



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

A **Deus** por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar o caminho nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A meu querido esposo, **Ricardo Lacet**, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pode ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

A minha família em especial as minhas queridas e amadas filhas **Nayran e Glenda** pelo amor incondicional e pela compreensão nos momentos que estive ausente. Meu mais grato amor.

À minha orientadora, Professora Doutora **Ernestina Batoca Silva** que se empenhou com esmero em solucionar todos os obstáculos surgidos e pelas horas de aprendizado, motivação e atenção. Mostrou-me que rigor e carinho podem ter uma coexistência na prática. Por quem admiração e estima me seguirão pela vida.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor **Amauri Alúcio Silva** pelo incentivo e inspiração no caminho da pesquisa científica.

Aos amigos e companheiros pela força, pelas palavras de incentivo e por me proporcionarem momentos de alegria, incentivando assim o meu sucesso.

Resumo

A Estratégia Saúde da Família apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de intersetorialidade, descentralização, equidade, coresponsabilidade e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecerem ou morrerem. Assim, este estudo objetivou caracterizar a percepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) sobre o Programa Saúde da Família (PSF). Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido na USF Barra de Sirinhaém, do Estado de Pernambuco. Para tanto, contou-se com a participação de 54 usuárias do sexo feminino. Estas responderam a um formulário sócio-demográfico e um roteiro de entrevista semi-diretiva. Os discursos foram submetidos a análise de conteúdo à luz da literatura pertinente. Os principais resultados mostraram que a percepção das usuárias acerca do Programa de Saúde Familiar é de que este ainda funciona com abordagem curativa, mas que possuem maior acessibilidade e construíram um vínculo mais efetivo com os profissionais de saúde. Diante do exposto infere-se que a estratégia de saúde da família ainda não se concretiza pela dificuldade das pessoas entenderem a filosofia do programa, ainda polarizarem uma visão hospitalocêntrica da saúde e revelaram um certo alheamento da compreensão do significado do PSF.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Percepção; Assistência à Saúde.

Abstract

The Family Health Strategy is presented as a possibility to restructure primary health care, from a set of joint actions in line with the principles of intersectionality, decentralization, equity, shared responsibility and prioritization of population groups at greater risk of disease or die. This study aimed to characterize the perception of users of a family health unit (BFHU) on the Family Health Program (PSF). This is a qualitative study developed at USF Sirinhaém Bar, State of Pernambuco. Therefore, it counted with the participation of 54 female users. These responded to a socio-demographic form and with semi-directive interviews. The speeches were subjected to content analysis in the light of the relevant literature. The main results showed that the perception of users about the Family Health Program is that it still works with curative approach, but have greater accessibility and made an effective bond with the health professionals. Given the above it can inferred that the health family strategy still not realized, because the difficulty of people to understand the program philosophy, still polarize one hospital-centered view of health and revealed a certain unknowing of understanding the meaning of the family health program.

Keywords: Family Health Strategy, Perception, Health Care.

Lista de siglas

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIS- Ações Integradas de Saúde

CCS- Conselho Comunitário de Saúde

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CONSMP- Conselho Nacional de Saúde do Ministério Público

ESF- Equipe de Saúde da Família

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST's- Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS- Ministério da Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNI- Plano Nacional de Imunização

PSF- Programa de Saúde da Família

SAI-SUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SES- Secretária Estadual de Saúde

SI- Sala de Imunização

SMS- Secretária Municipal de Saúde

STRO- Serviço de Terapêutica de Reidratação Oral

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

SVN- Sistema de Vigilância Nutricional

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

USF- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Agradecimentos	3
Resumo	5
Abstract	7
Lista de siglas	9
Lista de Tabelas	13
Introdução	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1. Da reforma sanitária ao programa saúde da família	21
2. Estrutura do programa de saúde da família: aspectos básicos e tipos de atendimento	25
3. Qualidade do programa de saúde da família: acesso e acolhimento	29
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	35
4. Metodologia	37
4.1. Métodos.....	37
4.2. Participantes.....	38
4.3. Instrumento de colheita de dados	38
4.4. Procedimentos de Coleta de Dados.....	39
4.5. Análise de Dados.....	39
5. Resultados e discussão	41
5.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa	41
5.2 Percepções acerca do PSF	43
6. Conclusões	51
Referências bibliográficas	53
ANEXOS	57
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	59
ANEXO II – Autorização para realização da colheita de dados	63

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos usuários segundo a idade	42
Tabela 2 – Distribuição dos usuários segundo estado civil	42
Tabela 3 – Distribuição dos usuários segundo escolaridade	43
Tabela 4 – Distribuição dos usuários segundo a renda	43
Tabela 5 – Categorias e sub-categorias de análise	44

Introdução

Um desafio importante que se coloca atualmente para a saúde pública consiste em propor programas de intervenção culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações. Quando se trata de populações que vivem em condições de pobreza e desigualdade social o sistema de saúde pública assume uma maior responsabilidade (Trad, & Bastos, 1998). Nesse contexto, historicamente, o sistema de saúde brasileiro transitou do sanitarismo campanhista para o modelo médico assistencial privatista, até chegar, nos anos 80, ao projeto neoliberal.

O sanitarismo campanhista, de inspiração americana, mas importado de Cuba, era um modelo de inspiração militarista de combate às doenças de massa, com estruturas centralizadas e arbitrarias que não consideravam a população enquanto atores sociais e sim como passivos receptores, com forte concentração de decisões e com um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social (Mendes, 2010).

Surge neste momento o processo de Implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), como tática para superar a crise desse setor, baseada nos princípios da integração vertical das ações, da intersectorialidade, da universalidade de cobertura, da descentralização e da participação popular. A saúde é então, entendida como responsabilidade pública, a ser trabalhada na ética preventivo-reabilitadora e inserida na ordem do direito e não do favor (Cohn, & Elias, 2005).

As Ações Integradas de Saúde devem então forçar para uma ação integrada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social para criação de uma política de custo prazo no Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, o qual criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (Mendes, 2006).

Como continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual foi seguido pelo movimento denominado Reforma Sanitária, amplamente debatido por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram na redação do Artigo 196 da Constituição de 1988 – a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente ligada a superação dessa problemática (Brasil, 1996a). O SUS, neste sentido, começou a ser implementado à medida que as ações de saúde organizadas pelos gestores passaram a ser prestadas à população, privilegiando inclusive as ações de prevenção de doenças.

Não obstante, a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, expressa as conquistas contidas na Constituição de 1988, mantendo e aprofundando as suas ambiguidades,

mas, também, servindo de apoio jurídico-legal para a continuidade da luta política na arena sanitária. É então a partir dos anos 90 que a saúde pública brasileira enfrenta o desafio, de se ver inserida em propostas de programas de intervenção.

O Ministério da Saúde (MS) cria em 1994, o Programa de Saúde na Família (PSF) com finalidade de reestruturar a atenção primária, a partir de um conjunto de ações em território definido. Um dos objetivos do PSF é, portanto, o de tornar a família em seu novo ambiente, o objeto da atenção. Nesse contexto, o PSF apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de intersetorialidade, descentralização, equidade, corresponsabilidade e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, além de resolutividade em até 80% da demanda (Brasil, 1996b).

Embora rotulado como um programa, o PSF, pelas suas especialidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde; pelo contrário, caracteriza-se como uma Estratégia que possibilita a integração e organização de atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados, sendo assim considerado como estratégia de ações horizontais (Brasil, 1997).

O PSF é a porta de entrada ao sistema de saúde em todas as localidades onde estiver implantado. Cada família receberá atenção integral da equipe, independente do estado de saúde. Tal programa concebido como estratégia para a organização da atenção básica no SUS, tendo como princípios gerais a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, o enfoque na prevenção, o enfoque na família, população adstrita, participação comunitária e controle social pode ter seu gerenciamento local entendido como orientado por essa técnica sanitária (Sala, Simões, Luppi & Mazziere, 2004).

Para o PSF a família aparece como unidade de ação programática e não apenas o indivíduo. Deste modo, a família deve ser tomada como unidade de análise, pois é o objeto privilegiado de intervenção. Considera que os indivíduos são definidos com base na sua relação na família, como resultado de um sistema de integração interdependente. A família é também encarada como um sujeito, que é distinta dos indivíduos que a compõem, considerando a família como um contexto que pode constituir-se como elemento protetor ou fragilizador dos seus (Sala, Simões, Luppi & Mazziere, 2004).

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial do PSF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os participantes das

equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Portanto, o PSF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores (Magalhães, 2011).

Importante também é saber como a população adscrita às equipes de PSF avalia o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento.

Revedo a literatura especializada sobre a questão da avaliação em saúde, constata-se que, a maior parte dos estudos disponíveis aborda a avaliação do cuidado individual, de serviços e programas. As relações entre profissionais-usuários e o aspecto técnico referentes ao cuidado ganham destaque quando o enfoque está direcionado ao indivíduo. Porém, quando a ideia é avaliar o sistema de saúde, a centralidade está nas questões de acessibilidade, cobertura e equidade (Silva, & Formigli, 1994).

Nesse contexto, um dos aspectos motivadores deste estudo foi a vivência no PSF, o que nos possibilitou observar que a estratégia em seus aspectos teórico-práticos ainda não se concretiza. Isto se deve a múltiplos aspectos, dentre os quais se destaca a própria dificuldade das pessoas entenderem a filosofia e a proposta do programa, ainda polarizando uma visão hospitalocêntrica da saúde.

Considera-se de extrema relevância o estudo desta temática, pois, como se sabe, são as pessoas e famílias os atores principais no processo de atenção à saúde. Então, a sua participação e antes as suas percepções em relação a tal programa, influem diretamente sobre a eficiência e eficácia do mesmo, pelo que os dados merecerão a reflexão da equipa.

A presente dissertação tem como objetivos:

- Caracterizar a percepção dos usuários da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) da Barra de Sirinhaém, do Estado de Pernambuco sobre o Programa Saúde da Família (PSF).
- Analisar a visão que os usuários têm sobre a estratégia do PSF.
- Refletir sobre a percepção dos usuários e se a mesma corresponde às propostas pensadas para o PSF como um instrumento de real modificação da atenção à saúde.

Temos como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada propondo algumas medidas que possam ser quali-quantificadas e replicadas.

Nesse sentido, foram realizadas entrevistas com os usuários da UBSF da Barra de Sirinhaém, do Estado de Pernambuco. A busca por informação qualitativa permitiu-

nos maior aprofundamento na subjetividade dos atores envolvidos, por meio da relação entre serviço, profissional e família. Para tanto, fez-se as necessárias análises qualitativas sobre os relatos dos usuários acerca das práticas de saúde e dos processos de trabalho cotidianos na UBSF.

O trabalho está estruturado em duas partes, integrando estas, no total, cinco capítulos: enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão dos resultados e conclusões. O enquadramento teórico tem início com uma abordagem relativa à reforma sanitária do programa de saúde da família, salientando que o PSF é um novo modelo de assistência à saúde que foge da visão biologista do processo saúde/doença. A saúde é vista enquanto totalidade e qualidade de vida. De seguida, é apresentada a estrutura do PSF como uma proposta que retoma as bases da assistência à saúde voltada para ações de promoção à saúde dos indivíduos. Também abordamos a qualidade do programa de saúde da família através da análise de alguns estudos, cujos focos de atenção vão para o acesso e acolhimento como indicadores da qualidade dos serviços de saúde.

O segundo capítulo aborda a metodologia, que se inicia com a conceptualização do estudo e apresentação da questão de investigação e objectivos. Segue-se a caracterização da população e participantes e a apresentação do instrumento de colheita de dados. São descritos os procedimentos da colheita de dados e aspetos éticos, terminando com as medidas utilizadas na análise dos dados.

No capítulo seguinte, apresentam-se os resultados obtidos e é efectuada a discussão dos resultados, à luz da bibliografia disponível e da coerência entre si. Termina-se com as conclusões, onde para além de destacados os resultados mais significativos, se inferem as implicações para a prática no sentido de se equacionarem algumas propostas que contribuam para melhorar o PSF.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Da reforma sanitária ao programa saúde da família

As discussões sobre as políticas de saúde é algo antigo, em que dimensões distintas e até mesmo similares fazem parte dos debates em função do contexto sócio histórico vivenciado. No Brasil, durante as décadas 70 e 80 do século XX estas discussões voltaram-se para questões como extensão de cobertura dos serviços, reconhecimento dos direitos à saúde e responsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos. Em 1988, a Constituição Federal estabeleceu as bases técnicas e jurídicas sobre as quais se implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo princípio fundamental é a atenção à saúde enquanto direito da cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema (Reis, & Hortale, 2004).

Neste contexto são implantados o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), em 1991, e Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. A proposta “Saúde da Família”, estratégia político-governamental para a mudança do modelo de atenção à saúde no contexto do SUS, aponta para modificações importantes, o que desencadeia diferentes interpretações e posicionamentos de autores a respeito das dimensões e alcance do PSF. Uns argumentam favoravelmente quanto à operacionalização da atenção primária em saúde a partir do PSF, enquanto outros mostram o risco de, mesmo com o PSF, ocorrer a permanência do modelo tradicional de atenção à saúde (Reis, & Hortale, 2004).

Em virtude de vários fatores socioeconômicos e desse modelo assistencial que ainda é hegemônico no país, nunca, em nossa sociedade, a família foi tão pressionada e sofreu tantas ameaças. Percebe-se, sobretudo nas camadas de mais baixa renda e menor poder aquisitivo, as menores oportunidades e menos informações, levando a família a debater-se com maiores dificuldades em obter atendimento às suas necessidades.

Até que a proposta do Sistema Único de Saúde, formalizada na Lei Orgânica da Saúde – Leis 8.080/90 e 8.142/90, tenta reverter essa situação. Entretanto, a proposta não consegue ser viabilizada pelo Estado, pois parte dos recursos do SUS são destinados ao pagamento da rede hospitalar privada, como contrapartida de serviços prestados à coletividade. No entanto a Lei Orgânica de Saúde de 1990, norteou os seus princípios da universalidade, integralidade. Vale ressaltar aqui que a participação da comunidade na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços e ações de saúde a cargo do SUS é um dos pilares da organização do Sistema, ficando na Constituição (Garuzi et al 2014).

É dentro deste contexto que se sistematiza os princípios norteadores do Programa de Saúde da Família (PSF), um novo modelo de assistência à saúde que foge da visão biologistica do processo saúde/doença. A saúde é vista enquanto totalidade e qualidade de vida. O homem é percebido não de forma fragmentária e isolada, mas levando-se em consideração o processo de interação social que constitui a vida social e, ao objetivar sua subjetividade, se faz sujeito no processo sócio histórico. A família passa a ser sujeito e objeto de atuação e é entendida a partir do meio em que vive, no seu espaço/domicílio (Paim, & Almeida Filho (2010).

Desse modo, o PSF trabalha a partir do espaço da própria comunidade, sem perder de vista a dimensão política que ela representa e busca resgatar as demais dimensões sociais dos sujeitos nos seus múltiplos engajamentos institucionais: escola, clubes, associações, igreja etc. e que são determinantes para definir-se o que se entende como qualidade de vida, sinónimo do que o programa conceitua como sendo saúde (Paim, & Almeida Filho (2010).

Conforme o Documento Preliminar de março de 1996 do Departamento de Assistência e Promoção à Saúde do Ministério da Saúde, a proposta do modelo de atenção voltado para a família pressupõe: o reconhecimento de saúde como direito de cidadania e expressão de qualidade de vida, a eleição da família e do seu espaço social como núcleo básico, a prestação de atenção integral, o estímulo à organização a comunidade e o estabelecimento de parcerias para ações conjuntas (Mendes, 2006).

Face à crescente mercantilização dos serviços de saúde, e às ações desenvolvidas adotando critérios de seletividade que se baseiam na lógica do mercado, a ESF parece surgir como uma estratégia alternativa adotada no campo da saúde pública, que sem submeter-se aos fins clientelísticos e eleitoreiros e a outras práticas que descaracterizam o direito do cidadão, vai permitir uma participação e organização popular mais compatível com uma gestão pública democrática (Mendes, 2006).

O Programa de Saúde da Família, ao trabalhar questões específicas relativas à saúde, tem em mãos a matéria-prima para, em diversos grupos (hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, autoajuda entre outros), refletir junto à população questões mais amplas como o papel da administração pública, formação e funcionamento dos conselhos municipais, orçamento (Paim & Silva, 2010).

O modelo garante maior vínculo e humanização da atenção básica mesmo em cidades grandes, onde a relação dos hospitais com os pacientes é fria e nem sempre resolve os problemas de quem os procura. A diversidade é a maior riqueza. Em algumas localidades existem propostas como o uso de terapias não-convencionais – plantas medicinais, homeopatia etc.; em outras, organizam-se grupos de caminhada e

apresentações teatrais, por exemplo, sempre buscando-se ações integrais e melhores soluções para a assistência. Nos Programas da Saúde na Família, o acompanhamento ao núcleo familiar é dado pelas informações e trabalho educativo e preventivo feito de forma coletiva através das reuniões e debates, ou de maneira individualizada através das entrevistas e visitas domiciliares (Programa Saúde da Família, 2000).

Pela identificação da Saúde da Família com os usuários e suas famílias, pelo compromisso com a comunidade, pelo estímulo a participação constante e pelo entendimento acerca de que a saúde é um direito e a cidadania deve ser uma conquista em exercício constante, é que o PSF parece ser uma alternativa para a saúde coletiva. Ressalta-se, no entanto, que este Programa é um processo em construção e, como tal, sujeito a erros e equívocos (Paim & Silva, 2010).

A esse respeito, Mendes (2006) sugere que a própria construção do SUS constitui-se num processo social de mudanças nas práticas sanitárias, referenciado na concepção ampliada no processo de saúde/enfermidade e no paradigma assistencial da promoção da saúde. Paim & Silva (2010) adverte que poderá ser mantido o modelo médico assistencial-privatista no âmbito do SUS, na medida em que se institucionalizarem políticas e práticas sociais reprodutoras de interesses econômicos e políticos de grupos profissionais, empresas, corporações e elites políticas, distanciados dos interesses e necessidades da maioria da população.

Assim, no PSF o acompanhamento ao núcleo familiar é dado pelas informações e trabalho educativo e preventivo feito de forma coletiva através das reuniões e debates, ou de maneira individualizada através das entrevistas e visitas domiciliares. É essa revalorização dada à família e a comunidade que concentra a possibilidade de sucesso deste modelo de atendimento à família.

2. Estrutura do programa de saúde da família: aspectos básicos e tipos de atendimento

A estrutura do PSF é uma proposta que retoma as bases da assistência à saúde voltada para ações de promoção à saúde dos indivíduos de forma integral e contínua. Em sua filosofia visa atuar em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2011).

Quanto aos seus objetivos, o PSF visa, de forma geral, contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população. Propõe-se, especificamente: 1) prestar na unidade de saúde e no domicílio assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade as necessidades de saúde da população adstrita; 2) intervir sobre os fatores de risco os quais a população está exposta; 3) eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; 4) humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; 5) proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; e 6) estimular a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (Brasil, 2011).

Visando lograr tais objetivos tem como metas principais reestruturar administrativamente as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para que se adequem às novas exigências e proposições; reorganizar a rede de serviços em função das necessidades do novo modelo assistencial, levando em consideração o esquema de distritalização; estabelecer formalmente o fluxo que oriente o funcionamento do sistema de referência e contra referência de forma articulada; reorganizar a assistência farmacêutica nas Unidades de Saúde incluindo Centros e Unidades do PSF, através de convênios com laboratórios públicos, produtores de medicamentos essenciais; garantir que existam em cada uma das unidades de saúde e centros, Salas de Imunização (SI), onde a população terá acesso permanente a todas as vacinas que constam no Plano Nacional de Imunização (PNI) num trabalho de fortalecimento das atividades de vacinação de rotina para menores de um ano (Brasil, 2011).

Para isto, o PSF tem como propósitos implantar o Sistema de Vigilância Nutricional (SVN), o Serviço de Terapêutica de Reidratação Oral (STRO) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PASM). Finalmente, quem sabe

uma de suas metas mais simples ao mesmo tempo mais complexas, será a capacitação dos profissionais da rede básica com o objetivo de descentralizar as atividades de vigilância epidemiológica, através de treinamentos, proporcionando mais qualidade nas ações assistenciais (Brasil, 2011).

Cada família receberá atenção integral da equipe, independente do estado de saúde. Isto será proporcionado pela equipe constituinte da composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde podem ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com a demanda e características da organização dos serviços de saúde locais (Brasil, 2011).

Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adstrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade os agentes comunitários de saúde devem, igualmente, residir em suas respectivas áreas de atuação. A equipe deve atuar de forma global, porém cada membro do PSF possui suas atribuições específicas:

Cabe ao Médico: atender todos os integrantes de cada família, independente do sexo e idade, além de desenvolver com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população;

Cabe ao Enfermeiro: supervisionar o trabalho dos ACS e do auxiliar de enfermagem, realizar consultas na unidade de saúde, bem como assistir às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio.

Cabe ao Auxiliar de Enfermagem: realizar procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executar ações de orientação sanitária.

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde: fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês, realizar mapeamento de cada área, cadastrar das famílias e estimular a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Cabe ao Cirurgião Dentista: coordenar ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal, além de realizar o levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adstrita.

Cabe ao Atendente de Consultório Dentário: preparar e organizar o instrumental e material, proceder também a desinfecção e esterilização dos mesmos; agendar o paciente e orientá-lo quanto ao retorno, além de acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de PSF no tocante à saúde bucal.

Mendes (2006) refere que as atividades nas unidades de PSF deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do

acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. A assistência poderá ser em dois âmbitos principais: na comunidade e na UBSF. As equipes de saúde devem trabalhar de forma integrada com a comunidade. Assim, será possível aumentar a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa e contribuir para o controle social das ações e serviços de saúde

Na comunidade, as equipes fazem o cadastramento das famílias e o levantamento das condições de saúde da comunidade onde atuam. Assim, será possível organizar e planejar as ações de assistência à saúde, além de atualizar as informações sobre o município. As equipes de saúde farão visitas domiciliares, programadas ou solicitadas, para acompanhar a situação de saúde da família. Essas visitas são essenciais para interagir as equipes com as famílias e garantir permanente proteção à saúde. Ademais, para humanizar o tratamento, sempre que houver condições, as pessoas que apresentarem doenças crônicas, de baixo risco ou estiverem em fase de recuperação, poderão ser internados na sua própria casa. Essa decisão é tomada pela equipe da ESF em conjunto com a família (Paim & Silva, 2010).

Em relação às atividades desenvolvidas pela equipe de PSF, estas poderão solicitar exames auxiliares de atendimento primário, contudo os serviços de laboratório e radiologia e outros, em nível municipal e estadual, serão definidos pelos respectivos gestores. As equipes serão responsáveis também pelo encaminhamento dos pacientes para consultas com especialistas nos ambulatórios da rede do SUS. Todos os casos que necessitem de internação serão encaminhados aos hospitais previamente determinados. As equipes deverão acompanhar a evolução dos pacientes internados (Brasil, 2011).

As informações geradas a partir do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde do PSF serão registradas da seguinte forma:

a) Cadastro Familiar – todos os domicílios pertencentes a área de abrangência do PSF serão cadastrados.

b) Cartão de Identificação – cada um dos membros das famílias cadastradas receberá um cartão de identificação, contendo um código numérico, cujo prefixo é o cadastro familiar.

c) Prontuário Familiar – cada família terá um prontuário, com fichas individuais para os seus membros.

d) Registro de Atendimento – as consultas, encaminhamentos, exames de diagnóstico, internações e emergências, além dos procedimentos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde deverão ser registrados obrigatoriamente.

e) Análise e Consolidação dos Dados – os dados registrados pelas equipes de saúde serão consolidados e analisados mensalmente e os resultados repassados à comunidade.

f) Indicadores e Metas – as metas do PSF serão estabelecidas com base em indicadores nacionais, aos quais poderão ser acrescentados outros, se a equipe local considerar necessário.

Ainda, para melhor compreensão do funcionamento do PSF, torna-se necessário dizer que quanto à formação da equipe, o processo de recrutamento e seleção dos candidatos ao PSF é coordenado pelos secretários municipais de saúde com assessoria dos níveis estadual e federal. A contratação dos agentes comunitários de saúde, para o programa obedece às normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Fundação Nacional de Saúde/MS. As equipes do PSF deverão ser treinados para prestar atenção integral à saúde do indivíduo e da família, no contexto da comunidade (Vasconcelos, 2006).

Quanto à forma de acompanhamento da equipe, está previsto ser duas maneiras: Supervisão e Avaliação. A supervisão das equipes será feita periodicamente por um grupo multiprofissional, com formação nas áreas básicas de saúde, que também realizará treinamento teórico e prático, além de assessoria de consultas. Ademais, a equipe de supervisão avaliará o trabalho das equipes de saúde com base em três princípios: 1) As mudanças nas condições de saúde da população e na qualidade de vida, verificados após o início do trabalho; 2) o nível de satisfação da população em relação ao serviço prestado, que deve ser avaliado periodicamente; e 3) o desempenho das equipes de saúde, avaliado através de supervisões realizadas no seu próprio local de trabalho (Brasil, 2011).

É de relevância destacarmos que apesar de ser esta uma política estratégica global, o PSF é um programa que leva em consideração as especificidades de cada família assistida, bem como o seu lócus de atuação, com suas crenças, seus costumes e sua cultura. Para que essa estratégia seja efetivamente consolidada é necessário um diagnóstico feito através das famílias da área descrita para uma intervenção direta nos fatores de risco.

Deste modo, é que compreendemos ser de inigualável importância a percepção dos usuários do Saúde da Família sobre tal estratégia, pois sua filosofia só poderá ser posta em prática se os atores envolvidos forem sensibilizados e envolvidos por esse processo contínuo de mudanças baseado em uma aprendizagem significativa.

3. Qualidade do programa de saúde da família: acesso e acolhimento

A qualidade representa um desafio para a maioria dos profissionais de saúde. A qualidade em saúde tem muitas facetas e autores diferentes podem utilizar significados distintos para esse termo. Concordamos com Serapioni & Silva (2011) ao afirmar que o conceito de qualidade não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente. A complexidade da qualidade depende de vários fatores: a) em primeiro lugar, é preciso assinalar a complexidade da mesma concepção de saúde que, após as críticas ao processo de medicalização da vida, considera a pessoa na sua unidade e integridade biopsíquica, incluso os componentes espirituais, relacionais e sociais; b) essa complexidade é reforçada pela variedade de atores que agem nos sistemas de saúde; c) a pluralidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade depende, também, do caráter intrinsecamente multidimensional do conceito de qualidade; d) é preciso também focar as peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços que incluem um amplo componente de trabalho imaterial com acentuada personalização e relacionalidade; e) finalmente, a concepção de qualidade é condicionada por fatores de contexto históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

Todos esses fatores enriqueceram o conceito de qualidade da atenção à saúde, mas, ao mesmo tempo, o tornam de difícil definição. De fato, existem diferentes abordagens da qualidade, ou seja, quanto à estrutura, enquanto processo e também quanto aos resultados, que permitem examinar atentamente os recursos disponíveis, os processos organizacionais, as atividades realizadas e os níveis de satisfação dos usuários.

Por outro lado, avaliar a qualidade de implementação dos cuidados de saúde também não é tarefa fácil e a OMS lançou em 1989, um programa de promoção da avaliação da qualidade da atenção primária, com o objetivo de sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde e desenvolver métodos e competências apropriadas da atenção primária (WHO, 1989 citado por Serapioni & Silva, 2011).

Nesse sentido, diversos pesquisadores têm-se preocupado em avaliar a qualidade da atenção primária e em especial o PSF com a finalidade de sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde e, desenvolver métodos e competências apropriadas.

O estudo de Serapioni & Silva (2011) que compara as dimensões e indicadores da qualidade apontados por usuários, profissionais, gerentes e gestores, com o objetivo de identificar as áreas de consenso e as distâncias entre as três perspectivas

de análise, conclui que a qualidade não pode ser reduzida às dimensões privilegiadas somente pelos profissionais, nem às dimensões enfatizadas pelos gestores ou gerentes e, tampouco, às dimensões percebidas pelos pacientes, sendo importante analisar a relação entre profissionais e pacientes e perceber que nem sempre são coincidentes. Neste estudo, 85% avaliaram positivamente a atenção recebida e 95% expressaram uma plena satisfação pela relação estabelecida com enfermeiros e médicos; somente 15% dos entrevistados manifestaram algumas críticas sobre o atendimento. Ao contrário, os profissionais, mas também os gestores e gerentes conseguiram levantar alguns aspectos críticos inerentes à estrutura, à organização e aos processos de trabalho do PSF que poderiam ser trabalhados para melhorar a qualidade das práticas assistenciais. Por outra parte, o estudo tem evidenciado também algumas dimensões da qualidade enfatizadas pelos pacientes, mas subestimadas pelos profissionais e gestores. Referimo-nos aos itens disponibilidade de medicamentos nas unidades do PSF e à possibilidade de ser examinados pela equipe do PSF.

Neste estudo, houve também posições diferentes entre profissionais, usuários, gerentes e gestores. O espaço físico, o equipamento e o ambiente de trabalho onde se realizam as atividades do PSF, são considerados de fundamental importância para os profissionais. Gerentes e gestores identificaram esse item somente como terceira prioridade. No que diz respeito à estrutura do serviço, os pacientes manifestaram-se somente sobre a disponibilidade de medicamentos. É interessante notar que o principal elemento da qualidade apontado para gestores e gerentes é o compromisso e motivação, que representam elementos essenciais da qualidade.

Souza, Vilar, Rocha, Uchoa, & Rocha (2008) realizaram um estudo em que avaliaram as potencialidades e desafios da integralidade do cuidado na Atenção Básica, a partir da percepção de usuários e profissionais de saúde, tendo como referência o processo de trabalho desenvolvido em unidades de saúde de capitais do Nordeste brasileiro. Utilizaram a técnica de grupo focal com análise temática e nos resultados, identificaram a ampliação do acesso, com desproporções entre oferta potencial, atendimento à demanda e dificuldades de referência. Concluíram que apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, evidenciou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Isso gera descontinuidade na atenção e no acesso a encaminhamentos, tanto nas unidades de saúde da família como nas unidades básicas de saúde. Desse modo, só é possível compreender as diferenças nos modos de operar entre os diferentes tipos de serviços básicos de saúde a partir da forma de inserção desses no sistema de saúde, em especial, da articulação da atenção básica com as demais

redes assistenciais. Apesar de a sistematização dos resultados ter priorizado o tipo de serviço, ficaram evidentes características singulares dos sistemas municipais de saúde, relativas à organização do processo de trabalho, oferta e cobertura de serviços de atenção básica, à retaguarda especializada e à regulação dos fluxos assistenciais que repercutem diretamente no modo de operar e cada unidade de saúde. Por fim, evidenciam os autores que o acesso e acolhimento constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde.

Um outro estudo interessante foi elaborado por Ribeiro, Siqueira, & Pinto (2010) por meio de questionários aplicados aos responsáveis pelas crianças no momento do acesso aos serviços nos módulos de saúde da família ou em visitas domiciliares, com o objetivo de avaliar o desempenho de módulos de saúde da família pelos usuários diretos desses serviços. Em termos de conclusão, neste estudo, verificaram que as condições de acesso dos usuários foi considerada positiva, tendo a grande maioria chegado a pé e gasto menos de dez minutos no deslocamento, sugerindo a proximidade dos serviços aos locais de moradia. A grande maioria frequentou as consultas do médico pelo menos uma vez, embora em grande parte sem agendamento prévio da consulta. No entanto, cerca de um terço dos informantes relatou a ausência de visita domiciliar no último ano. Isto pode ser devido à facilidade de acesso aos módulos de saúde da família ou à fragilidade relativa nestes procedimentos, especialmente em áreas urbanas. Um ponto crítico apontado em avaliações destes programas é o acesso aos exames e isto foi corroborado neste estudo. A grande maioria dos entrevistados disse que os exames solicitados não foram realizados. Outro ponto crítico apontado é o acesso aos medicamentos. Neste caso, mais da metade dos usuários não recebe medicamentos gratuitamente de modo regular e constante, embora neste grupo a maioria os receba de modo eventual, sendo a distribuição mais eficiente em áreas urbanas. Uma medida importante do acesso aos serviços está nas condições agudas. Neste estudo, as restrições de acesso foram significativamente maiores nas áreas rurais. Cerca da metade dos informantes trataram inicialmente em casa condições de risco clínico como febres e diarreias. Com relação aos vínculos com os profissionais, a grande maioria conhece o nome do médico que realizou a última consulta, os motivos da consulta e as suas implicações. A maior parte das consultas ocorreu por queixas ou sinais clínicos e não pelo cumprimento de protocolos de prevenção. A satisfação manifestada pelos usuários quanto aos médicos, aos agentes de saúde, aos profissionais de enfermagem e ao conjunto dos serviços foi elevada. Observaram que entre a clientela não visitada por agentes de saúde no último ano, houve menor acesso à distribuição de medicamentos

e menor lembrança do nome do médico consultante. Isto sugere que a visita domiciliar representa facilitador do acesso aos serviços e de adesão ao PSF. Os pontos críticos observados (baixa cobertura de visitas domiciliares, dificuldades na realização de exames e no fornecimento regular de medicamentos e o tratamento frequente de condições agudas no domicílio) sugerem que o programa, apesar de bem avaliado para o atendimento rotineiro de primeira linha, enfrenta importantes dificuldades em promover o acesso da clientela a serviços correlatos, mesmo os de baixa complexidade. Este estudo não avaliou as dimensões de custo e de custo-efetividade do programa e os autores sugerem que isto deve ser levado em conta em avaliações futuras. Sugerem que em futuros estudos deve ser considerada a dimensão do custo de oportunidade, pois os aspectos relacionados com o financiamento têm impacto nos serviços e na qualidade da atenção prestada aos usuários.

Também Henrique & Calvo (2008) avaliaram os municípios de Santa Catarina quanto à implantação do Programa Saúde da Família. Foram consideradas três categorias (satisfatória, intermediária e insatisfatória) e dois períodos de análise (2001 e 2004). Os indicadores utilizados foram de cobertura, de início de mudança no modelo assistência e de impacto da implantação do PSF.

Quanto à cobertura, percebeu-se que as mudanças operadas entre 2001 e 2004 são estatisticamente significativas e representam uma ampliação em 26,4% no número de municípios com alta cobertura populacional potencial para o PSF. Esta ampliação significativa na cobertura pode ser explicada, entre outros motivos, pelo incentivo financeiro oferecido aos municípios pela equipe de PSF implantada. Em relação ao início de mudança no modelo assistencial, constatou-se um grande número de municípios com fraco início de mudança no modelo assistencial (81,6%) para o ano de 2001, que se mantém no ano de 2004. Isso demonstra que esses municípios catarinenses pesquisados dispunham de um modelo assistencial que não contemplava adequadamente os aspectos analisados, quais sejam, consulta domiciliar do médico, consulta de enfermagem, encaminhamento para especialistas e para exames laboratoriais. No indicador impacto, verificou-se aumento (7,2%) no número de municípios com baixo número de internações preveníveis pela atenção primária. A mudança, contudo, não se mostrou estatisticamente significativa, podendo representar um resultado parcial de mudanças que necessitam de um período maior de tempo para serem observadas. A avaliação da classificação final dos municípios pesquisados identificou mudança estatisticamente significativa no que diz respeito ao aumento do percentual de municípios que obtiveram melhor classificação para o PSF em 2004. No entanto, comparando a classificação final com o resultado dos indicadores analisados, verifica-se que esta mudança se deve fundamentalmente ao aumento da cobertura

populacional potencial, uma vez que o indicador indício de mudança no modelo assistencial não mostrou alteração, e o indicador impacto mostrou uma alteração não significativa. Estes dados fazem supor que o PSF, nos municípios estudados de Santa Catarina, apresentou significativa ampliação da sua cobertura populacional potencial, mas carecia de qualificação para mudança do modelo assistencial e para obter resultados expressivos. Esta constatação é coerente com o pequeno número de profissionais adequadamente preparados para o trabalho em equipa e para abordagem integral em saúde.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

4. Metodologia

Neste capítulo enquadra-se a descrição dos métodos, seguem as questões de investigação e objectivos formulados. Posteriormente foram definidos os critérios para a selecção dos participantes, apresentados alguns dados da sua caracterização sociodemográfica e seguidamente foi apresentado o instrumento utilizado na colheita de dados. Por último, descrevem-se os procedimentos adoptados na recolha de dados, indicando e justificando as técnicas e métodos estatísticos adoptados.

4.1. Métodos

As UBSF constituem a reestruturação do antigo Posto de Saúde ou Centro de Saúde. No modelo tradicional, estes Postos ou Centros de Saúde trabalhavam sem o compromisso com a comunidade e muitas vezes se limitavam em vacinar as crianças, atender consultas ambulatoriais e até encaminhar pacientes a hospitais. Não havia resolutividade. Hoje, as USF trabalham em uma nova lógica, com maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população e com uma população adstrita que é um número determinado de famílias para cada USF (Neves et al, 2004).

O alcance da qualidade almejada para a USF requer a consideração aos diversos sentidos atribuídos às suas práticas pelos diferentes atores nelas envolvidas, em especial as famílias atendidas. O conhecimento das percepções individuais e comunitárias torna-se uma ferramenta de extrema importância para a aproximação e adequação de estratégias que visam a garantia da oferta satisfatória de serviços e produtos para os sujeitos e comunidade.

Assim, na saúde pública torna-se importante a interpretação adequada das ações em saúde por parte das famílias atendidas no PSF pois, são os usuários que colaboram diretamente para melhorar a eficácia das atividades desenvolvidas, seja na promoção e educação em saúde ou na prevenção de doenças e agravos.

Neste sentido surgiu o nosso interesse por este estudo, que se orientou no sentido de dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Qual a percepção dos usuários da UBSF de Barra de Sirinhaém, do Estado de Pernambuco, sobre o Programa de Saúde da Família?

Definimos como objetivos:

- Caracterizar a percepção dos usuários da UBSF de Barra de Sirinhaém, do Estado de Pernambuco sobre PSF.
- Analisar a visão que os usuários têm sobre a estratégia do PSF.

- Refletir sobre a percepção dos usuários e se a mesma corresponde às propostas pensadas para o PSF como um instrumento de real modificação da atenção à saúde.

Atendendo à natureza dos objetivos optamos por um estudo qualitativo, descritivo-analítico que de acordo com Fortin (2009) visa compreender de forma ampla o fenômeno em estudo a partir da exploração de aspectos significativos para os respondentes.

2.2. Participantes

A população alvo do estudo compreende as 1.500 famílias a que a Unidade Básica de Saúde da Família do Município de Sirinhaém atende e encontram-se distribuídas nas zonas urbana e rural.

O Município de Sirinhaém, situado a 78 km da Região Metropolitana do Recife, possui uma população de 43.036 habitantes. Possui 09 (nove) UBSF com 90% de cobertura. A unidade de saúde da família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde.

Numa investigação qualitativa o tipo de amostra é não probabilística e foi definida a partir do conhecimento do número total da população descrita. Inquirimos 54 usuários do serviço de saúde do PSF da Barra de Sirinhaém, do Estado de Pernambuco, que se mostraram disponíveis para participar no estudo. Como se trata de um estudo qualitativo no qual o requisito amostral não é preponderante para a validação dos dados que se busca obter, estabelecemos como critério seletivo a saturação dos discursos e argumentos. De fato, numa pesquisa desta natureza o que é realmente importante não é a quantidade de sujeitos participantes, mas a relação dinâmica que eles mantêm com o mundo real e os significados que atribuem ao fenômeno em estudo.

2.3. Instrumento de colheita de dados

O instrumento utilizado para levar a cabo este estudo foi um formulário composto por 7 questões objetivas para caracterizar o perfil sócio demográfico dos participantes e um guião de entrevista composta por 4 questões abertas para permitir analisar e refletir sobre a percepção dos usuários sobre a estratégia do PSF (Anexo 1). Optamos pela entrevista pois permite aos inquiridos expressar espontaneamente o seu ponto de vista e poder sobressair uma ideia mais precisa e espontânea da sua percepção sobre o serviço de saúde do PSF.

2.4. Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, para obter autorização e confirmação da possibilidade de realização deste estudo junto aos usuários da UBSF, a pesquisadora apresentou um ofício a solicitar autorização para a referida pesquisa à Secretária de Saúde do Município de Sirinhaém, sendo emitida uma carta de anuência (Anexo 2). Também foi mantido contato inicial com a coordenação do Programa de Saúde da Família e as enfermeiras da unidade onde foi realizada a coleta de dados.

Após autorização foi dado início à coleta de dados propriamente dita, esta ocorreu no mês de janeiro do ano de 2016, nos turnos matutino ou vespertino, de acordo com a disponibilidade dos participantes. A cada usuário foi dada informação sobre o caráter científico da pesquisa, assegurado o anonimato e a confidencialidade, assim como a liberdade de desistência em qualquer etapa da pesquisa. Para assegurar a autonomia dos participantes no estudo foram prestadas informações através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora na UBSF da Barra de Sirinhaém, estado de Pernambuco, sempre agendadas previamente com os usuários. Primeiramente foi aplicado o questionário sócio-demográfico e por último foram colocadas as questões abertas, incluídas no guião de entrevista. Dadas as dificuldades em utilizar o gravador e de acordo com as preferências das inquiridas, procedemos ao registo das respostas no guião de entrevista. No término de cada entrevista foram feitos os devidos agradecimentos.

2.5. Análise de Dados

A análise qualitativa necessita de criatividade, sensibilidade e muito trabalho. Não é linear, sendo mais complexa e difícil do que a análise quantitativa. Para análise dos dados, primeiramente, os registos das entrevistas foram transcritos para documento word na íntegra e, em seguida, procedeu-se à interpretação das percepções dos sujeitos. Ademais, efetuou-se uma análise com base na literatura pertinente bem como no contexto sociocultural das participantes, enfocando através da técnica de análise de conteúdo as expressões mais significativas dos sujeitos (Fortin, 2009).

Para a análise e interpretação dos dados gostaríamos de referir que foram utilizados alguns símbolos, nomeadamente:

- Citações em itálico referem-se aos discursos dos participantes;

- Reticências entre parêntesis quando se retira um excerto da transcrição original, por não se considerar relevante para a análise ou porque poderia por em risco o anonimato do participante.

5. Resultados e discussão

Neste capítulo, procedemos à análise e apresentação dos resultados obtidos através da aplicação do formulário. Na primeira parte é feita a caracterização dos participantes e na segunda procuramos dar resposta à nossa questão de investigação formulada.

5.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Participaram no estudo 54 usuárias do serviço de saúde do PSF da Barra de Sirinhaém, sendo todas do sexo feminino, ou seja, houve uma predominância na procura pelos serviços de saúde por parte de mulheres, o que não foge à realidade do tipo de demanda da maioria dos serviços de saúde na região Nordeste e até no âmbito nacional.

Este fato tem uma relação com a dinâmica da maioria das famílias, principalmente em áreas carentes, como é o caso do universo da pesquisa, no qual o homem tem uma maior participação no trabalho extradomiciliar, ficando a mulher com os afazeres domésticos e o cuidado dos filhos, cabendo a estas a responsabilidade pela saúde da família. Sendo assim, a mulher termina por ser o membro da família que mais procura o serviço de saúde, estando mais presentes na unidade de saúde.

De acordo com o encontrado no presente estudo e também por Aguiar, & Moura (2004), pode-se afirmar que a mulher por ser a que gesta, pare e amamenta, busca mais apoio no serviço de saúde, além de que devesse ressaltar que os serviços de PSF estão mais bem estruturados e oferecerem ações voltadas para a saúde da mulher, pois historicamente a saúde materno-infantil constituiu-se um campo importante da saúde pública. Por outro lado, e concordando também com Aguiar, & Moura (2004), há pouca atenção de serviços voltados para homens, como a prevenção do câncer de próstata e detecção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), o que leva a uma baixa presença destes usuários nas unidades de saúde. Neste sentido, considera-se que se as USFs estão comprometidas com uma abordagem na perspectiva da família.

Na tabela 1 são apresentados os dados relacionados à idade dos participantes, distribuídos em grupos etários. Observou-se uma variação de idades entre os 20 e ≥ 60 anos o que demonstra que o programa tem uma clientela variada em termos de idades. No caso do presente estudo, este dado pode ter sido favorável à obtenção de uma maior diversidade de opiniões, tendo em vista que as demandas, necessidades de saúde e percepções sobre o serviço de saúde variam de acordo com a faixa etária

dos indivíduos. Verificamos que o predomínio da faixa etária correspondeu aos mais idosos, isto é, aos que possuem 60 ou mais anos de idade.

Tabela 1 – Distribuição dos usuários segundo a idade

Idade	Nº	%
20 – 29	05	09
30 – 39	05	09
40 - 49	14	26
50 - 59	10	19
≥ 60 anos	20	37
Total	54	100

Na tabela 2 constatamos que a grande maioria (61%) são casadas, o que pode significar terem uma família adstrita à UBSF.

Tabela 2 – Distribuição dos usuários segundo estado civil

Estado Civil	Nº	%
Casado (a)	33	61
Solteiro (a)	14	26
Viúvo(a)	06	11
Solteiro com união estável	01	02
Total	54	100

Quanto à escolaridade (Tabela 3) verificamos que 31 (57%) possuem o primeiro grau incompleto e 14 (26%) não possuem instrução, sendo analfabéticas. No que se refere à ocupação verificamos que a grande maioria 50 (92,6%) se ocupavam de tarefas domésticas, 01 eram estudantes e 03 trabalhavam na agricultura. Foi possível constatar que a realidade dessas pessoas segue o contexto económico e cultural da maioria das famílias da Barra de Sirinhaém que vivem em situação de pobreza, fruto do baixo nível de escolaridade, da falta de emprego e de poucas perspectivas de melhorar o futuro.

Tabela 3 – Distribuição dos usuários segundo escolaridade

Escolaridade	Nº	%
1º grau incompleto	31	57
1º grau completo	09	17
Analfabeto	14	26
Total	54	100

Na tabela 4 são apresentados os dados relacionados à renda dos participantes. A maioria das usuárias inquiridas referiram usufruir até um salário mínimo como renda familiar 40 (74%), seguido do índice salarial entre 1 a 3 salários mínimos 08 (15%), ressaltaram ainda a bolsa família + pensão como principal fonte de renda para comprar os alimentos da família.

Tabela 4 – Distribuição dos usuários segundo a renda

	Nº	%
Até um salário mínimo	40	74
Acima de 1 a 3 salários mínimos	08	15
Acima de 3 ou mais salários	01	02
Bolsa família + pensão	02	04
Sem renda	03	05
Total	54	100

Ainda com o intuito de descrever as características principais daquelas que contribuíram neste estudo, verificou-se que 35 (65%) das participantes referiram ser católicas e 19 (35%) evangélicas.

5.2 Percepções acerca do PSF

Com base nos discursos dos usuários do PSF da Barra de Sirinhaém sobre a estratégia da Saúde da Família foi possível apreender alguns aspectos que caracterizam a sua percepção e, na tabela 5, apresentamos as categorias e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo realizada. Agrupamos as categorias em aspectos positivos e negativos, equipa de cuidados e motivos da procura da assistência, que iremos analisar *per se*.

Tabela 5 – Categorias e sub-categorias de análise

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Aspetos positivos	Localização próxima Bom acolhimento e atendimento por parte das enfermeiras Atendimento completo
Aspetos negativos	Falta do médico no atendimento diário Demora no atendimento
Equipa de cuidados	Dentista Médico Enfermeira ACS (Agente Comunitário de Saúde)
Motivos da procura da assistência	Função curativa Vacinação Medicamentos Apoio emocional

O primeiro aspeto que sobressai é que as participantes avaliam favoravelmente o programa e que se encontram satisfeitas com o mesmo, o que ocorre devido a distintos **aspetos positivos**. De entre os apontados o principal foi a **localização** e o fato da UBSF encontrar-se localizada **próxima** de suas residências, facilitando o contato com os profissionais de saúde e, em muitos casos não sendo necessário deslocar-se até o hospital. Isto pode ser vislumbrado na fala de uma das participantes:

“Eu acho maravilhoso, apesar de vim pouco, só de não precisar ir para o hospital...”

A localização foi um dos aspectos que mais foi percebido positivamente e retrata, ainda que parcialmente, que as bases do PSF são apreendidas positivamente pelos usuários. A este respeito pode-se referir o fato de a USF ficar dentro da área de abrangência da ESF, onde moram os usuários cadastrados, o que tornou mais cómodo e mais rápido o atendimento. Isto vem ao encontro aos princípios básicos do Programa, que visa atender uma população adstrita e com facilidade de acesso, fortalecendo-se, assim, a descentralização na prestação do serviço da atenção básica em saúde na comunidade, aproximando-se dos usuários.

Este aspeto reconhecido positivamente pelos usuários, confirma que o PSF trabalha a partir do espaço da própria comunidade e a família é entendida a partir do meio em que vive, no seu espaço/domicílio (Paim, & Almeida Filho, 2010). É um aspeto também identificado no estudo de Ribeiro, Siqueira, & Pinto (2010) que verificaram que as condições de acesso dos usuários foi considerada positiva, tendo a grande maioria chegado a pé e gasto menos de dez minutos no deslocamento, denotando a proximidade dos serviços.

Outro aspecto que foi possível apreender das percepções e que contribuiu positivamente para a avaliação do programa foi o **bom acolhimento e atendimento por parte das enfermeiras**. A maioria das usuárias do programa apontaram que sempre são bem atendidas no Posto, em que as profissionais de enfermagem demonstram-se disponíveis para tirar as dúvidas e orientar. Vejamos o que afirma uma usuária:

“Sou satisfeita porque o que a gente precisa vocês enfermeiras corre em cima. Porque quando eu venho sempre sou bem atendida...”

É interessante notar que a equipe de enfermagem é também uma das fontes de percepção satisfatória e reconhecidas como elementos fundamentais na equipa multidisciplinar. De fato, no PSF, o acompanhamento ao núcleo familiar é dado pelas informações e trabalho educativo e preventivo feito de forma coletiva através das reuniões e debates, ou de maneira individualizada através das entrevistas e visitas domiciliares (Programa Saúde da Família, 2000), em que as enfermeiras têm um papel importante. Pela proximidade e identificação com as usuárias, habitualmente, as enfermeiras criam laços com as famílias e comunidade, tendo oportunidade de estimular e acompanhar a adesão das pessoas à frequência escolar, adoção de comportamentos de vida saudáveis, capacitar para a co-responsabilidade pela sua saúde, pelo entendimento acerca de que a saúde é um direito e de que a cidadania deve ser uma conquista em exercício constante (Paim & Silva, 2010).

Ademais, outro aspecto que merece ser destacado diz respeito ao fato de que o programa é uma oportunidade de atendimento de saúde e possibilita **atendimento completo**, com entrega de exames. De acordo com as falas de duas usuárias podem-se constatar tais percepções:

“Eu to muito satisfeita graças a Deus, se não fosse o posto nós pobres sem ter condições de consultar particular tava tudo lascado...”.

“É bom... por que a gente quando precisa de alguma coisa é atendido, os exames vem, o atendimento é completo mesmo”.

O fato das pessoas compreenderem que a USF serve de base para muitas ações direcionadas à saúde e fornecer o atendimento completo, confirma também um dos objetivos deste modelo de assistência à saúde (PSF) que foge da visão biologistas do processo saúde/doença, para um modelo em que a saúde é vista enquanto totalidade e qualidade de vida. O homem é percebido não de forma fragmentária e isolada, mas levando-se em consideração o processo de interação social que constitui a vida social (Paim, & Almeida Filho (2010).

Contrariamente a este primeiro grupo de elementos percebidos, foi possível constatar que emergiram nas falas das usuárias **aspectos negativos**, que estão diretamente relacionados com dois fatores: **falta do médico no atendimento diário e demora no atendimento**. Estes aspectos podem ser encontrados nos discursos abaixo:

“Algumas vezes né muito bom não, porque fica sem médico...”.

“Por que tem vez que a gente precisa de alguma coisa que só pode ser com o médico (receita de remédio) muitas vezes não encontra ele”.

“Mulher... eu não acho bom não, não vou mentir. Por que agente vai pra resolver um problema, como marcar cateterismo, foi mais de 8 meses atrás e num resolve...”

“Querira mesmo era que melhorasse o médico, quando a gente precisa não tem...”

Compreende-se que as usuárias não estejam satisfeitas pois não entendem ou não estão bem informados sobre a filosofia do PSF, questionando muitas vezes o fato de ter apenas um médico generalista para atender a demanda; ou até enfatizando que não têm atendimento médico especializado. A população expressa as suas expectativas e necessidades de saúde, que são muito maiores do que o PSF pode abarcar. Efetivamente, tradicionalmente, a figura do médico aparece como central no processo terapêutico. Contudo, hoje, busca-se assumir a importância de toda a equipe multidisciplinar em que cada membro do PSF tem a sua função e relevância específica

(Brasil, 2011). Por isso torna-se tão necessário informar e explicar melhor os objetivos e filosofia do programa.

Neves et al (2004) cita Chaves (2002), ao referir que é importante informar a população sobre as atribuições do PSF e sobre os recursos existentes, incluindo os serviços de emergência, tornando assim melhor o entendimento acerca do PSF. Desta forma, ao conhecerem efetivamente as atribuições do PSF, a própria população pode participar no processo de organização da demanda nos três níveis de atenção, evitando a sobrecarga dos níveis secundário e terciário, que por vezes põe em risco a vida daqueles que realmente precisam de atendimento a esses níveis. Por outro lado, a população mais esclarecida torna-se mais exigente e participativa o que pode contribuir para que a UBSF amplie as ações para resolver as necessidades das famílias.

Tendo em vista conhecer melhor a percepção que as usuárias possuem sobre quem é a **equipe de profissionais** do PSF, verifica-se que mostraram-se bastante confusas. Demonstram distinguir os profissionais, nomeadamente, o **dentista**, o **médico**, a **enfermeira** e o **ACS**, no entanto, as suas percepções não revelaram o significado das funções de cada profissional, mas apenas uma avaliação sucinta quanto à pessoa que com elas trabalham. Um fato igualmente interessante é que estas aproveitaram a temática para ressaltar novamente a satisfação com o atendimento das enfermeiras e a falta do médico no acompanhamento na USF. Vejamos o que revelam as falas das participantes do estudo:

“Tem a dentista, o médico, a enfermeira e os ACS que ajudam também. Ir vou dizer o quê de cada um? Nenhum me decepcionou não, eles me atendem muito bem.”

“Sei não, sei não...”

*“A enfermeira faz pré-natal e N ela é o que hein?”
“Todos são boas pessoas”*

“A enfermeira tem um ótimo atendimento, a nossa área é sempre bem atendida e o ACS também é bom”.

“Sim, tem a menina que trabalha na limpeza... Queria mesmo era que melhorasse o médico, quando a gente precisa não tem...”

Os profissionais mais referenciados pelas usuárias foram o dentista, o médico, a enfermeira e o ACS. O técnico de enfermagem não foi citado, o que pode revelar que as usuárias não distinguem a enfermeira do técnico de enfermagem e não conhecem a sua função na equipe. Outro dado interessante é que duas usuárias citam também profissionais que não fazem parte da equipe, como “a menina que trabalha na limpeza”. Incluir pessoal não técnico como membros da equipe de saúde revela a necessidade de uma maior divulgação junto da comunidade sobre a equipe e sua atuação.

Finalmente, foi solicitado que as usuárias apontassem os **motivos da procura da assistência** na USF, sendo observado que a principal causa é quando a doença já se encontra instalada no organismo. Assim, a percepção das pessoas é que a USF tem uma **função curativa**. Ademais, mesmo as usuárias que são mães de crianças pequenas, enfocam que sempre que um filho adoecer vão à UBSF. Isto foi verificado de acordo com as seguintes falas:

“A precisão da doença, né... a gente tem que correr pro postinho que no hospital não atende”.

“Sim quando estou doente vou no posto de saúde...”

“Essa doença minha, hanseníase”.

“Por que às vezes a pessoa tá doente, das vacinas nos meninos”.

“Às vezes um ‘mínimo’ doente”.

Foi possível verificar que outro motivo da procura ao programa é a rotina de **vacinação** e fornecimento de **medicamentos** (“pegar os remédios”). E ainda, com base no depoimento de uma usuária que o posto e sua equipe podem proporcionar também certo **apoio emocional**, através dos momentos de conversa e desabafo. Transcrevemos duas falas:

“Para levar as vacinas nos meninos ou pegar os remédios”.

“Quando eu preciso de consulta, de uma palavra amiga...”

Algumas elações podem ser traçadas a respeito da real função da USF, pois apesar de estar identificada com placa e as ações do PSF serem diferenciadas, a população ainda não compreende a sua real filosofia e atribuições. Esta dificuldade de diferenciação entre Posto e USF pode estar relacionada com o fato, tal como refere Neves et al (2004), das USF constituírem a reestruturação do antigo Posto de Saúde ou Centro de Saúde. No modelo tradicional, estes Postos ou Centros de Saúde trabalhavam sem o compromisso com a comunidade e muitas vezes limitavam-se em vacinar as crianças, atender consultas ambulatoriais e até encaminhar pacientes a hospitais. Não havia resolutividade. Hoje, as USF, trabalham em uma nova lógica, com maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população e com uma população adstrita que é um número determinado de famílias para cada USF. Sendo assim, a USF é um “funil”, no qual apenas uma pequena parte dos casos (cerca de 15%) precisa ser encaminhada para serviços mais especializados.

Também pela nossa prática verificamos que as pessoas só procuram os serviços de saúde quando a mesma está agravada, e ainda confundem o PSF com o antigo “postinho”, até mesmo em suas ações. Essa realidade é resultado de um modelo curativo que predominou por décadas e que se perpetua apesar da filosofia inovadora do PSF que tenta inverter esse enfoque, adotando ações de promoção da saúde e de melhoria da qualidade de vida da população. Todavia, são compreensíveis essas posturas das usuárias, pois a mudança do paradigma do setor saúde, proposta pelo PSF, implica mudanças de costumes e valores culturais bastantes enraizados e complexos, sendo meta a ser conquistada a médio e longo prazo.

6. Conclusões

A saúde no Brasil e no mundo é um tema de vários estudos e controvérsias, principalmente por ser, tais como outros processos humanos, uma construção sócio histórica influenciada pelas políticas públicas e contextos socioeconómicos. A eclosão do movimento da reforma sanitária e o projeto do SUS, que apresenta como palavras de ordem direito à saúde e à cidadania, pautado nos princípios de integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade, constitui-se uma proposta ideal, não obstante complexa (Reis, & Hortale, 2004). Não se desmerece o papel do PSF e da equipe de profissionais de USF ou da rede hospitalar. Mas a verdade é que temos a noção de que os reais impactos do PSF ainda está longe de atingir o que se deseja.

Daqui surgiu o nosso interesse por este estudo que teve como objetivos: Caracterizar a percepção dos usuários da UBSF de Barra de Sirinhaém, do Estado de Pernambuco sobre o PSF; Analisar a visão que os usuários têm sobre a estratégia do PSF; Refletir sobre a percepção dos usuários e se a mesma corresponde às propostas pensadas para o PSF como um instrumento de real modificação da atenção à saúde.

Tal pretensão, por assim dizer, torna-se difícil de ser concretizada em sua totalidade, devido, entre outros fatores, às dificuldades em realizar um estudo alargado e representativo da população. Procuramos, sim, entender o fenómeno no seu contexto concreto pelo que realizamos um estudo qualitativo, abrangendo 54 usuárias.

Os dados mostraram uma percepção positiva, tendo em vista que boa parte das usuárias ouvidas foram capazes de expressar que se sentem satisfeitas em relação ao serviço de saúde prestado pela USF. Entretanto, é preciso ressaltar que nos pareceu que a maioria das participantes tem medo de reclamar e ser mal entendida, acrescido do viés existente fruto da simpatia por quem estava a entrevistar e ser um dos membros da USF. Estes aspectos conduzem ao reconhecimento de que, apesar de um nível de satisfação bom, verificaram-se outros aspectos que consubstanciam a nossa análise.

Verificou-se que, de modo geral, o PSF é valorizado pela população e vem conquistando avanços significativos na atenção básica, assim como tem colaborado para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. Destaca-se, entre os avanços, uma maior facilidade da população mais excluída da sociedade no acesso aos serviços públicos de saúde existentes no município, através da USF. O fato da USF se localizar na proximidade do domicílio favorece a acessibilidade aos serviços de saúde e também o estabelecimento de vínculos com os profissionais de saúde. Foi verificado, também, que a satisfação das usuárias se explica, em parte, pela

valorização da simpatia e disponibilidade das enfermeiras para com a comunidade assistida. Consideramos que apesar de este aspeto ser positivo, merece ser intensificado e estendido a todos os profissionais de saúde, porquanto a falta de médicos e a demora no atendimento foram apontados como pontos fracos (aspetos negativos).

Denotou-se também que persiste uma ideia do médico como a figura essencial na USF, com referências à necessidade de existirem médicos especialistas. Verificamos alguma confusão em identificar os profissionais que constituem a equipa de cuidados e um desconhecimento quanto às suas funções, talvez fruto de uma baixa escolaridade e de um certo alheamento da compreensão do significado do PSF. Percebemos que essas comunidades têm dificuldades em participar nas suas diretrizes, nem têm mecanismos para se organizar para que possam viabilizar o encaminhamento das suas reivindicações. Não existem, por exemplo, associações através das quais os moradores discutam os seus problemas de forma mais sistemática e organizada. Uma das formas poderia ser a criação de um conselho local de saúde, o qual poderia contribuir para melhorar a relação da comunidade com a equipe. Esse talvez possa ser um caminho que possibilite um maior envolvimento entre ambos.

No nosso estudo, verificamos ainda que foi reforçado pelas usuárias, que o motivo que leva à procura dos serviços é na maior parte dos casos em situações de doença, denotando que este é um modelo assistencial que privilegia uma medicina curativa e não preventiva, de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Persiste também a atribuição ao Posto de Saúde, designação que já foi ultrapassada com a implementação do PSF.

Diante de tais reflexões considera-se que este trabalho possibilitou uma reflexão, talvez o iniciar dela, acerca da realidade percebida por quem faz uso dos serviços do PSF. Não se pretende fazer generalizações, sugere-se, contudo, a sua ampliação para outras áreas, permitindo assim conhecer a percepção da população acerca do PSF, contribuindo para ações mais eficazes no planeamento e desenvolvimento de atividades para a melhoria do PSF.

Sugerimos também, em futuros estudos, alargar aos olhares dos próprios gestores, profissionais e avaliadores externos. Seria desejável ainda poder contar com a participação de um maior número de usuários o que possibilitará aprofundar a reflexão e desenvolver ações mais fidedignas.

Referências bibliográficas

- Aguiar, A. C. S., & Ferreira E. R. M. (2004). Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17(4), 163-169. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817402>
- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. (1996a). *Portaria nº 2.203, de 5 de Novembro. NOB 1/96. Aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica, NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Acedido em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
- Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. (2011). *Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Acedido em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2000). Programa Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 34(3), 316-319. Acedido www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (1996b). *Saúde da Família: Programas e projetos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1997). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Secretaria de Políticas de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde.
- Cohn, A., & Elias, P. E. (2005). *Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços* (6ª ed.). São Paulo: Cortez-Cedec.
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Garuzi, M., Achitti, M. C. O., Sato, C. A., Rocha, S. A., & Spagnuolo, R. S. (2014). Acolhimento na estratégia saúde da família: Revisão integrativa. *Revista Panamerica Salud Pública*, 35(2), 144-149.

- Henrique, F., & Calvo, M. C. M. (2008). Avaliação do programa saúde da família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 809-819.
- Magalhães, P. L. (2011). *Programa saúde da família: Uma estratégia em construção* (Curso de Especialização em atenção Básica em saúde da Família, Universidade federal de Minas Gerais).
- Mendes, E. V. (2006). O sistema único de saúde: Um processo social em construção. In *Uma agenda para a saúde* (2ª ed., pp. 57-98). São Paulo: Hucitec.
- Neves, C. F., Cavalcante, J. P. R., Bezerra, J. I. A., Pereira, J. F., Pitterl, J. S. M., & Barbosa, M. A. (2004). Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas-TO. *Revista da UFG*, 6(Nº especial). Acedido em http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/D_percepcao.html
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (2010). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Saúde.
- Paim, J. S., & Silva, L. M. V. (2010). Universalidade, integridade, equidade e SUS. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, 12(2).
- Reis, C. C. L., & Hortale, V. A. (2004). Programa saúde da família: Supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos Saúde Pública*, 20(2), 492-501. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/17.pdf>
- Ribeiro, J. M., Siqueira, S. A. V., & Pinto, L. F.S. (2010). Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Ciência Saúde Coletiva*, 15(2), 517-527.
- Sala, A., Simões, O., Luppi, C. G., & Mazziero, M. C. (2004). Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 20(6), 1556-1564. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/13.pdf>
- Serapioni, M., & Silva M. G. C. (2011). Avaliação da qualidade do programa saúde da família em municípios do Ceará: Uma abordagem multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4315-4326.
- Silva, L. M. V., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. *Cadernos Saúde Pública*, 10(1), 80-91. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>

- Souza, E. C. F., Vilar, R. L. A., Rocha, N. S. P. D., Uchoa, A. C., & Rocha, P. M. (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: Uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 24(Sup 1), S100-S110.
- Trad, L. A. B., & Bastos, A. C. S. (1998). O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): Uma proposta de avaliação. *Cadernos Saúde Pública*, 14(2), 429-435. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0121.pdf>
- Vasconcelos, E. M. (2006). *Educação popular e atenção à saúde da família* (3ª ed.). São Paulo: Editora Hucitec.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de colheita de dados

TERMODE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada PERCEPÇÃO DOS USUARIOS SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SIRINHAÉM-PERNAMBUCO BRASIL NO PERÍODO DE JUNHO DE 2014 Á JULHO DE 2015: UMA CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, e está sendo desenvolvida pela aluna ANA CLÁUDIA DE SOUZA SILVA, aluna do curso de MESTRADO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE, sob a orientação da Dra. ERNESTINA BATOCA DA SILVA. Tem como objetivo principal apreender a percepção dos usuários acerca da estratégia saúde da família.

A finalidade deste trabalho é servir como contribuição para o conhecimento dos mesmos para efetivação do SUS e melhor qualidade na assistência e saúde da população.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem sendo oferecida pelo centro de saúde que a senhora frequenta.

Informamos que não haverá nenhum risco para a participante da pesquisa e que os resultados do estudo poderão resultar em benefícios no sentido de melhor conhecer a estratégia saúde da família e procurar melhorar sua qualidade de vida individual e familiar.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados desta pesquisa em eventos da área de saúde e publicar em revista científica por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura da participante da pesquisa
ou Representante Legal

Assinatura da participante Responsável
OBS: (em caso de não alfabetizado)

Assinatura da Testemunha

Pesquisadora: Ana Cláudia de Souza Silva
Curso de Mestrado
Fone: (081) 98404 5408

FORMULÁRIO
Questões Objetivas

- 1) Idade: _____
- 2) Estado Civil : _____
- 3) Escolaridade:_____
- 4) Ocupação : _____
- 5) Renda familiar:_____
- 6) Religião:_____
- 7) Nº de pessoas Residentes em casa:_____

Guião de Entrevista

- 1) O que você acha do Programa de Saúde da Família (PSF)?
- 2) Quem são os profissionais que trabalham no PSF? Fale um pouco sobre cada um deles.
- 3) O que lhe faz procurar assistência na Unidade Básica de Saúde da Família e no PSF?
- 4) Você é satisfeito com os serviços oferecidos no PSF?

ANEXO II – Autorização para realização da colheita de dados


**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

RUA MARQUÊS DE OLINDA, S/N – CENTRO - SIRINHAÉM – PE - CEP 55580-000
CNPJ 10.292.209/0001-20

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **ANA CLÁUDIA DE SOUZA SILVA**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa: **PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SIRINHAÉM-PE BRASIL**, que está sob a orientação da **Profª Drª Ernestina Badoca da Silva** e o **Prof. Dr. Amauri Aluísio da Silva** cujo objetivo é ; **Saber o nível de satisfação dos usuários sobre o programa de saúde da família nesta unidade**. A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Sirinhaém , em 13 de Janeiro de 2016.


Ricardo Lacet
Secretário de Saúde de Sirinhaém
CPF 105 864 824-15
CRM 4109

Ricardo Lacet

Secretário Municipal de Saúde