

LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA FAMILIA EVALUADA POR EL PROPIO USUARIO

Helena Eri Shimizu¹

Carlos Rosales²

Este estudio tiene como objetivo analizar la evaluación del usuario sobre la atención a la salud de la familia, con la finalidad de verificar las dificultades y potencialidades para transformar el modelo de atención a la salud. Se trata de un estudio de caso cualitativo, realizado en una Unidad de Salud de la Familia, en San Sebastián, Brasilia-DF, Brasil, cuya recolección de datos consistió en la observación del proceso de trabajo desarrollado por el equipo y grupos focales con usuarios. Los datos analizados, utilizando la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo, demostraron que las acciones de prevención y promoción de la salud y la relación de profesionales y usuarios fueron evaluadas positivamente; y, el acceso a los servicios de salud, a los medicamentos y a los profesionales fue evaluado negativamente. Las acciones desarrolladas no garantizan la atención integral de la salud de la familia y señalan la necesidad de revisar las estrategias de organización del servicio, sobre todo las que posibiliten la participación de la comunidad para resolver sus necesidades.

DESCRIPTORES: atención primaria de salud; salud de la familia; satisfacción de los consumidores

FAMILY PERSPECTIVE ON A FAMILY CARE PROGRAM

This study aimed at assessing the family's perspective on a family care program to better understand the challenges and potential capacities for changing the health care model. A qualitative study was carried out to assess the Family Health Program in the city of São Sebastião, Brasília, Brazil. Data was collected through direct systematic observations of the workflow developed by the program's team, and through focal groups with family members. The discourse of the collective subject was used in data analysis and showed that health prevention and promotion actions and the relationship between providers and consumers were positively evaluated while access to health services, drugs and providers was negatively evaluated. There is no assurance of comprehensive and continuous care to the family, which points to the need of reviewing the strategies of health service organization for more effective involvement of the community to meet their health needs.

DESCRIPTORS: primary health care; family health; consumer satisfaction

A ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DO USUÁRIO

Este estudo teve como objetivo analisar a ótica do usuário sobre a atenção à saúde da família, a fim de verificar as dificuldades e potencialidades para a transformação do modelo de atenção à saúde. Trata-se de estudo de caso qualitativo, realizado em uma Unidade de Saúde da Família, a de São Sebastião, Brasília, DF, cuja coleta de dados consistiu da observação do processo de trabalho desenvolvido pela equipe e grupos focais com usuários. Os dados analisados, utilizando-se a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo, demonstraram que as ações de prevenção e promoção da saúde e a relação profissionais-usuários foi avaliada positivamente e o acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos e aos profissionais foram avaliados negativamente. As ações desenvolvidas não garantem a integralidade da atenção à saúde da família e apontam para a necessidade de se reverem as estratégias de organização do serviço, sobretudo aquelas que possibilitem a participação da comunidade para o alcance de suas necessidades.

DESCRITORES: atenção primária à saúde; saúde da família; satisfação dos consumidores

¹ Profesor Adjunto de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Brasilia, Brasil, e-mail: shimizu@unb.br; ² Asesor Regional de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos, e-mail: rosalesc@paho.org.

INTRODUCCIÓN

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) es considerada prioritaria para reorganizar la AB, según los preceptos del Sistema Único de Salud (SUS). Se preconiza que ella sea desarrollada por medio de prácticas de administración y sanitarias democráticas y participativas, bajo la forma de trabajo en equipo multiprofesional, para poblaciones delimitadas en territorios adscritos, con utilización de tecnologías de elevada complejidad, baja densidad y máxima resolutivez⁽¹⁾. Debe estar integrada a una red de servicios, de forma que se garantice una atención integral a los individuos y a las familias y que se asegure la referencia y contra referencia para los diversos niveles del sistema de problemas identificados en la atención básica.

En el Distrito Federal, la ESF es actualmente denominada Programa Familia Saludable (PFS) y, después de diez años de implantación, presenta algunos problemas relevantes, como ocurre en otros municipios del país. Entre ellos, se apuntan la dificultad de acceso a la asistencia, la discontinuidad de la atención y la falta de atención integral, además de otros; lo que demuestra la necesidad de analizar, con mayor profundidad, la situación en que se encuentra ese complejo programa⁽²⁻⁴⁾.

Es, por lo tanto, imprescindible invertir en la evaluación, considerada aquí como un proceso de enjuiciamiento sobre las características de los servicios, y que en ella se contemple la participación de los actores que participan, sobre todo la de usuarios que son capaces de expresarse, con mayor claridad y confiabilidad, sobre la atención que reciben^(2,5-9). En esa perspectiva, la evaluación de la población adscrita a los equipos del PSF tiene por objetivo ofrecer subsidios para repensar las prácticas profesionales e intervenir en la forma de organización del servicio, con el objetivo de mejorarlo.

Algunos estudios de esta naturaleza han permitido incorporar en el proceso de evaluación la dimensión subjetiva de la calidad de los servicios del PSF, en el cual se incluyen los estudios de satisfacción del usuario⁽⁶⁻⁹⁾. Hay que destacar, que gran parte de ellos han adoptado modelos considerados de abordaje funcional y mecanicista, despreciando cuestiones prioritarias en la evaluación de los servicios⁽⁷⁻⁹⁾.

El reconocimiento de esas limitaciones, principalmente de la necesidad de superar los análisis que apenas mensuran la satisfacción del usuario del PSF con el servicio prestado, ha propuesto un proceso

de evaluación que contempla la investigación de los cambios de comportamiento y culturales: las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad, las prácticas de cuidados relevantes y las estrategias para enfrentar problemas de salud⁽⁸⁻⁹⁾. Otro elemento importante es el análisis más profundo del significado de la familia, vista como un agente social de cambio y comprendida en una perspectiva amplia.

En ese sentido, son importantes las evaluaciones que permitan la real expresión de la subjetividad de los usuarios en relación al servicio⁽⁷⁻¹¹⁾, dándoles voz para que puedan demostrar libremente sus sensaciones y percepciones sobre las diversas dimensiones: las necesidades (carencias referidas, demandas asociadas con la salud) cognitiva (percepción sobre el servicio), de relación (respeto, atención, acogida), de organización (acceso a los servicios, medicamentos, profesionales) y profesional (calidad o competencia)⁽⁸⁻⁹⁾.

Siendo así, este estudio tiene la finalidad de contribuir para reflexionar sobre la inclusión de la subjetividad del usuario en la evaluación de la calidad de los servicios de salud. Su objetivo es analizar la atención a la salud de la familia bajo la mirada del usuario, para que se pongan en evidencia sus puntos críticos, así como sus potencialidades, con el propósito de mejorarla y de reorganizar el modelo asistencial.

LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO: UNA BREVE REVISIÓN

Desde la década de 1960, en Europa, en los EUA y en Brasil a partir de la segunda mitad de la década del 90, se utiliza la satisfacción del usuario como uno de los métodos de las investigaciones de evaluación de la salud⁽¹²⁻¹³⁾. Ese método se enfoca en las distintas dimensiones que participan del cuidado de la salud, desde la relación médico-paciente hasta la calidad de las instalaciones y de los profesionales de la salud.

Se resalta que el concepto de calidad permitió avanzar en la definición de parámetros para mensurar la calidad de los servicios, debido a la incorporación de la visión de los no especialistas, en este caso, los usuarios⁽¹³⁾. De ese modo, fueron contruidos varios modelos de evaluación de la satisfacción del usuario. La mayoría tiene como presupuestos las percepciones del usuario en relación a sus expectativas, valores y deseos de distintas dimensiones del cuidado de la salud⁽¹²⁻¹³⁾.

En general, al juzgar las características de los servicios, los usuarios toman en consideración una o más combinaciones de los siguientes elementos: un ideal del servicio, una noción del servicio merecido, un promedio de la experiencia pasada en situaciones de servicios similares y un nivel subjetivo mínimo de la calidad que los servicios deben alcanzar para ser aceptables⁽¹²⁻¹³⁾.

La Organización Mundial de la Salud, debido a la complejidad inherente al proceso de evaluación de la calidad del servicio por el usuario, introdujo como alternativa al concepto de satisfacción y de responsividad, que se propone analizar como las acciones gubernamentales atienden las expectativas y demandas de la población⁽¹²⁾. Tal concepto se fundamenta en el presupuesto de que el sistema de salud debe promover y mantener la salud de la población, tratarla con dignidad y facilitar su participación en las decisiones sobre cuidados, tratamientos y procedimientos de salud.

Más recientemente, con la preocupación en considerar, efectivamente, el lugar de los usuarios en los servicios y sistemas de salud y, sobre todo, posibilitar la expresión de su condición de sujeto, ha sido acrecido, a las metodologías de evaluación de los servicios de salud, el concepto de humanización⁽¹⁰⁻¹²⁾. Ese foco es la dimensión humana, individual y ética de la atención y de los derechos individuales y de ciudadanía. Esas propuestas, recientes y todavía escasas, requieren que sea agregada al proceso de evaluación la dimensión socio-cultural relacionada a la atención de la salud. Es posible ejecutarlas, principalmente, por medio de estudios cualitativos.

METODOLOGÍA

Se optó por desarrollar un estudio de caso cualitativo, porque permite captar las percepciones, creencias y valores de los sujetos sobre las diversas situaciones vivenciadas en lo cotidiano del PSF. Fue escogida una Unidad del Programa Familia Saludable (PFS) del municipio de San Sebastián-DF, que atendió los criterios de inclusión establecidos, es decir: tener un gran número de equipos urbanos; estar en funcionamiento por más de seis meses y contar con los miembros del equipo básico (un médico, una enfermera, tres auxiliares de enfermería y cinco agentes de la salud).

La recolección de datos fue realizada en dos etapas: en la primera se realizaron dos sesiones de

grupo focal con una duración promedio de una hora y media, que contó con la presencia de un coordinador y un observador, con representantes de diez familias residentes en las cinco micro áreas y que utilizaban el PSF, por lo menos hacia un año. Esos participantes fueron sorteados y presentaban el siguiente perfil: 60% eran mujeres, 40% hombres; 50% poseían la enseñanza fundamental completa y 50% incompleta; 60% eran amas de casa, 30% desempleados y 10% jubilados.

Las preguntas orientadoras del grupo focal fueron: ¿Diga como usted percibe el PFS?. ¿Cuáles son las facilidades y dificultades encontradas en la atención ofrecida por el Programa?. Para el análisis de las declaraciones fue utilizada la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo(DSC)⁽¹⁴⁾. En la primera etapa se identificaron, en cada una de las respuestas, las expresiones clave de las ideas centrales. La segunda y tercera etapas consistieron, respectivamente, en destacar y agrupar las ideas centrales. La cuarta etapa consistió en denominar cada uno de los grupos formados y crear una idea central de síntesis. Finalmente, en la quinta etapa, se construyeron los DSC, uno para cada grupo, que presentamos abajo.

La segunda etapa de la recolección de datos consistió en la observación de los participantes del proceso de trabajo desarrollado en la Unidad, con registros de los datos en un diario de campo, por dos investigadores previamente entrenados.

Fueron observadas: la recepción del usuario, la clasificación, las consultas médicas y de enfermería, la realización de algunos procedimientos, la visita a domicilio, las campañas y las conferencias educativas, en el período de dos semanas (treinta horas), En la primera semana, la observación duró veinte horas (mañana y tarde), y en la segunda, diez horas (mañana y tarde). Cabe resaltar que ese período fue evaluado por los investigadores como suficiente porque había permitido conocer como era desarrollado el proceso de trabajo en aquel servicio.

Vale resaltar que esa etapa tuvo como propósito verificar la calidad de la atención, la relación de los profesionales con los usuarios, el acceso al servicio y la resolutividad de los problemas. Así, los datos obtenidos fueron analizados conjuntamente con los DSC, con la finalidad de mejorar el conocimiento de la realidad, o sea, lo cotidiano del PSF.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la SES/DF y todos los sujetos firmaron el Término de Consentimiento Libre y

Esclarecido, después de recibir esclarecimiento de los objetivos, de los procedimientos metodológicos, y de los riesgos y beneficios del estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Fue posible aprender, en el DSC1, que los usuarios, al expresarse sobre el PFS, destacaron, inicialmente, la *representación de la salud*. Es importante comprender esa representación, ya que ella orienta sus actitudes y prácticas en relación al cuidado de la salud⁽⁸⁻⁹⁾.

La salud está en primer lugar, cuando se tiene una salud buena, se duerme bien, se despierta bien, se alimenta bien. Salud es no tener dolor en el cuerpo, no sentir dolor de cabeza, tener un cuerpo saludable, no quedarse muy cansada y quedar bien para trabajar. Salud es riqueza. No es solo el médico y el medicamento. Nosotros tenemos que cuidar de la alimentación, asear nuestra casa, nuestros hijos (DSC1).

El discurso muestra que los usuarios han buscado incorporar el concepto ampliado, de salud propuesto por el SUS, como componente de la calidad de vida. En esa perspectiva, la salud no es comprendida apenas como la ausencia de enfermedades, que perduró durante mucho tiempo, sobre todo con la finalidad de mantener los cuerpos saludables y productivos. La OMS, tratando de ampliar la comprensión de la salud, le dio el concepto de un completo bienestar físico, mental y social, sin embargo ha sido bastante criticada, principalmente porque no la considera como un proceso, compuesto por factores económicos, sociales y culturales.

En realidad, actualmente a pesar del empeño de muchos profesionales de la salud para cambiar la forma de como las personas deben cuidar de su salud, todavía existe una concentración de esfuerzos que enfatiza la producción de modelos biomédicos de patología, con fuerte inspiración mecanicista o, en lo máximo, sistémica, que influyen las prácticas de la salud⁽¹⁵⁾. Los abordajes de esa naturaleza se muestran incapaces de contribuir con los complejos procesos relativos a la vida, salud, cuidado, cura y muerte, de los seres humanos.

En ese sentido, es necesaria una mayor inversión en las acciones de prevención y promoción de la salud. Además de eso, es necesario reforzar, junto a la población, la noción de la salud como un derecho social, a partir de la utilización de todo el conocimiento de tecnologías disponibles, y que abarquen la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación⁽¹⁶⁾.

Otro discurso, el DSC2, presentado por los usuarios fue *la representación de la familia*, que es el principal objeto de trabajo del equipo del PFS.

La familia es el comienzo de la vida, siendo compuesta por hijos, padres y hermanos. Ella está en primer lugar, simboliza todo, yo veo que si usted tiene una familia, tiene amor, armonía de los unos con los otros. La familia es un conjunto, da amor, cariño, atención. Además de eso, debe dar una vida mejor. Quien nos socorre las horas más difíciles es la familia, nos ayuda en la hora del aprieto y de la enfermedad. Es necesaria la comunicación de unos con los otros; hay problemas, sin embargo es necesario olvidar (DSC2).

La familia es caracterizada por los usuarios como una institución social básica, constituida tradicionalmente por padre, madre e hijos, y que tiene la función de proveer afecto, cuidado y ayuda a sus integrantes. Sin embargo, se percibe que hoy ella sufrió modificaciones causadas por fenómenos como la reducción del tamaño, los lazos frágiles del matrimonio y la multiplicación de arreglos que escapan del estándar de la típica familia nuclear. Eso ocurre, sobre todo, por la presencia de familias constituidas por apenas uno de los padres, normalmente dirigidas por mujeres sin cónyuge. Esos fenómenos vienen suscitando cuestionamientos sobre la organización centralizada, sobre el futuro de la familia en las sociedades contemporáneas, sobre sus responsabilidades y sus funciones sociales.

La inclusión de la familia como foco de atención de la salud es un avance en dirección al cambio del modelo de atención, sin embargo requiere que los profesionales la tomen de forma profundada y contextualizada. Hay que considerar, de partida, que la familia no es algo solo biológico, algo natural o dado, sino un producto de formas históricas de organización entre los humanos. Además de eso, existen múltiples abordajes sobre familia, que deben ser analizados por el equipo para que asuman referencias que dialoguen entre sí y se complementen, a fin de producir cuidados integrales⁽¹⁷⁾.

Los usuarios evidenciaron, en el DSC 3, sus *representaciones sobre los profesionales del equipo del PFS*:

El equipo de salud también es de nuestra familia porque ayuda en la hora del aprieto. La de enfermería da remedio, cuida en la hora del aprieto, te baña, te lleva al baño. Eso es muy importante. Sin embargo, tiene Dios, tiene la familia y tiene el médico. El médico es realmente algo creado por Dios,, cuando está en la mano del médico, usted realmente se entrega con bastante conciencia porque él estudió para aquello (DSC3).

Los usuarios tiene evaluaciones bastante positivas sobre el equipo de la salud, principalmente demuestran tener un vínculo afectivo, porque perciben que pueden contar con la ayuda de él. El equipo de enfermería es visto como el cuidador. El médico es visto como un ser creado por Dios, o sea, alguien que recibió un don para salvar vidas, y que posee conocimientos para resolver los problemas de salud.

Se resalta que esa representación del médico como elemento central en la resolución de los problemas de salud tiene como base el "modelo médico hegemónico"; lo que puede dificultar la aceptación del conocimiento popular, imprescindible para estimular el papel de las familias en el cuidado de la salud, mediante la adopción de prácticas que dispensen la medicalización.

El DSC 4 trata de la evaluación de las *prácticas desarrolladas por el equipo del PFS:*

Venimos aquí cuando tenemos problema de bronquitis, para hacer examen, medir la presión, hacer prevención. Aquí es para curar una gripe, un problema pequeño, porque cuando tiene un problema más grave, ellos te mandan para un hospital. El equipo que hace visitas en casa va más a la casa de las personas que están precisando, el equipo siempre va a visitar cuando es grave, en mi casa ellos nunca fueron. Quien hace las visitas son los médicos, las enfermeras y los agentes de la salud. Últimamente, el médico no ha visitado porque está con la agenda muy llena. Así mismo, algunas veces que ellos estuvieron allá en casa, fue muy bueno, para mí fue óptimo. El equipo también hace charlas, ella explicó, colocó una película. Me gustó porque ella explicó bastante. Otra actividad desarrollada fue la campaña que tuvo sobre la próstata, que me gustó mucho (DSC4).

En relación a las prácticas desarrolladas en la unidad, el DSC4 demuestra que son destinadas a la resolución de problemas clínicos de salud de baja densidad tecnológica. Se constató, por medio de la observación, que gran parte de la agenda de trabajo del equipo es ocupada para realizar consultas de Clínica Médica, Prenatal, Crecimiento y Desarrollo, organizadas con base en la demanda espontánea, sin embargo reservadas previamente. Las consultas son hechas rápidamente, con duración máxima de quince minutos, y centradas en las quejas, con poca oportunidad para el diálogo entre usuario y profesional. Además de eso, se identificó que existen los grupos de hipertensión y diabetes, en los cuales los usuarios tienen oportunidad de realizar procedimientos para controlar las enfermedades.

Las visitas domiciliarias realizadas principalmente para las personas que necesitan de

cuidados especiales fueron evaluadas positivamente. Se verificó, en la observación, que los ACS realizan visitas domiciliarias, identifican los problemas en las familias y los llevan para el equipo. La comunidad los recibe cordialmente y procura informarlos sobre los problemas existentes y también busca esclarecimientos sobre los cuidados con la salud.

Las charlas y campañas de prevención de enfermedades fueron también evaluadas satisfactoriamente por los usuarios. Las observaciones mostraron que las charlas – que tratan de nociones de higiene, alimentación saludable, cuidados con el ambiente y basura, planificación familiar y cuidados con el recién nacido – utilizan un lenguaje accesible, sin embargo hay poca participación y los recursos didácticos son precarios. En cuanto a la campaña para prevenir enfermedades, se observó que los usuarios manifestaron sentimientos positivos en relación a la actividad, ya que la percibieron como una oportunidad para realizar un importante control de salud.

Los datos anteriores demuestran que las acciones desarrolladas tienen por objetivo resolver los problemas de salud que requieren baja densidad tecnológica, ocupan la mayor parte de los profesionales, principalmente el médico, y existen actividades dirigidas para atender grupos y para asuntos de naturaleza educativa, lo que es de suma importancia para alcanzar la transformación en la AB. También se nota que es necesario invertir en la calidad de esas acciones para que los usuarios se sientan efectivamente participantes de la búsqueda de la mejoría de la calidad de su salud, a partir del análisis de sus reales necesidades y demandas.

En el DSC 5 los usuarios demostraron las *deficiencias de la organización del programa:*

Aquí, en el Programa Salud de la Familia, no podemos consultar en el mismo día, sin embargo somos atendidos después. Pero hay un problema, si estuviese muriendo y no tengo prevista la consulta, no soy atendido. La mayor deficiencia que tiene el Programa Salud de la Familia es la falta de medicamento. El gobierno generalmente da noticias diciendo que tiene medicamento y cuando usted llega a la unidad no consigue el medicamento, usted trata hasta el último instante y acaba teniendo que comprar en la farmacia. No sirve ser atendido si no hay el medicamento, el tratamiento queda por la mitad. Otro problema muy grande es cuando llega el día de recibir el resultado del examen. El resultado del examen de sangre no está listo porque la máquina se rompió, eso no puede suceder. Además de eso, el equipo de salud del Programa no da cuenta de todo, porque es poca gente para muchos usuarios y ellos no tienen los materiales para poder trabajar. Es necesario un hospital para la salud mejor (DSC5).

En relación a la organización del programa, se apuntó que existe dificultad de acceso a la atención, sobre todo debido a la necesidad de enfrentar la burocracia para conseguir ser atendido. Fue observado que, diariamente, cerca de diez pacientes dejan de ser atendidos. Varios usuarios tuvieron las consultas confirmadas para después de un mes, algunos se quejaban que estaban volviendo por tercera vez para tratar de obtener un cupo. En la visita domiciliar también se percibió un gran número de usuarios solicitando un cupo o reclamando de la demora en el atención en la unidad y de otros servicios de mayor complejidad.

Otro problema apuntado por el DSC5 es la falta de acceso a medicamentos. Eso indica que el programa de asistencia farmacéutica del Ministerio de la Salud, cuyo propósito es la promoción integral, no ha atendido satisfactoriamente las necesidades de la población.

Además de eso, el DSC5 muestra que los usuarios tienen dificultades para realizar los exámenes. En ese sentido, parece que la dificultad para resolver los problemas de salud que requieren una mayor densidad tecnológica ha llevado a los usuarios a pensar que necesitan de un hospital en la región. Esa creencia dificulta la valorización del PSF y, consecuentemente, de las acciones de prevención y promoción de la salud. Y, por último, afirmaron tener dificultad de acceso a los profesionales, debido a la gran demanda de personas a ser atendidas.

Se verifica, principalmente, que el acceso a los diversos servicios (consultas y exámenes) y medicamentos está perjudicado. Es evidente también la necesidad del PFS enviar refuerzos para alcanzar la atención integral, que consiste en la coordinación durable de las prácticas de salud ofrecidos a los elementos de la familia (lo que no fue observado en la unidad), objetivando asegurar la continuidad y la globalidad de los servicios requeridos y de diferentes profesionales y organizaciones, articuladas en el tiempo y en el espacio. Además de eso, la atención integral significa, necesariamente, la integración de servicios por medio de redes asistenciales, considerándose la interdependencia de los actores y organizaciones, ya que ninguna de ellas dispone de la totalidad de los recursos necesarios para solucionar los problemas de los usuarios, en sus diversos ciclos de vida⁽¹⁸⁾.

El DCS 6 trata de la *relación entre profesionales y usuarios*:

En el PSF yo fui bien recibido, muy bien atendido, todos me tratan bien. Ese equipo es muy bueno en la cuestión de la recepción, atención, cariño y atención que tiene con las personas.

El médico es excelente, me gusta mucho. Yo no tengo que reclamar y agradezco mucho la atención (DSC6).

Los usuarios evidenciaron que los profesionales del equipo atienden bien y son cariñosos. Eso demuestra que fue asimilada la humanización del cuidado como elemento esencial del trabajo. Este concepto trae en su núcleo la idea de dignidad y respeto a la vida humana, enfatizando la dimensión ética en la relación entre pacientes y profesionales de salud⁽¹⁹⁾.

En el DSC7, los usuarios expresan su *percepción sobre el programa* por medio de la comparación entre asistencia prestada por el PFS y por el Puesto de Salud:

Yo encontré que en el Programa Salud de la Familia, somos mejor atendidos que en el puesto de salud, es mejor. En el puesto ellos nos tratan como si no fuésemos nadie. Las médicas, hay unas que consultan e ni miran para nuestro rostro, no verifican la presión, no colocan aparatos, solo escriben y nos despiden. Vea solo, yo pienso que aquello es una falta de respeto (DSC7).

Los usuarios muestran que los profesionales del equipo del PFS realizan las acciones de forma humanizada y cuidadosa, lo que hace que se sientan tratados con dignidad y respeto. Los datos mostrados sugieren que el PFS tiene potencial para garantizar la humanización de la atención por medio del vínculo establecido entre los profesionales y los usuarios. La conquista de este derecho es resultado del proceso de construcción de la democracia y ciudadanía, garantizada en la Constitución de 1988, la que establece que los servicios de salud preserven la autonomía de las personas y ofrezcan garantía de acceso a la información sobre su salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados del estudio demuestran que, en el concepto de los usuarios, predomina la representación de la salud como la ausencia de enfermedad, fundamentada en el modelo biomédico de atención a la salud. Eso pone en evidencia la necesidad de que el PFS trabaje más enfáticamente el concepto ampliando de salud, el cual considera la comprensión de las necesidades humanas fundamentales, biológicas, psicológicas y sociales, con foco en la promoción de la salud.

En relación a las prácticas de salud desarrolladas, se verificó que ellas se concentran en la resolución de problemas clínicos que requieren baja densidad tecnológica. Las acciones de prevención y

promoción de la salud, que incluyen visitas domiciliarias, charlas educativas y las campañas de prevención de enfermedad, fueron evaluadas positivamente por los usuarios. Se considera que son herramientas importantes, sin embargo requieren estrategias más creativas para comprometerlos con la transformación de la calidad de la salud.

El grado de satisfacción de los usuarios, relacionado a la dimensión organizacional del servicio, es bastante reducido, sobre todo debido a la dificultad de acceso a los diversos servicios, medicamentos y profesionales, esenciales para solucionar los problemas de la salud. La atención proporcionada es percibida como humanizada, atenta y respetuosa, lo que demuestra la posibilidad de construir vínculos

entre profesionales y usuarios, los cuales son fundamentales para el cuidado de las familias.

En suma, se verifica que el programa ha permitido algunos avances en la atención a la salud de la familia, sin embargo es necesario redirigir las acciones a ser desarrolladas para alcanzar la transformación del modelo asistencial, con la efectiva participación de los usuarios para garantizar sus necesidades. En esa perspectiva, se debe buscar la construcción de la participación que emancipa, en el proceso de administración del programa, como base indispensable para la calidad de la acción política y técnica y una identidad cultural comunitaria, proponiéndose una abertura de horizontes para conquistar el derecho a la garantía de un modo de vida saludable.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
2. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade da atenção primária à saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005 dezembro; 5(Supl 1):536-69.
3. Giovanela L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica?: integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde Debate 2003 setembro-dezembro; 65(27):278-89.
4. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Fam 2004 julho-setembro; 4(3):317-21.
5. André-Pierre C. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciênc Saúde Coletiva 2006 julho; 11(3):705-11.
6. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCS, et al. A satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família. Scientia Medica 2005 outubro-dezembro; 15(4):227-34.
7. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. Interface Comum Saúde Educ 2007; 11(23):515-29.
8. Trade LAB, Bastos ACS. O impacto do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública 1998 abril-junho; 14(2): 429-35.
9. Trade LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(3):581-9.
10. Yépez-Traverso M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. Cad Saúde Pública 2004 janeiro; 20(1):80-8.
11. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4(2):305-14.
12. Vaitsman J, Andrade GRVB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005 julho; 10(3):599-613.
13. Esperidião MA, Trade LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-metodológicas. Cad Saúde Pública 2006 junho; 22(6):1267-76.
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul (RS): EDUCS; 2003.
15. Almeida N Filho. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. Rev Bras Epidemiol [periódico online] 2000 abr-dez [acesso em 2007 junho 20]; 3(1-3): [17 telas]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v3n1-3/O2.pdf>
16. Japur M, Borges CC. Promover e recuperar a saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários do Programa Saúde da Família. Interface Comum Saúde Educ [periódico online] 2005 set-dez [acesso em 2007 março 7]; 9(18): [13 telas]. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a04v9n18.pdf>.
17. Ribeiro EM. As várias abordagens de família do Programa Saúde da Família (PSF). Rev Latino-am Enfermagem 2004 julho-agosto; 12(4):658-64.
18. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saúde Pública 2004 março; 20(2):5331-6.
19. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005 julho-setembro; 10(3):585-97.