



ARTIGO ORIGINAL

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO
FAMILY HEALTH STRATEGY FROM A USER PERSPECTIVE
LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Elaine Cristina Dias Franco¹

RESUMO: Objetivo: apreender a percepção dos usuários em relação à Estratégia de Saúde da Família. **Método:** pesquisa qualitativa, modalidade de estudo de caso, realizada no ano de 2005 em um município de Minas Gerais. Coleta de dados deu-se por meio de entrevistas semiestruturadas com quatro famílias. Análise feita a partir da análise de conteúdo. **Resultados:** usuários percebem o serviço de saúde como acolhedor, humanizado e com criação de vínculo. Encontram-se descontentes com criação de fluxo para o atendimento na unidade de saúde de família e para o acesso a outras instâncias assistenciais do Sistema Único de Saúde. Predominância do modelo de atenção à doença, reconhecimento da importância das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. **Conclusões:** percebem-se desafios para consolidar a atenção primária à saúde como ordenadora do sistema e da comunicação com a sociedade, apesar de o usuário reconhecer o serviço como acolhedor, humano e vinculado à comunidade. **Descritores:** Sistema único de saúde; Atenção primária à saúde; Programa saúde da família.

ABSTRACT: Objective: to gain insight into users' perception in relation to the Family Health Strategy. **Method:** qualitative study, case study model, carried out in 2005, in a district of Minas Gerais. Data collected in semi-structured interviews with four families. Data analysis done by content analysis. **Results:** users see the health service as welcoming and humanized, and feel connected to it. They are dissatisfied with the creation of a healthcare services flow for receiving care from the family health unit, and gaining access to other levels of assistance within the Unified Health System. Predominance of disease-centered healthcare model though users recognition of importance of actions for health promotion and disease prevention. **Conclusion:** there are perceivable challenges in consolidating primary health care attention as a regulator of the system, and of communication with society, even with users acknowledging the service as welcoming, humanized and connected to the community. **Descriptors:** Unified health system; Primary health care; Family health program.

RESUMEN: Objetivo: aprender la percepción de los usuarios relativa a la Estrategia de Salud Familiar. **Método:** estudio cualitativo, modalidad estudio de caso, conducido en 2005, en un municipio de Minas Gerais. Los datos se recogieron en entrevistas semiestruturadas con cuatro familias. Análisis de los datos por medio de análisis de contenido. **Resultados:** los usuarios perciben el servicio de atención sanitaria como acogedor, humanizado, y se sienten vinculados. Están descontentos con la creación de flujos de atención para asistencia por la unidad de salud familiar y para el acceso a otras instancias asistenciales del Sistema Único de Salud. Predominancia del modelo de atención centrado en la enfermedad, aunque el usuario reconocimiento de importancia de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. **Conclusión:** se percibe los desafíos para consolidar la atención primaria como reguladora del sistema, y de la comunicación con la sociedad, aunque el usuario reconozca al servicio como acogedor, humanizado y vinculado a la comunidad. **Descriptor:** Sistema único de salud; Atención primaria de Salud; Programa de salud familiar.

¹ Enfermeira. Mestre em Promoção de Saúde. Docente da Universidade Federal de São João Del rei (UFSJ). E-mail: elainefranco@ufsj.edu.br

INTRODUÇÃO

A história das políticas de saúde do Brasil é marcada por transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira.¹ Todas essas influências culminaram na oferta de uma assistência à saúde fragmentada, centralizada na doença, individual e especializada, em que o lucro ocupa lugar de destaque em detrimento da saúde pública, gerando uma precarização dos serviços de saúde oferecidos à comunidade.²

Assim, diante desse contexto de crise, emergem discussões que reforçam a necessidade de reformas nas políticas de saúde do país. Surgem então movimentos sociais como a reforma sanitária que teve início na década de 1970 e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 que foram resgatados em 1988 pela Constituição federal, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado.^{1,3}

Nesta perspectiva, a Constituição federal, aprovada em 1988, permitiu a regulamentação do SUS por meio das Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90.⁴ Contudo, para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, surgiu a necessidade de operacionalizar um novo modelo de atenção à saúde, no qual o foco se cumpre na vigilância da saúde.

Para atender a essa perspectiva surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), com início em 1994, inspirado em experiências de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, que, ao longo de suas trajetórias assistenciais, conseguiram melhorias na qualidade dos serviços de assistência pública, com investimentos na promoção da saúde.²

O PSF, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), desponta como uma forma de reorganizar a Atenção Primária a Saúde (APS). Tal estratégia tem como premissa possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados por meio do diagnóstico local de saúde. Neste cenário, a assistência prestada pelos profissionais da saúde que compõem a equipe ocorre na unidade de saúde, em espaços comunitários ou nos domicílios, o que permite a criação de vínculos de corresponsabilidade e facilita a identificação dos problemas de saúde da comunidade e seu atendimento.^{2,5,6}

Na abordagem em saúde da família propõe-se uma nova forma de cuidar, em que a família e o seu espaço social se tornam o centro da atenção. E, assim, os profissionais de saúde passam a perceber o indivíduo nos seus diversos ciclos de vida, inserido no contexto das relações familiares e das relações com a comunidade.⁷⁻⁸

Neste cenário, configura-se como principal desafio da ESF promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua por intermédio de equipes multiprofissionais, estrategicamente implantadas em áreas de maior vulnerabilidade dos municípios.^{9,10}

Torna-se então, inerente ao processo, importante conhecer a visão que o usuário tem do serviço prestado pela equipe de PSF, pois, deste modo, a equipe terá consciência das expectativas dos usuários, além de perceber se as ações desenvolvidas estão sendo eficazes para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

E, partindo-se desta contextualização, torna-se evidente a necessidade de estudos que contemplem a Estratégia de Saúde da Família, sua dinâmica de funcionamento, suas implicações para os sujeitos trabalhadores e usuários envolvidos, bem como a visão que eles têm de todo esse processo de mudança.

Assim, o presente artigo é fruto de inquietações provenientes de todo esse contexto de estruturação dos serviços, que foi o fio condutor para o estudo desenvolvido durante a realização do mestrado em Promoção de Saúde oferecido pela Universidade de Franca (Unifran-SP). O referido estudo teve como um dos seus eixos de pesquisa apreender a percepção dos usuários em relação à Estratégia de Saúde da Família advindo da pergunta norteadora: "Como a população tem percebido essa nova estratégia de atendimento adotada pela Estratégia de Saúde da Família?"

MÉTODO

O presente estudo inscreve-se na linha de pesquisa descritiva de caráter qualitativo, a qual se aprofunda por meio da exploração de uma realidade que não pode ser captada por dados quantitativos.¹¹ Diante da natureza do objeto optou-se por desenvolver um estudo de caso, uma vez que visa compreender o evento em estudo e, ao mesmo tempo, desenvolver teorias mais genéricas a respeito dos aspectos característicos do fenômeno observado.¹²

O estudo foi desenvolvido no município de Quartel Geral, Minas Gerais, que conta atualmente com 3.303 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ano-base 2010.¹³

A escolha do cenário justifica-se por ser um município em que a assistência à saúde da comunidade se configura totalmente por meio da ESF, o que possibilita à população uma visão mais direcionada do período pré e pós-implantação da estratégia.

A equipe local é composta por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, duas auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. A equipe é responsável pelo acompanhamento de 967 famílias, o que corresponde a 100% das famílias que pertencem ao município de Quartel Geral. A área de abrangência da equipe é dividida em seis microáreas, sendo que para cada microárea há um agente comunitário de saúde responsável pelo cadastro e acompanhamento das famílias.

Compôs a amostra inicial deste estudo uma família de cada microárea pertencente à área de abrangência da equipe de saúde da família envolvida na pesquisa. Como critério de inclusão das famílias no sorteio foi estabelecida a frequência de atendimento da família na unidade, que deveria ser de, no mínimo, uma consulta por membro da família por ano.

Após a realização do sorteio foi estabelecido um cronograma das entrevistas a fim de facilitar a coleta dos dados. Das seis famílias inicialmente sorteadas somente quatro fizeram parte da amostra final, visto que, no decorrer das visitas domiciliares para a realização das entrevistas, foram encontradas as seguintes situações: uma família havia mudado de município no dia anterior à entrevista; e uma família recusou-se a participar da pesquisa, alegando não usar nada que era oferecido a ela pelo prefeito em exercício no momento da pesquisa. Assim, a amostra final foi composta de quatro famílias, perfazendo um total de sete sujeitos entrevistados.

Uma vez definido que o parâmetro para o fechamento do número de entrevistas seria o critério da saturação¹⁴⁻¹⁵, ou seja, no momento em que os relatos se tornassem semelhantes, seria finalizada a fase de coleta, optou-se por dar continuidade à pesquisa e, se necessário, seria estabelecido novo sorteio a fim de expandir a amostra de envolvidos.

Para facilitar a dinâmica das entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado no qual estava prevista a seguinte questão norteadora: "Como você vê o Programa de Saúde da Família? Fale-me sobre isso". As entrevistas ocorreram no período de 24 de janeiro a 17 de fevereiro de 2005, sempre após as 16 h e no próprio domicílio do usuário, a fim de minimizar as perdas por indisponibilidade de deslocamento e horário. Elas tiveram uma duração média de trinta minutos.

Para facilitar a transcrição das falas, as entrevistas foram gravadas e cada família foi codificada com a letra F, seguida do número de sequência da entrevista. Na análise dos dados, foi utilizada a proposta de fases para a análise de conteúdo construída por Minayo, que é composta dos seguintes passos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.¹¹

Fizeram parte desta etapa as seguintes atividades: transcrição das fitas, seguida de leituras repetidas e exaustivas do material, a fim de classificá-lo a partir das estruturas de relevância; e, por último, a proposição de inferências e realização de interpretações



previstas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura dos dados coletados, ultrapassando a simples descrição dos dados e buscando, desta forma, estabelecer relações que possibilitassem novas explicações e interpretações.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, Parecer nº 008/04. Foram atendidos os princípios éticos da Resolução 196/96¹⁶, sendo que todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a classificação dos dados, dois eixos temáticos para a indexação dos conteúdos emergiram neste estudo: acesso ao serviço de saúde local - expressão de satisfação e descontentamento e relação equipe de saúde e usuário - importância de estabelecer vínculo.

Acesso ao serviço de saúde local - expressão de satisfação e descontentamento

Nos relatos, a seguir, é possível perceber a relação positiva estabelecida entre a facilidade de acesso à ESF por causa da proximidade da moradia e disponibilidade de profissionais.

Ficou mais fácil consultar, agora tem médico e enfermeiro o tempo todo no posto. (F₁)

Eu moro perto do posto, aí fica mais fácil procurar atendimento quando acontece algum problema. (F₃)

Esse aspecto foi também constatado no estudo feito numa unidade de saúde da família na Bahia, no qual os usuários fazem uma relação entre local de moradia, disponibilidade de profissionais e serviços, aumento do acesso aos serviços quando comparados ao modelo antigo de atendimento.¹⁷

A APS vista como primeiro nível de atenção à saúde e, conseqüentemente, articulada com outros níveis pressupõe uma rede integrada de serviços de saúde que prevê atendimentos direcionados às necessidades e aos problemas de saúde das pessoas, com integração e coordenação com outros tipos de atenção que deverão ser fornecidos em algum ponto do sistema de saúde.¹⁸⁻¹⁹

Desse modo, o acesso está relacionado à possibilidade de os indivíduos utilizarem os serviços quando se fizer necessário, o que remete à sua forma de organização no que se refere às características da oferta que podem dificultar ou facilitar o uso dos serviços de saúde pelas pessoas quando deles precisarem.

No entanto, a garantia de continuidade dos atendimentos em outros níveis da rede assistencial do SUS tem sido um entrave na dinâmica de funcionamento da ESF, como é possível perceber nos relatos dos usuários quando estes afirmam que não conseguem continuar seus tratamentos:

As consultas em outras cidades estão ficando sem marcar. A gente consulta com o médico do PSF, ele pede para ir a outro médico e ninguém marca a consulta. (F₃)

[...] precisa melhorar o convênio com outras cidades porque está difícil conseguir consultas especializadas. (F₄)

A APS é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o lócus da responsabilidade continuada pelos usuários e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas no contexto histórico e o meio social do paciente. No entanto, a atenção primária é apenas um componente, embora seja o componente fundamental dos sistemas de saúde. Assim, o cumprimento do princípio da continuidade da atenção, que viabiliza a função organizativa da atenção primária à saúde, surge como um dos principais problemas na implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).²⁰

Ao deparar-se com a função da atenção primária e sua inter-relação com outros níveis de assistência, percebe-se a necessidade de uma rede de sistemas integrados de serviços de saúde, que possibilitaria a APS desempenhar seu papel organizador relacionado com sua natureza de centro de comunicação que organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde, que pode ser chamado de Sistema de Referência e Contrarreferência.^{2,20}

A APS tem como um de seus principais atributos o primeiro contato que está relacionado à acessibilidade à unidade, que pode ser verificada dentre vários aspectos por meio do horário de funcionamento, programação das atividades, facilidade de transporte coletivo e possibilidade de marcação de consultas e tempo de espera para elas.²⁰

Em seus relatos, os usuários conseguiram estabelecer uma relação para além da proximidade de moradia, permitindo um reconhecimento da unidade de saúde como sendo seu serviço de referência para outros encaminhamentos dentro da rede SUS. Eles se remetem, nas entrelinhas de seus discursos, à condição de porta de entrada da ESF para os outros locais de atendimento e à necessidade "imposta" de passar por ela para ter esse acesso garantido.

Antes de ter o PSF, era difícil conseguir consultar, porque não tinha médico todo dia e, se precisasse ir para um especialista, ficava mais difícil ainda, porque não tinha encaminhamento. (F₄)

Agora é assim, tem que passar pelo atendimento do médico ou da enfermeira pra conseguir fazer mamografia, ir ao ginecologista; até consulta com pediatra tem que passar primeiro no PSF. (F₃)

A afirmação indica o reconhecimento do usuário quanto à determinação de mecanismos de fluxo para garantia do acesso ao serviço de saúde. Esses achados expressam a dimensão organizacional e cognitiva da satisfação difundida em estudos que avaliam esta vertente.^{17,21}

No decorrer dos relatos são apontados pelos usuários, como aspectos positivos, a realização de visita domiciliar como garantia de acesso ao atendimento em situações em que a remoção esteja comprometida e ainda o agendamento prévio de consultas/atividades.

Ah! O PSF trouxe pra gente um novo posto de saúde; agora nós pode ter certeza que tem médico e enfermeiro pra atender e, se precisar, o médico vai até nas casas fazer consulta. (F₃)

Para os usuários, o tempo de espera pela consulta também está adequado quando comparado às consultas realizadas antes da ESF, como pode ser observado a seguir:

[...] antes tinha que dormir na porta do posto de saúde para garantir uma vaga de consulta; agora tem a agente de saúde que vem até a minha casa e, se preciso, ela marca a consulta, às vezes até para o dia mesmo dia. (F₃)



Agora é assim: todo mês a minha filha recebe um cartão pedindo para levar a minha neta para pesar e medir, antes não tinha nada disso. (F₄)

Vale ressaltar que parte dos entrevistados refere que utilizam os serviços de saúde oferecidos pela ESF por não ter outra opção, por não ter condição de pagar um convênio médico:

[...] pra gente que é pobre o serviço melhorou bastante, porque quem tem dinheiro vai é no consultório particular. (F₄)

Ah! Se eu tivesse dinheiro, eu pagaria uma Unimed para garantir a consulta quando eu preciso. (F₃)

Ainda é comum encontrar usuários que caracterizam os serviços oferecidos no âmbito do SUS como um pacote de alternativas para os pobres. Para os usuários entrevistados, a relação entre público e privado deixa evidente a presença de duas situações dicotômicas; de um lado, o sistema público para pobres e excluídos; e, de outro; o sistema privado para aqueles que possuem potencial financeiro para financiar sua assistência à saúde.²²

As falas dos entrevistados remetem-se à presença de dimensões organizacionais, cognitivas e socioeconômicas dos usuários, que também aparecem em estudos que trabalham com a satisfação de usuários.^{17,21} Essas dimensões foram reproduzidas nos componentes que se referem ao acesso aos serviços, identificado pela proximidade, unidade e moradia, facilidade no agendamento de consultas e outros serviços, tempo de espera adequado; em contraposição, foram apontadas as contradições existentes entre sistema público e privado.

Outro ponto evidente nas falas dos entrevistados é a manutenção de uma busca pela assistência centrada na doença. Para os usuários, as atividades centradas em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças são importantes, mas eles ainda não conseguem colocá-las como essenciais para a ida até a unidade. Nos relatos fica evidente que o critério para buscar a unidade é a presença de doença, a necessidade de um procedimento curativo ou mesmo a busca por medicamentos.

Ah! Eu vou ao posto quando estou com alguma dor ou quando preciso renovar a receita dos remédios para a pressão que tomo todo dia. Eu não gosto daquelas reuniões. (F₁)

No início, eu frequentava as reuniões para hipertenso, mais agora já sei tudo que preciso fazer pra controlar a pressão e por isso não vou mais [...] Mas eu acho importante esses grupos, eu só não tenho tempo de ir lá. (F₃)

A população normalmente não participa de atividades cujo foco seja a promoção da saúde, apesar de reconhecer que elas sejam importantes, uma vez que ainda percebe o serviço de saúde oferecido pela ESF como uma assistência curativa, o que pode ser observado também em estudo realizado em São Carlos.²³

É evidente que as ações de educação em saúde são de extrema importância para a ESF, uma vez que levam em consideração o saber do usuário, o contexto no qual ele está inserido e a sua cultura, a partir de um vínculo pré-estabelecido.²⁴ Mas, ao mesmo tempo, torná-las exequíveis é um desafio para a equipe de saúde da família, uma vez que se remete à necessidade de mudança de valores associados ao processo saúde-doença.

A relação equipe de saúde e usuário - importância de estabelecer vínculo

O atendimento baseado na escuta do usuário e o desempenho profissional adequado propiciam o vínculo entre usuário e o serviço de saúde. Esse vínculo permite que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, facilitando-lhes o acesso. Ficou evidenciada, nas falas dos entrevistados, uma preocupação com a humanização do atendimento a partir de uma organização que leve em conta a escuta de suas necessidades como usuário:

O que dá para perceber é que esse programa de saúde da família trouxe os profissionais pra perto da gente. (F₁)

Ah! Eu nem imaginava que um dia o médico e a enfermeira iam vir na minha casa. (F₃)

Tem sempre alguém do posto aqui em casa, principalmente a agente de saúde, que disse que precisa me acompanhar de perto, porque minha pressão e diabetes ficam sempre descontrolados. (F₄)

A interação entre usuário e a equipe pode ter consequências decisivas na resolução dos problemas de saúde dos primeiros. O vínculo entre esses atores permite classificar o contato como bons encontros que os usuários esperam ter nas unidades de saúde e em momentos de insatisfação em que situações de conflitos são vivenciadas entre usuários e trabalhadores da saúde.²³⁻¹⁸

O estabelecimento do vínculo com as famílias é uma das diretrizes da estratégia de saúde da família. A equipe é o ponto de referência para essa população e a porta de entrada do sistema de saúde. Sendo assim, é importante que se estabeleça um grau de confiança entre as equipes e as famílias na busca da cumplicidade e na promoção de melhores condições de vida da comunidade.²⁵ Desta forma, os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.²⁰

Ao deparar-se com os relatos das famílias que mencionaram a relação equipe de saúde e usuário, percebe-se que a longitudinalidade e a focalização na família estiveram presentes em vários momentos dos relatos, sendo que a primeira está associada a diversos benefícios, incluindo menor utilização de serviços, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, melhor reconhecimento dos problemas dos pacientes, menos hospitalizações e custo mais baixo.²⁰

Para mim melhorou 100% porque eu não consigo sair de casa sem ajuda de outra pessoa e agora eu sou atendida em casa pela equipe do PSF. (F₂)

No início eu achei que não ia dar certo porque eu achava que a agente de saúde não ia marcar a minha consulta. (F₃)

Percebe-se presente, neste momento, a dimensão relacional da satisfação do usuário descrita em estudos que avaliaram a satisfação dos sujeitos.^{17,21}

Entretanto, ocorreram expressões de insatisfação com a organização dos serviços e as possibilidades de continuidade do atendimento, mesmo em face de ser possível perceber melhorias no serviço.



Eu sei que tem que colocar ordem no serviço, mas as funcionárias poderiam explicar melhor como funciona, e aí fica mais fácil entender. (F₂)

As meninas lá do PSF são muito boazinhas, tratam a gente com muita educação e, quando a gente precisa de consultar, elas sempre dão um jeito, mas, se precisar encaminhar para a secretaria, aí pode esquecer, ninguém daquele lugar marca nada. (F₃)

Acolher não se limita a uma recepção cordial, mas extrapola esse conceito, incluindo a escuta ativa do usuário. Aspectos como vínculo, resolutividade e desempenho profissional estão relacionados com o acolhimento. Também o atendimento humanizado do paciente proporciona segurança a este e fortifica a relação profissional-usuário, contribuindo, inclusive, para a melhora da saúde daquele que busca a assistência.

Entende-se que, a partir do momento em que a continuidade do cuidado é rompida, há a predominância e o fortalecimento do modelo centrado na doença, o qual se edifica por meio da consulta baseada na queixa principal e na solução para sinais e sintomas apresentados pelo usuário, em detrimento de uma atenção que busque a integralidade.^{1,23,25}

Mesmo sendo apresentados esses aspectos de inferência, a insatisfação na interação equipe-usuário fica evidente nos relatos em que a equipe procura dar atenção aos problemas dos usuários, gerando encontros acolhedores quando estes procuram o serviço. Essas observações também foram identificadas em outros estudos em que os sujeitos envolvidos expressaram satisfação em relação à dimensão relacional com destaque para a escuta, compreensão, acolhida, gentileza da parte dos profissionais de saúde.^{17, 19,21}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos que permitem a análise da percepção dos usuários em relação aos serviços de saúde oferecidos por meio da ESF são essenciais, uma vez que permitem identificar as potencialidades e fragilidades da APS, que ocupa um lugar de destaque nas políticas de saúde no Brasil.

Constitui, assim, uma oportunidade de verificar-se, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também de melhor adequação do serviço às expectativas da sua comunidade-alvo.

Neste estudo a percepção dos usuários em relação à ESF revela que a unidade de saúde oferece um serviço humanizado, acolhedor e com criação de vínculo, apesar de ficarem em alguns momentos descontentes com a necessidade de passar pelo atendimento na APS para ter acesso a outros níveis de assistência. Nesse sentido, os resultados deste estudo assemelham-se aos de outros estudos que evidenciam a importância de espaços humanizados de atendimento, que valorizem o usuário e conheçam suas expectativas, histórias e limites.

Em contrapartida, é evidente a necessidade de um planejamento do fluxo dos atendimentos dentro da rede SUS, uma vez que os usuários destacam que a continuidade de seus tratamentos/acompanhamentos torna-se difícil a partir do momento em que há a necessidade de sair do ambiente da ESF. Em face disto, é necessária uma articulação dos serviços assistenciais oferecidos na rede SUS de forma que o princípio da integralidade seja garantido a esses usuários e que a oferta seja de fato universal.

Outro ponto de destaque nos resultados refere-se às ações centradas na cura, medicalização e atendimento individual, ocupando lugar de destaque nas atividades da equipe em detrimento das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, uma vez



que os usuários revelam que buscam a unidade apenas em momentos de adoecimento, para a realização de procedimentos curativos e para ter acesso a medicamentos.

Enfim, a adoção da ESF como estruturante do modelo de atenção à saúde, vem configurando-se como uma realidade que, além de concreta, à medida que gera produtos positivos, é também potencializadora dos processos de desenvolvimento do SUS e seus princípios, como a integralidade, a universalidade e a equidade. Trata-se, portanto, de uma situação ímpar, que faz surgir novos desafios diante do processo de trabalho, da elaboração de políticas públicas e do desenvolvimento do controle social por parte da população.

REFERÊNCIAS

1. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Rev enferm UFSM*. 2011;1(1):31-40.
2. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
3. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília; 1988.
4. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev latinoam enferm*. 2005;13(6):1027-34.
6. Araújo MD, Rocha PM. Saúde da família: mudando práticas?: estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciênc saúde colet*. 2009;14 Supl1:1439-52.
7. Ronzani TM, Ribeiro MS. Práticas e crenças do médico de família. *Rev bras educ méd*. 2004;28(3):190-7.
8. Ronzani TM, Silva CM. O programa saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc saúde colet*. 2008;13(1):23-34.
9. Silva JM da Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. saúde públ*. 2010;26(6):1187-93.
10. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc saúde colet*. 2010;15 Supl1:1533-41.
11. Minayo MC(org), Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011. 107 p.
12. Flick U. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005. 312 p.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Resultados preliminares do universo do censo demográfico 2010. [acesso em 2011 out 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. A amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad saúde públ*. 2008;24:17-27.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad saúde públ*. 2011;27(2):389-93.



16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília(DF); 1997.
17. Trad L, Bastos ACS, Santana ED, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc saúde colet*. 2002;7(3):581-9.
18. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev latinoam enferm*. 2010;18(3):149-56.
19. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc saúde colet*. 2006;11(3):683-703.
20. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
21. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc saúde colet*. 2005;10 Supl1:303-12.
22. Aciolli GG. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec; 2006.
23. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Rev eletrônica enferm [internet]*. 2009;11(4):820-9. [acesso em 2011 set 10]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm>.
24. Brondani DA Jr, Heck RM, Ceolin T, Viegas CRS. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev enferm UFSM*. 2011;1(1):41-50.
25. Fonseca TMM. Estudo etnográfico sobre o significado da estratégia saúde da família, atribuído por famílias do município de Vitória-ES. Belo Horizonte (MG): [s.n.], 2003. 185 f. Dissertação [Mestrado] - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2003.

Data de recebimento: 24/10/2011

Data de aceite: 27/02/2012

Contato com autor responsável: Elaine Cristina Dias Franco

Endereço postal: Rua Sebastião Coelho, 400 sala 304.1 bloco D Chanadour, Divinópolis/MG.

CEP: 35501-293

E-mail: elainefranco@ufsj.edu.br