou? Para quem procurou atendimento duas vezes ou mais, considerar a última procura.

- 1** - Pronto-socorro
- 2** - Hospital
- 3** - Clínica ou consultório médico
- 4** - Consultório odontológico
- 5** - Núcleo do PSF Palma
- 6** - Laboratório ou centro de diagnóstico
- 7** - Outro. Especifique: _____
- 9** - NS/NR
- 16** – Não procurou

20. O atendimento no Núcleo é:

1 - Muito bom **2** – Bom **3** – Regular **4** – Ruim **5** - Muito Ruim **9** - NS/NR

21. Quanto à ação dos agentes de saúde

1 - Muito bom **2** – Bom **3** – Regular **4** – Ruim **5** - Muito Ruim **9** - NS/NR

22. Quanto aos profissionais de Saúde

1 - Muito bom **2** – Bom **3** – Regular **4** – Ruim **5** - Muito Ruim **9** - NS/NR

23. Quanto ao acesso e ao local que funciona o Núcleo

1 - Muito bom **2** – Bom **3** – Regular **4** – Ruim **5** - Muito Ruim **9** - NS/NR

24. Quanto à disponibilidade do atendimento

1 - Muito bom **2** – Bom **3** – Regular **4** – Ruim **5** - Muito Ruim **9** - NS/NR

25. Quanto a informações sobre atividades do Núcleo

1 - Muito bom **2** – Bom **3** – Regular **4** – Ruim **5** - Muito Ruim **9** - NS/NR

26. Você acha que o Núcleo precisa de melhoria?

1 – Sim **2** – Não **9** - NS/NR

27. (Se anterior for sim) O que melhoraria o Núcleo?

- 1** – Mais Médicos
- 2** – Médicos especialistas (GO, Pediatria, etc.)
- 3** – _____ Outros Profissionais.
- Especifique: _____
- 4** - Consultório odontológico
- 5** – Mais equipamentos
- 6** - maior Integração com a população
- 7** – Mais Ações educativas
- 8** - Priorizar atendimento de idosos, Crianças e Mulheres
- 10** - Organização
- 9** - NS/NR

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](#)