

**Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção:
representações sociais dos usuários**

Family health: strategy to change the basic care model, the health user social representation

**Salud de la familia, estrategia para el cambio del modelo de atendimento:
representaciones sociales de los usuarios**

Márcia Niituma Ogata^I, Maria Lúcia Teixeira Machado^{II}, Erika Aparecida Catoia^{III}

^I Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (DENF/UFSCAR). São Carlos, SP. E-mail: ogata@ufscar.br.

^{II} Nutricionista. Doutora em Saúde Pública. Professora Doutora do DENF/UFSCAR. São Carlos, SP. E-mail: mmachado@ufscar.br.

^{III} Enfermeira, ex-bolsista PIBIC/CNPq. São Carlos, SP. E-mail: erikaenf04@gmail.com.

RESUMO

A atenção básica visa garantir a universalidade e integralidade na saúde e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorientação do modelo assistencial de saúde. O objetivo do estudo é analisar as representações sociais dos usuários acerca da ESF. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa em que a coleta de dados deu-se através de entrevistas semi-estruturadas em três unidades de saúde com 30 usuários. Para análise dos dados utilizou-se o software ALCESTE 4.5. Foram construídas quatro classes: Modelo centrado na doença; Busca por especialistas; Humanização do atendimento e Necessidade de consulta médica. A análise demonstra que a procura dos usuários pela unidade está centrada em tratamento de doenças e consulta médica e os usuários definem o atendimento da unidade como bom. A representação social da ESF deste grupo é identificada como uma unidade de saúde que presta um atendimento mais acolhedor e com criação de vínculo. Destaca-se que os usuários compreendem a ESF como um atendimento mais humanizado, mas ainda mantêm o foco na consulta médica e na doença. É importante criar espaços de conversa sobre a Estratégia de Saúde da Família com a população, assim como o desenvolvimento de ações multiprofissionais promotoras de saúde pela equipe.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Assistência à Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Basic care is to provide the universality and completeness health and has the Family Health Strategy (FHS) as a priority for the reorientation of the health care model. This study aims to analyze the social representations of health users about the FHS. This is a quantitative and qualitative research that was made in São Carlos city in 2007. The data collection was made through semi-structured interviews in three health unit with 30 health users. The software ALCESTE 4.5 was used to analyze the data. Four classes were built: Model focused on the disease; Search by specialists; Humanization of the care and Need for medical consultation. The analysis of the classes shows that the demand from health users is focused on treatment of diseases and medical consultation and health users define the care provided by the unit as good. The social representation of this group about FHS is identified as a unit of health care that provides a more welcoming treatment and with development of ties. The health users understand the ESF as a more humanized care, but still maintain the focus on the medical and health insurance. It is important to create spaces for conversation about the Family Health Strategy with the population as well as the development of the action of health promotion by the multidisciplinary team.

Descriptors: Single Health System; Assistance to Health; Family Health Program.

RESUMEN

La atención básica tiene como objetivo garantizar la universalidad y la integralidad en la salud y tiene la Estrategia Salud de la Familia (ESF) como prioritaria para la reorientación del modelo asistencial de la salud. El objetivo del estudio es analizar las representaciones sociales de los usuarios sobre el ESF. Se trata de una investigación cuantitativa y cualitativa celebrada en São Carlos en 2007. La colecta de datos fue hecha a partir de entrevistas semi estructuradas en tres unidades de salud pública con 30 usuarios. Para el análisis de los datos se utilizó el software ALCESTE 4.5. Fueron construidas cuatro clases: Modelo enfocado en la enfermedad; Busca por especialistas; Humanización en la atención y Necesidad de consulta médica. La análisis de las clases demuestra que la búsqueda de los usuarios por la unidad esta siempre centralizada en tratamiento de enfermedades y en la consulta médica donde los usuarios tienen el concepto de la atención como de buena calidad. La representación social de la ESF de este grupo esta identificada como la unidad de salud que presenta un atendimento más acogedor y con creación de un vínculo. Se destaca que los usuarios comprenden a la ESF como un atendimento más humanizado, pero aún mantiene el foco en la consulta médica y en la enfermedad. Es importante crear espacios de conversa sobre la Estrategia de salud de la familia con la población, así como el desarrollo de acciones multiprofesionales para promover la salud por el equipo.

Descritores: Sistema Unico de Salud; Prestación de Atención de Salud; Programa de Salud Familiar.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federativa do Brasil de 1988, foi resultante da organização, no início dos anos 80, da luta de movimentos sociais, que contaram com a participação de profissionais da saúde e que tinham como objetivo a mudança do modelo de saúde vigente⁽¹⁾.

Desde sua criação o SUS está pautado em princípios como: universalização do atendimento à saúde; integralidade do cuidado, considerando o indivíduo um ser integral inserido em um contexto social próprio; equidade, baseando-se na ideia de que todo cidadão é igual perante o SUS, sendo atendido conforme suas necessidades; participação social⁽¹⁾.

No contexto do SUS, a Atenção Básica de Saúde "caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, (...) considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural"⁽²⁾.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária para sua organização, assim como, para a reorientação do modelo assistencial de saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início na década de 90, sendo inspirado em experiências de outros países (Cuba, Inglaterra e Canadá), nos quais houve interessantes aumentos de qualidade na saúde pública, com investimento na promoção da saúde. Sua implantação foi precedida, em 1991, pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, a partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde⁽³⁾.

A estratégia saúde da família (ESF) surge em resposta à crise do modelo médico-clínico propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contempla os princípios do SUS, ou seja, a assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social⁽⁴⁾.

Portanto, os desafios da ESF estão na desconstrução de práticas de saúde ainda influenciadas pelo modelo flexneriano, que conceitua saúde como a ausência de doença, centrando o cuidado na cura, e na transformação de um modelo sanitário centrado em procedimentos para um modelo de saúde coletiva centrado na produção de cuidados⁽⁵⁾.

Na ESF a equipe de saúde da família deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que buscam uma atenção integral à saúde,

estabelecendo vínculo com a comunidade. Nesta estratégia, a família passa a ser o foco do atendimento, levando-se em consideração suas necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, para que a equipe possa planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade⁽³⁾.

Visto ser recente a criação da ESF no Brasil, faz-se necessário lembrar que é fundamental que os usuários de saúde conheçam o mecanismo de funcionamento e organização do SUS e da ESF, assim como seus objetivos no cuidado à saúde, para que a participação social seja realizada de forma consciente e responsável, possibilitando a construção de políticas de saúde que promovam a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Conhecer as representações sociais (RS) dos usuários acerca da ESF é uma forma de avaliar como tal estratégia está sendo percebida pela população.

A teoria das RS surge com o francês Serge Moscovici que introduz o conceito pela primeira vez em seu trabalho "*La Psicanalyse: Son image et son public*", publicado na França em 1961. A teoria está fundamentada na Psicologia Social e sua origem sofreu influências da Psicologia Individual, da Sociologia através das Representações Coletivas de Durkheim, do Construtivismo de Piaget e da psicanálise de Freud⁽⁶⁾.

A RS afirma que há participação ativa do indivíduo na construção da sociedade sendo também formado por ela. Podem ser entendidas como, "uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum (...) orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais"⁽⁷⁾.

Sendo então objetivo desse estudo analisar as representações sociais de um grupo de usuários de Unidades Saúde da Família, com a finalidade de compreender se a SF (Saúde da Família) é reconhecida como uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde e qual o significado que ela tem no cuidado à saúde da população.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória analítica que utilizou metodologias de abordagens quantitativas.

A primeira etapa da pesquisa consistiu em levantamento bibliográfico a fim de se apropriar das produções científicas produzidas nos temas: modelos de atenção à saúde, estratégia da Saúde da Família, participação social na saúde, controle social, usuários da saúde e representações sociais. Realizou-se também levantamento de publicações dos documentos (portarias, leis...) pelo Ministério da

Saúde que embasam as políticas de saúde para construção do SUS.

Para execução da segunda etapa da pesquisa selecionou-se dentre as cinco Administrações Regionais de Saúde do município de São Carlos a que concentrava o maior número de USF (03 USF no total). A coleta de dados deu-se nas três unidades de saúde da família uma delas em área rural e contou com uma amostra de 30 usuários, sendo 10 de cada unidade. Os sujeitos da pesquisa foram usuários desses serviços e a escolha ocorreu de forma aleatória, sendo o único critério a aceitação em participar do estudo.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que combinou perguntas fechadas e abertas para a coleta de dados. Estas possibilitam ao entrevistado discorrer sobre o papel da ESF (estratégia saúde da família) na mudança da atenção à saúde, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador⁽⁸⁾. As entrevistas foram feitas de forma individual, sendo realizadas nos domicílios ou na própria unidade, de acordo com a escolha do entrevistado.

Levantaram-se dados para um breve traçado de perfil do grupo e utilizou-se de um roteiro com as seguintes questões norteadoras: fale-me sobre o atendimento prestado pela USF; há situações em que se fez necessário procurar por outros serviços de saúde; há diferenças entre USF e outros serviços de saúde; como é a relação entre a equipe de saúde e os usuários; qual a resolubilidade das demandas e se há influência da USF nas condições de saúde da população. Estas questões serviram para orientar o entrevistador e não limitando as falas dos sujeitos.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer 029/2007) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, as entrevistas foram realizadas e gravadas após consentimento livre e esclarecido dos participantes para posteriormente serem transcritas para análise dos dados.

A análise dos dados constitui-se em duas etapas. Para a primeira fase desta etapa utilizou-se o software ALCESTE 4.5, criado na França em 1979, por Max Reinert sendo muito utilizado em trabalhos que utilizam como referencial teórico a teoria das RS. Ele possibilita uma análise quantitativa de dados em um texto (com no mínimo 70 mil caracteres), denominado de corpus de análise, com base na distribuição lexical (conjunto de vocábulos) delimitando as classes semânticas (significado das palavras), em função da ocorrência e co-ocorrência das palavras no texto.

No caso desta pesquisa, o corpus de análise consistiu nas 30 entrevistas realizadas com os usuários das três USF da cidade de São Carlos, sendo

que cada entrevista é denominada Unidade de Contexto Inicial (UCI).

A análise procedida pelo ALCESTE perpassa por quatro etapas: a primeira consiste na leitura das entrevistas para o cálculo do vocabulário, a seguir é gerada uma lista em ordem alfabética de todo o corpus da análise. O programa ainda realiza o processo denominado lematização onde reduzirá palavras com o mesmo radical, ou seja, palavras como entende, entendam, entenderam, que possam aparecer no texto são reduzidas a forma entend+ pelo programa possibilitando assim que sejam consideradas equivalentes. A segunda etapa a ser realizada é a formação da UCE, a partir da fragmentação das UCI. A terceira etapa é a construção, a partir das UCE das classes. Tal processo é denominado de Análise Hierárquica Descendente (AHD). Por fim, na quarta etapa, o programa realiza o que se denomina de Análise Fatorial de Correspondência, através da qual e por meio de um plano gráfico são verificadas e disponibilizadas as inter-relações entre as classes⁽⁹⁾.

Para análise das classes recorreu-se a análise qualitativa do discurso dos usuários participantes da pesquisa acerca da USF (Unidade Saúde da Família) e assim identificaram-se as representações sociais deste grupo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de usuários que participou da pesquisa foi composto por 73% de pessoas na faixa etária entre 18 e 50 anos, destas 66% eram mulheres e 50% tinham o ensino fundamental incompleto. O número de pessoas que vivem na residência dos usuários varia entre 04 a 06 pessoas representando 60% da amostra sendo que 70% dos usuários têm de um a três filhos. Quanto à ocupação houve grande concentração de donas de casa e aposentados totalizando 63% da amostra, vista que tais entrevistas se deram durante a semana no período diurno.

O corpus de análise ou a Unidade de Contexto Inicial foi composto por 30 entrevistas. Para caracterizar cada uma das entrevistas foram consideradas as seguintes variáveis: sujeito (sujeito) (cada entrevistado foi classificado com um número seguindo a ordem numérica em que as entrevistas foram realizadas); Idade (id); sexo (s); ocupação (oc) e USF (unidade saúde da família) a qual o usuário é cadastrado (unid).

O ALCESTE dividiu o corpus em 464 Unidades de Contexto Elementar (UCE) e destas foram selecionadas 243 UCE, ou seja, 52% do material foi considerado para análise. A partir das UCE foram construídas 04 Classes (conjunto de UCE com o mesmo vocábulo), sendo elas: Modelo centrado no médico; Busca por especialistas; Humanização do

atendimento e Necessidade de consulta médica. O programa separou o número de Unidades de Contexto Elementar presentes em cada uma das classes mostrando a frequência que elas representam do total de UCE analisadas.

A Classe 01 contém 94 u.c.e. representando 38,68% do total analisado e a Classe 04 com um total de 86 u.c.e. com uma porcentagem de 35,39%

são as classes com maior representatividade dentro do grupo.

Após realizar a Análise Hierárquica Descendente (construção das classes a partir das UCE), o software construiu o dendograma representado na Figura 1 que mostra as relações existentes entre as classes formadas.

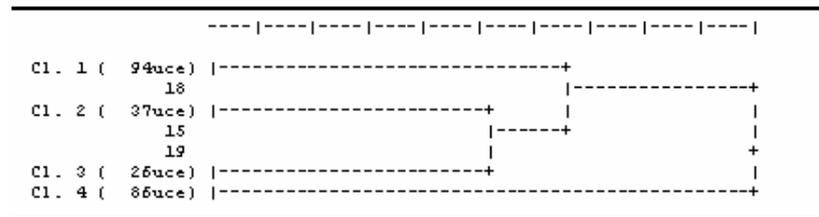


Figura 1: Dendograma São Carlos, 2007.

O dendograma apresenta as classes formadas e suas relações, em que se verifica que as classes 02 e 03 estão bem próximas quanto ao conteúdo, ou seja, mais próximo está o discurso presente em cada uma delas, possuindo, porém ideias e sentidos distintos, o que justifica a separação em classes diferentes. Ambas se relacionam com a classe 01, sendo que esta também apresenta uma relação com a classe 04. Isto mostra que existem conteúdos comuns às três classes. Ao realizar a análise qualitativa das u.c.e. presentes em cada classe discutiremos os discursos e as relações presentes nas classes formadas.

O Quadro 1 foi construído a partir da análise dos dados fornecidos pelo Alceste mostra as palavras que aparecem tipicamente nas classes, lembrando que só foram consideradas palavras significativas para a pesquisa, com $\chi^2 > 2$ (maior associação estatística à classe) e frequência superior a 50% sendo excluído o restante dos vocábulos tais como artigos, pronomes entre outros.

Quadro 1: Classes formadas pelo ALCESTE a partir dos dados das entrevistas. São Carlos, 2007.

Classe 01 – 38,68%	Classe 02 – 15,23%	Classe 03 – 10,7%	Classe 04 – 35,39%
Modelo Centrado no médico	Busca por especialista	Humanização do atendimento	Necessidade de Consulta médica
lega+l	atencioso+	Ajuda	ambulância
cônsul+er	atendem	atenção	casa
control+er	atendido+	atendendo	ajudar
algumas_vezes	atendimento+	atend+	atendeu
atrapalha	bom	boa+	colhe+
bem_atendido	cardiologista	coração	conseguiu
casa_de_saúde	clinico	enfermeira+	encaixe
centro_de_especialidades	entend+	exame_de_sangue	exame
clinico geral	família+	fazem	febre
consegue	ginecologista	gripe	hospital
convênio	idoso+	injeção	marcar
demora	melhor	jeito	marido
diabete+	melhorar	logo	marquei
difícil	necessidade	medir	materi+
doente+	noite	melhor	médico
emergência	ótimo	muito_bom	melhorou
especialista	pagando	paciência	olhou
excelente	pediatra	procuram	outro+
falta	população	rápido	outro_posto
muito_bem	pouco	vacina	passei
passo	precisar		pneumonia
pegar	precisava		procurou
precisei	trabalh+		ruim
preciso			
prefiro			
pressão			
procuro			
reclamar			
remédio+			
santa_casa			
santa_felicia			
sempre			
tratam			
tratamento+			
três_meses			
uma_vez_por_mês			
unidade+			
unidade_saúde_da_família			

A análise do quadro acima pode ser feita agrupando as classes I e IV uma vez que pelo dendograma estas se relacionam, demonstrando que a procura dos usuários pela unidade está centrada em tratamento de doenças, consulta médica e medicamento, além de procedimentos de enfermagem. Palavras típicas dessas classes como doente+ (doente; doentes), consult+er (consulta; consultas), remédio+ (remédio; remédios), encaixe (termo utilizado quando um usuário é atendido sem marcar consulta com antecedência), exame, febre, médico, entre outras, exemplificam em quais situações os usuários participantes da pesquisa acham necessário buscar a unidade saúde da família.

As falas a seguir demonstram que os usuários buscam a USF visando um atendimento baseado na queixa conduta e na procura por pronto atendimento. As ações de saúde, em sua maioria, ficam centradas na consulta médica.

(...) quando eu vejo que preciso eu venho aqui só quando eu estou meio doente só que eu venho(entrevistado 26)

(...) Ah só quando minhas crianças estão com febre ou se acontece alguma coisa, mas caso contrário, não venho no posto não (entrevistado 27).

A busca por ações preventivas de doença, prioritárias na ESF se limitam ao controle de doenças crônicas como hipertensão arterial e o diabetes mellitus através da aferição de pressão, realização do exame de glicemia capilar e busca de medicamento e isso se evidencia nas seguintes falas:

Eu passo cada três, quatro meses com a doutora para pegar o remédio de pressão (entrevistado 14)

Eu faço o acompanhamento do diabetes e da pressão, (...) elas medem minha pressão, a taxa de glicemia e me dão o resultado (entrevistado 07).

Pode-se justificar a busca da USF pelos usuários por ações curativas centradas na consulta médica, retomando a história das políticas de saúde no Brasil até a década de 80. A Saúde no Brasil desde o início do século XX era claramente dividida em dois pólos: o da saúde pública, de responsabilidade do governo, que se encarregava de ações preventivas e sanitárias coletivas, a fim de controlar epidemias que assolavam o país como malária, febre amarela; e o da saúde individual curativa centrada no atendimento médico privado garantido apenas a população trabalhadora que, através da contribuição previdenciária tinham o direito a assistência médica curativa, individual⁽¹⁰⁾.

O modelo de saúde vigente na época baseava-se na desvinculação do cuidado preventivo, realizado pelo Estado, do cuidado curativo, realizado pela Previdência Social através dos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão). A atenção primária de saúde era prejudicada no que se refere ao cuidado

preventivo à saúde, sendo valorizadas ações curativas de média e alta complexidade⁽¹⁰⁾.

Tal modelo, baseado no paradigma flexneriano, reduz o corpo humano a suas partes, valorizando conhecimentos de anatomia e fisiologia. A doença é encarada como alterações concretas do corpo, sendo este separado do todo, e restringindo as práticas de saúde ao cuidado dos órgãos e sistemas, desconsiderando o ser humano como um ser integral inserido em um determinado contexto⁽⁵⁾.

O detrimento dos cuidados primários em saúde se agravou com a Segunda Guerra Mundial, quando o Brasil passou a ser fortemente influenciado pela sociedade americana. O modelo de saúde sofre grandes influências do modelo dos Estados Unidos, modelo este baseado na construção de grandes hospitais que concentravam grandes tecnologias⁽¹⁰⁾.

Pode-se inferir que na sociedade brasileira, ao longo da história, criou-se uma cultura de cuidados em saúde baseado na assistência individual e curativa, onde a população valoriza a resolução imediata dos males em saúde.

Ainda se mantém no país uma percepção do processo saúde-doença como um caráter individual, de responsabilidade do cidadão mantendo assim um modelo de atenção com aspecto assistencial baseado na visão biológica e mecanicista do indivíduo, sendo o médico o principal protagonista do cuidado⁽¹¹⁾.

A população vincula a assistência a saúde com a consulta médica desconsiderando o papel do restante da equipe na assistência, não reconhecendo como atendimento as ações desenvolvidas por outros profissionais⁽¹²⁾.

As ações preventivas em saúde, salvo exceções como a imunização de doenças através da vacinação de crianças e adultos, não são valorizadas pela população, que não vêem sentido em realizá-las, procurando os serviços de saúde para ações curativas em saúde, realizadas em sua maioria, através de consultas médicas, ou busca de medicamentos⁽¹¹⁾.

A população geralmente não participa das atividades realizadas nas USF que não se referem a assistência médica e, apesar de considerarem tais atividades importantes relatam que estas não correspondem as suas necessidades⁽¹³⁾.

É necessário que a USF integre na realização das ações de saúde toda a equipe, construindo com a população a mudança no modelo de atenção. A oferta de ações de saúde que integrem o papel e o valor de cada um dos membros, propicia a construção de planos de cuidados não está centrados apenas na figura do médico.

A classe II demonstra a valorização do atendimento médico especializado pelos usuários da USF, que não reconhecem no médico da família assim como no restante da equipe de saúde, profissionais capacitados para uma assistência

integral à família em todas as fases do desenvolvimento. Palavras inseridas nessa classe como: cardiologista, clínico, ginecologista, necessidade, pediatra, precisava; demonstram que a falta de médicos especialistas para o atendimento dos usuários é tido como um fator limitante para uma maior resolubilidade dos problemas de saúde da população.

As queixas referentes à USF por parte dos usuários relacionam-se sempre a falta de um número maior de médicos principalmente especialistas, vista que as USF (com exceção da unidade da área rural que conta com um número maior de médicos) possuem um médico da família responsável pelo atendimento integral de toda a família.

Queixam-se principalmente da falta de cardiologistas, pediatras e ginecologistas e relatam que têm que procurar outros serviços de saúde na busca de tratamento especializado. Referem que a falta de médicos é um dos poucos pontos negativos no atendimento, juntamente com a não realização de alguns exames presentes em níveis mais complexos de atendimento como o raio-x. Ressalta-se que o encaminhamento dos usuários realizado pela unidade saúde da família para outros serviços de saúde não é considerado pela maioria dos usuários entrevistados como uma forma de resolubilidade no problema de saúde da população.

As falas a seguir demonstram a insatisfação dos usuários devido a falta de um número maior de médicos na unidade saúde da família.

(...) aqui eu não sei se têm condições de vir pelo menos uma vez por mês um ginecologista, (...) mas seria muito importante que tivesse um ginecologista (entrevistado 06)

(...) Olha a doutora C. é uma excelente médica, os estagiários atendem muito bem a gente e os funcionários também, a única coisa assim eu acho que faltava seria além da doutora C. alguns médicos a mais para a população para as crianças e para os adultos (entrevistado 24).

Através da análise das falas evidencia-se que os usuários da USF nesta perspectiva, não compreendem a ESF como um novo modelo de atenção à saúde, uma vez que procuram a unidade fundamentalmente para um atendimento ainda curativo, centrado no médico, em procedimentos de enfermagem e busca de medicação. Não legitimam o papel do médico da família como um profissional capacitado, juntamente com o restante da equipe de saúde, a cuidar de forma integral de toda a família.

Tal resultado vai ao encontro de pesquisa realizada sobre a percepção dos usuários acerca da ESF alguns relataram que apesar de estas prestarem um atendimento mais próximo da população há falta de profissionais na equipe, ressaltando-se a

preferência por unidades de saúde que contam com médicos especialistas⁽¹³⁾.

Ressalta-se que as USF não podem ser consideradas como centros de triagem limitados a encaminhar a população aos centros de especialidades médicas, tendo condições de resolver até 85% dos problemas de saúde da população adscrita, sendo imprescindível para um atendimento resolutivo profissionais qualificados e comprometidos com a estratégia⁽¹²⁾.

Apenas um dos entrevistados declarou saber as atribuições do médico da família no que se refere ao cuidado integral à saúde da população.

(...) olha o médico da família ele é generalista, ele é estudado capacitado para todas as áreas, só que às vezes a população precisa de um pediatra, precisa de um geriatra, precisa de um ginecologista, de um como se fala médico de coluna esqueci o nome, (...) devia ter essas classes médicas a parte é um consenso (entrevistado 13).

Porém ao analisar sua fala, mesmo que o usuário em seu discurso reconheça a legitimidade do médico da família em prestar um cuidado integral à saúde da população, ainda assim, considera ser necessários médicos especialistas.

A classe III mostra que os usuários definem o atendimento da unidade como bom, uma vez que a relação que a unidade desenvolve com a comunidade é o que a diferencia das outras unidades de saúde. Palavras inseridas nessas classes como: ótimo, atencioso+ (atencioso; atenciosos), muito bom, paciência; dentre outras demonstram que os usuários consideram que o atendimento da unidade saúde da família é realizado de uma forma humanizada.

Os profissionais da equipe costumam tratar a comunidade de uma forma diferenciada, muitos deles chegam a considerar a equipe como alguém da família ou como amigos. Identificam diferenças de outros serviços de saúde quanto ao atendimento, relatando que os profissionais de saúde de outras unidades costumam tratar a comunidade com falta de educação ou indiferença.

As falas a seguir refletem a diferença entre a relação da equipe da saúde da família com os usuários e a que estes estabelecem com os outros serviços de saúde. Os usuários classificam o atendimento da unidade como bom, referindo que são muito bem tratados pela equipe.

(...) O atendimento é bom, as pessoas são boas atendem direitinho eu pelo menos nunca tive nenhum problema aqui, eu acho bom (entrevistado 12)

(...) Ah eu sou atendida muito bem, elas me tratam super bem não tenho o que reclamar daqui, não tenho queixa nenhuma daqui as meninas são super legais, todo mundo (entrevistado 15).

A fala a seguir faz referência às diferenças quanto ao atendimento da USF e da Unidade Básica de Saúde (UBS), relatando que a equipe da saúde da família trata os usuários como amigos, enquanto que na UBS, por problemas de grandes demandas de atendimento, são tratados de uma forma ruim.

(...) diferença no atendimento diferença na amizade também, porque na Unidade da Família você tem é... eles te tratam como amigo. Agora na UBS eles te tratam assim como se fosse freguês de um barzinho, um freguês de um lugar bem ruim (...) mas também a gente entende que passa muita gente muita gente lá, bem mais que a Unidade da família ah... a gente entende que a carga é de... a carga horária passa a ser maior também, mas eu acho que eles podiam tratar bem melhor (entrevistado 04).

A partir das falas dos usuários quanto ao atendimento prestado pela equipe da USF pode-se adentrar numa discussão que advém desde o fim da década de 70: a humanização do atendimento nas práticas em saúde visando uma melhoria da qualidade da relação entre os profissionais de saúde e os usuários⁽¹⁴⁾.

A humanização significa uma mudança da forma de trabalhar e também das pessoas, que deve conciliar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de executar a assistência incorporando a história do indivíduo, a partir de seu diagnóstico até a realização da intervenção. O trabalho em saúde consegue se humanizar a partir do momento que combine a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade para os usuários⁽¹⁵⁾.

Em 2004 é criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção e Gestão na saúde (PNH) que tem como objetivos a prestação de um cuidado acolhedor e resolutivo aos cidadãos, possibilitar uma melhor comunicação entre os profissionais e os usuários, além de um efetivo reconhecimento e valorização dos direitos e da subjetividade cultural dos grupos sociais nas práticas de saúde⁽¹⁶⁾.

As propostas que busquem efetivar a Política de Humanização, que tem por finalidade realizar uma transformação no cuidado a saúde, devem proporcionar o desenvolvimento de práticas integrais do cuidado, sendo estas pensadas como uma resposta às necessidades do usuário para além das demandas explícitas, considerando seu contexto socioeconômico e cultural prestando um cuidado que, além do biológico, considere o ser humano em sua integralidade inserido em um contexto social próprio⁽¹⁷⁾.

Como estratégias de melhoria do acesso aos serviços de saúde assim como, para o desenvolvimento de tais práticas integrais temos o acolhimento e o vínculo que se definem como uma forte relação entre a equipe de saúde e os usuários

que se estabelece a partir de compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa⁽¹⁷⁾.

O primeiro encontro entre o usuário e a equipe de saúde pode ter consequências decisivas na resolução de seus problemas de saúde, o vínculo entre esses atores sociais amplia a eficácia da assistência⁽¹⁸⁾.

O vínculo com os usuários possibilita também a participação do usuário que passa a ser considerado sujeito ativo de seu cuidado, uma vez que passa a falar e ser ouvido pela equipe de saúde⁽¹⁹⁾.

O acolhimento, enquanto diretriz operacional visa uma mudança na organização do trabalho de saúde. Tem como objetivo atender de forma resolutiva a população que procura o serviço de saúde acolhendo e escutando suas necessidades, além de deslocar o eixo central de atendimento do médico para a equipe multiprofissional, uma vez que todos os membros da equipe de saúde devem estar capacitados a prestar o acolhimento⁽¹⁷⁾. Traduz-se no atendimento humanizado à população garantindo seu acesso aos serviços de saúde e ocorre através de uma escuta qualificada dos problemas da população possibilitando a resolubilidade. Ela perpassa pela necessidade do vínculo entre a equipe de saúde e os usuários⁽²⁰⁾.

Visto isso podemos considerar que a ESF têm alcançado avanços na assistência à saúde da população quanto ao atendimento humanizado que segundo os usuários entrevistados, estes reconhecem o diferencial da USF em relação a outros serviços de saúde pelo atendimento acolhedor, realizado de uma forma educada e amiga.

Pode-se considerar que a humanização do atendimento nas práticas desenvolvidas pela USF tem conseguido atingir um dos objetivos da PNH do atendimento, uma vez que têm melhorado a relação entre os profissionais e os usuários.

Realizando a análise dos resultados percebe-se que todas as classes acabam de alguma forma se relacionando, uma vez que o relato do atendimento humanizado da equipe, assim como a busca por consultas e o atendimento centrado no médico, aparece seja implícita ou explicitamente em todas as classes.

CONCLUSÃO

A representação social da ESF deste grupo é uma unidade de saúde que presta um atendimento humanizado e centrado na doença. O grupo de usuários reconhece a Saúde da Família como uma estratégia de mudança do modelo de atenção no que se refere a um atendimento mais acolhedor e com criação de vínculo, encontrando-se no universo consensual das representações. Mas ainda não se conseguiu mudar o foco do atendimento, mantendo no universo reificado, o modelo de atenção centrado

no médico e na queixa conduta, apesar de ser papel da equipe de saúde da família atuar na promoção, prevenção, recuperação e na manutenção da saúde da população adstrita, com ações que busquem uma atenção integral a saúde, estabelecendo vínculo com a comunidade.

É necessário que a Equipe Saúde da Família desenvolva ações individuais e coletivas, de acompanhamento e promoção da saúde na unidade, mostrando para a população que o cuidado à saúde é realizado por uma equipe multiprofissional de forma integral e que este cuidado não é centrado apenas na figura do médico.

A pesquisa demonstrou que os usuários valorizam o atendimento médico especializado, reivindicando médicos especialistas para o atendimento da população. A USF deve buscar estratégias que demonstrem para a população a capacidade que o médico da família, junto com os demais membros da equipe multiprofissional têm para desenvolver ações de cuidado em todas as fases do desenvolvimento humano.

A ESF representou avanços na mudança do modelo de saúde vigente uma vez que consegue oferecer um atendimento humanizado atingindo um dos objetivos da PNH do atendimento. Isto tem melhorado a relação entre os profissionais e os usuários com criação de vínculo, fator decisivo para realização de efetivas ações de saúde.

As representações sociais de saúde da família dos usuários apontam para o reconhecimento de que a mudança do modelo de atenção constrói-se no cotidiano de trabalho das equipes e na relação com os usuários, em bons encontros que possibilitem trocas ou interdições de saberes e práticas para o enfrentamento dos problemas de saúde, em geral complexos e desestruturantes.

REFERÊNCIAS

1. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde: princípios. In: Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 285-304.
2. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
3. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.
4. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. Texto contexto-enferm. 2007;16(2):271-9.
5. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):113-8.
6. Furegato AR, Ogata MN. Representações sociais: bases, origem, conceitos e formação. Ribeirão Preto: EERP; 2006.
7. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 17-44.
8. Minayo MCS. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004. 408 p.
9. Nascimento ARA, Menandro PRM. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. Estud. pesqui. psicol. 2006;6(2):72-88.
10. Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 13-49.
11. Castro CGJ, Westphal MF. Modelos de atenção: a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e o modelo de atenção à saúde – uma questão de decisão – compromisso e iniciativa. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP; 2001. p.92-111.
12. Eckerdt NS, Moreto E, Tagliari M, Buchele F. Percepção da estratégia saúde da família em um município do interior do Rio Grande do Sul: da fala da equipe ao eco das famílias. Cad. Saúde Pública. 2009;25(5):1054-62.
13. Ronzani TM, Silva CM. O Programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc. saúde coletiva. 2008;13(1):23-34.
14. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface (Botucatu) [Internet]. 2005 [cited 2009 dez 30];9(17):389-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>.
15. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface (Botucatu) [Internet]. 2005 [cited 2009 dez 30];9(17):398-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>.
16. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 [cited 2009 dez 30];10(3):585-597. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>.
17. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu) [Internet]. 2005 [cited 2009 dez 30];9(17):287-301. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.
18. Oliveira A, Silva Neto JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos. (Botucatu) [Internet]. 2008

- [cited 2009 dez 30]; 12(27): 749-62. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a06v1227.pdf>.
19. Schimith MD, Lima MADs. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2009 dez 30];20(6):1487-94. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>.
20. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2005 [cited 2009 dez 30];5(4):493-503. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>.

Artigo recebido em 25.08.08.

Aprovado para publicação em 14.09.09.

Artigo publicado em 31.12.09.