

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO E MOTIVOS PARA BUSCA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS USUÁRIOS

Family Health Strategy: assessment and reasons for searching of health service by users

Artigo Original

RESUMO

Objetivos: Conhecer a avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde da família e identificar os principais motivos que os levam a buscar tais serviços. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em 5 Unidades de Saúde da Família com 25 usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Crato-CE, Brasil. O estudo ocorreu no período de março a abril de 2009. Aplicou-se entrevista semiestruturada e gravada. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** Encontrou-se que os usuários da ESF possuem grande insatisfação, principalmente quanto à organização e acesso aos serviços de saúde, avaliando a saúde da família como ineficiente, apesar de trazer a saúde para mais próximo da população, principalmente através das visitas domiciliares. Evidenciou-se também que há uma busca pelo serviço predominantemente apoiada na visão curativista e na aquisição de medicamentos. **Conclusões:** Os sujeitos avaliam a organização e o acesso ao serviço de saúde como insatisfatórios, mas valorizam as ações, quando há formação de vínculo com a equipe de saúde. Entretanto, ainda há procura pelo serviço de saúde, baseada na busca de fármacos e consulta médica. Assim, faz-se necessário a melhoria dos serviços da Estratégia Saúde da Família em Crato, na perspectiva de garantir qualidade, acessibilidade e maior resolutividade dos serviços de saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Serviços de Saúde; Satisfação dos Consumidores.

ABSTRACT

Objective: To assess the evaluation of the users regarding the family health services and identify the main reasons that led them to seek such services. **Methods:** A descriptive study with qualitative approach, carried out in 5 Family Health Units with 25 users of the Family Health Strategy (FHS) of the city of Crato-CE, Brazil. The study took place from March to April 2009. Semi-structured interview was applied and recorded. We used the technique of thematic content analysis. **Results:** We found that the users of the FHS have great dissatisfaction, especially on the organization and access to health services, evaluating the family health as inefficient, although bringing care closer to the population, primarily through home visits. It was clear also that there is a search to the service mainly supported by curative vision and the acquisition of medicines. **Conclusions:** The subjects evaluate the organization and access to healthcare services as unsatisfactory, but value the actions, when there is a bond with the health team. However, there is still demand for health services, based on the search for medicines and medical consultation. Thus, it is necessary to improve services of the Family Health Strategy in Crato, with a view to ensure quality, accessibility and greater resolution of health services.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health; Health Services; Consumer Satisfaction.

Loeste de Arruda-Barbosa⁽¹⁾
Ticiano Magalhães Dantas⁽²⁾
Cleide Correia de Oliveira⁽²⁾

1) Universidade Estadual do Ceará – UECE
– Fortaleza (CE) – Brasil

2) Universidade Regional do Cariri – URCA
– Crato (CE) – Brasil

Recebido em: 14/04/2010

Revisado em: 03/03/2011

Aceito em: 23/03/2011

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família, criada em 1994, atua com a proposta de reorganizar a Atenção Básica, com saúde mais próxima da comunidade e estabelecimento de inter-relações entre os vários setores responsáveis pela assistência à saúde, que se inicia na unidade de saúde e vai até os níveis de maior complexidade na rede de serviços⁽¹⁻³⁾. Assim, tem contribuído de modo singular para a mudança de antigos paradigmas que muito perduraram na saúde brasileira, como modelo hospitalocêntrico e médico-clínico centrado⁽⁴⁾.

A Saúde da Família é essencial para ações de proteção e promoção da saúde no Brasil⁽⁴⁾, que a médio e longo prazo, irá promover Atenção Básica em saúde para toda a população⁽⁵⁾. O uso do termo Atenção Básica tem sido cada vez mais frequente como referência aos serviços municipais⁽⁶⁾. A Norma operacional básica de 1996 inaugurou uma nova retórica na organização dos serviços de saúde, ficando o município responsável por atender as principais necessidades da população^(6,7).

O estado do Ceará, cenário do surgimento da Saúde da Família, foi objeto de rápida expansão das equipes de saúde da família na maioria dos municípios⁽⁸⁾. Na cidade de Crato, até janeiro de 2011, foram implantadas 26 equipes da saúde da família, correspondendo a 76,82% de cobertura⁽⁹⁾. Com a municipalização, a Saúde da Família fica mais próxima das comunidades, assim a população se torna mais participativa e com co-responsabilidade nas suas questões de saúde⁽¹⁰⁾. Para a consolidação desta experiência, além do fortalecimento das políticas públicas em saúde e gestão eficiente, também é indispensável a participação comunitária e avaliação dos serviços de saúde nesse processo.

Dessa forma, a participação em saúde é uma importante estratégia para garantir qualidade dos serviços de saúde⁽¹¹⁾. Nessa perspectiva, entende-se que a mobilização social e avaliação dos serviços nos assuntos ligados à saúde influi diretamente sobre o padrão de saúde e qualidade de vida da população, sendo um exercício essencial e pluridimensional, cujo cunho político envolvido é necessário para o controle social.

O termo avaliação se volta ao ato ou efeito de avaliar, ou seja, conferir valor⁽¹²⁾, objetivando ajudar na tomada de decisões, se constituindo em parte integrante e necessária do planejamento e do processo de tomada de decisão⁽¹³⁾. Nesse sentido, para que o usuário se torne sujeito ativo no processo de construção de sua saúde, é essencial a avaliação dos serviços que recebem e, quando satisfeitos com eles, a formação de vínculos entre a díade usuário/serviço de saúde é facilitada, pautada no respeito aos princípios e diretrizes que norteiam o sistema de saúde vigente no país.

Quando a equipe e a população acompanhada criam vínculos de correponsabilidade, facilita a identificação,

o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade⁽¹⁰⁾. Ao se sentir-se acolhida, a população procura, além dos limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos⁽¹⁴⁾.

Pode-se avaliar o desenvolvimento e sucesso de uma dada política pública adotada, com base em diversos indicadores, um deles pode ser a satisfação da comunidade frente aos serviços disponibilizados, o que certamente reflete num maior ou menor grau de afinidade pelo serviço, resultando, nesse sentido, em aumento ou diminuição de sua busca.

Nessa perspectiva, se desenvolveu este estudo numa vertente investigativa/interpretativa, com o objetivo de conhecer a avaliação que o usuário faz dos serviços da Saúde da Família e identificar os principais motivos que o leva a buscar tais serviços. Espera-se que possa contribuir para construção de estratégias que visem o melhor direcionamento das políticas públicas na Atenção Básica, a partir dos resultados encontrados, contribuindo, dessa forma, para a melhor qualidade do serviço de saúde.

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo e qualitativo, tendo como universo os usuários da estratégia de Saúde da Família da cidade de Crato, situada ao sul do estado do Ceará, na Região Metropolitana do Cariri, no triângulo Crajubar, que é considerado uma praça comercial de expressiva importância, bem como centro hospitalar, universitário, industrial e religioso. O município atualmente apresenta uma área geográfica de 1.009,20 km² e uma população estimada, no ano de 2007, de 111.198 habitantes⁽¹⁵⁾.

As unidades básicas de saúde foram selecionadas por meio de sorteio e sob os seguintes critérios de inclusão: consentimento do(a) enfermeiro(a) responsável pela unidade e funcionamento há mais de um ano. As unidades de saúde que não contemplaram a algum desses quesitos foram excluídas, procedendo-se, então, um novo sorteio.

Participaram do estudo 25 usuários da Saúde da Família de diferentes áreas do referido município, com o número de participantes determinado pelo critério de saturação de dados. Na pesquisa qualitativa a amostra pode ser constituída randomicamente ou não, considerar-se a saturação dos dados, quando houver repetição dos mesmos em mais de 50% dos casos, ou outro critério pré-estabelecido⁽¹⁶⁾.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram o consentimento do entrevistado, ser usuário dos serviços da unidade de saúde, residindo na área adscrita e possuir idade superior a 18 anos. Sendo excluídos do estudo os que não se enquadraram em algum dos quesitos supracitados.

A etapa de coleta de dados se deu no período de março a abril de 2009, com a aplicação de uma entrevista semiestruturada elaborada pelos autores e gravada. A entrevista é uma forma de interação social⁽¹⁷⁾ e seu roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas⁽¹⁸⁾.

Posteriormente procedeu-se a análise e sistematização dos dados, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática ou categorial, que, segundo Bardin, baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias⁽¹⁹⁾.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsinque e resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, obtendo parecer favorável do comitê de ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, sob o processo N° 2009_182 FR 220913.

RESULTADOS

Do total de 25 sujeitos da pesquisa, apenas 1 (4%) era do sexo masculino. 15 (60%) tinham idade entre 25 e 35 anos, com média de 33 anos; sendo a menor idade 18 e a maior 51 anos. Quanto ao estado civil, verificou-se que 15 (60%) sujeitos eram casados e, no que se refere à escolaridade, 13 (52%) tinham o ensino fundamental completo ou incompleto e 12 (48%) tinham o ensino médio completo.

A partir dos relatos dos sujeitos, duas categorias surgiram, contendo suas respectivas subcategorias, que agrupam ideias similares sobre os temas abordados. Todos os sujeitos expressaram ideias que se enquadram nas duas categorias e, no intuito de preservar suas identidades, suas falas ficaram representadas numericamente de 1 a 25 e acompanhadas da letra 'E', que representa a entrevista em questão.

Categoria 1 – Avaliação do serviço de saúde – subcategorias: descontentamento e reivindicação; satisfação e importância dada ao serviço de saúde.

Categoria 2 – Motivos da busca do serviço – subcategorias: situacionais / preventivos e, a outra, mórbidos / medicamentosos.

Categoria 1: Avaliação do serviço de saúde

Essa categoria expressa o julgamento dos usuários com relação aos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde da Família.

Descontentamento e reivindicação

Essa subcategoria, composta pelas declarações captadas de 14 usuários da saúde da família, apresenta a insatisfação dos usuários em relação aos serviços da unidade de saúde, bem como um olhar reivindicatório para a melhoria do serviço:

Podia melhorar com mais médico, que está na falta, tem um que vem só à tarde, três vezes por semana (E7).

Não tenho minhas necessidades atendidas, muitas vezes não tem médico, não tem ficha e colocam gente na frente, tem que protestar pela falta de remédios (E1).

O atendimento deveria ser melhor; o médico só vem um horário, deveria ter uma melhora em todos os sentidos, uma reforma geral, é ruim para os exames, deveria ser completa já que é da família! (E3).

Deveria ter mais médico, ter dentista todo dia, que só é dois dias por semana (E6).

Satisfação e importância dada ao serviço de saúde

Explicita-se nessa subcategoria, a valorização e contentamento pelas falas de 11 sujeitos em relação aos serviços de saúde oferecidos pela Saúde da Família, conforme os depoimentos:

Eu acho muito bom os agentes de saúde passar nas casas, que às vezes a gente está doente e eles marcam uma consulta quando a gente não pode vir, aí eu acho legal (E12).

Eu acho mais importante o trabalho de conscientização, porque junta as pessoas, fala sobre os direitos e deveres, eu acho isso importantíssimo, também, esse que as enfermeiras às vezes saem quando as pessoas não podem vir, vai o médico na casa né!? Vai um enfermeiro fazer um curativo, é importantíssimo (E11).

Categoria 2: Motivos da Busca do Serviço

Essa categoria remete aos principais motivos que levam os sujeitos a procurarem os serviços da Saúde da Família.

Situacionais e/ou preventivos

Pode-se perceber nessa subcategoria que, 8 usuários da saúde da família entrevistados referem vir às unidades de saúde por motivos como gestação e vacinação, por exemplo, ou por conta dessa opção ser mais viável, devido a quaisquer situações vivenciadas pela população.

Venho conseguir anticoncepcionais (E9).

[...] eu procuro o posto quando quero fazer um exame... (E14).

[...] eu procuro muito agora porque estou grávida, procuro o posto para pré-natal... (E14).

[...] quando eu venho pra cá eu procuro vacinação, consulta... (E23).

Mórbidos e/ou medicamentosos

Esta subcategoria, composta pelos relatos de 17 sujeitos, demonstra que os usuários da Saúde da Família buscam as unidades de saúde principalmente por motivos mórbidos, ou então quando necessitam de algum medicamento, conforme as falas abaixo.

Venho quando meu filho precisa de remédio de tosse, febre... (E9).

[...] meu marido usa aqui quando tem uma febre, uma gripe... (E18).

Doença é o principal motivo de eu vir (E4).

Meu pai vem todo mês porque ele é hipertenso... (E22).

Eu procuro o posto porque sou diabética e preciso (E5).

DISCUSSÃO

Apesar do objetivo principal da criação da Saúde da Família ser a reorganização dos serviços de saúde na Atenção Básica, ainda é um problema visível, em muitas localidades, a alta demanda por consultas ambulatoriais nas unidades de saúde, o que dificulta o acesso, sendo preciso a limitação do número de atendimentos através do sistema de fichas, o que acaba trazendo impossibilidade de atendimento a todos que precisam no momento desejado.

Segundo a avaliação dos sujeitos, pôde-se perceber a insatisfação sobre vários aspectos: a organização do serviço prestado é um ponto muito criticado, principalmente no que concerne à questão do acesso ao serviço de saúde, que é muitas vezes impedido pela quantidade limitada de fichas para o atendimento, devido à alta demanda.

Virou rotina vivenciarmos uma série de problemas que modificam profundamente a capacidade de resolutividade dos serviços de saúde frente às demandas da população por saúde na vida individual e coletiva. Isso pode ser confirmado, através da baixa efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde⁽²⁰⁾.

Há duras críticas pela população em relação aos profissionais de saúde, principalmente no que se refere ao profissional médico, quanto aos horários irregulares e atuação limitada, em alguns casos chegando a ser poucos

dias durante a semana, além do não cumprimento da carga horária diária e atrasos significativos para o início da jornada de trabalho, dificultando a formação do vínculo com a comunidade.

As opiniões dos usuários também são influenciadas por diferentes situações, expectativas, fatos vivenciados ou até mesmo comentários antecedentes, bem como ideias, valores e crenças acerca do atual quadro do sistema de saúde^(21,22).

Assiduidade, pontualidade e compromisso são características essenciais que consolidam o vínculo com a comunidade, construindo uma relação de segurança e confiança por parte dos usuários para com o serviço e profissionais⁽²³⁾. O sucesso da aproximação entre o usuário e profissionais de saúde é determinante para a formação de vínculos, embora ambos em situações diferentes de expectativas, equilíbrio, necessidades, interpretações e sentimentos, em que o usuário busca assistência em um estado fragilizado físico e emocionalmente, junto a um profissional supostamente capacitado para entender e cuidar da causa de sua fragilidade⁽²⁴⁾.

Devem-se criar espaços satisfatórios com relações horizontais, sujeito-sujeito, para o fortalecimento das relações entre profissionais e população, contribuindo para a criação e fortalecimento da afinidade da população com o serviço de saúde. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo nem estabelecimento de satisfação sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja⁽²⁵⁾. O vínculo é consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde, o que facilita a adesão popular ao serviço de saúde⁽⁸⁾.

O usuário do serviço de saúde, aos poucos, mesmo não compreendendo muitos aspectos que envolvem a Saúde da Família, já consegue perceber a importância de suas ações, que trazem a saúde para mais perto da população, demonstrando valorização de muitas ações desenvolvidas pela Saúde da Família como educação em saúde, mobilização social, odontologia, atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), visita domiciliar etc. Isso contribui para a solidificação desse modelo de saúde, visto a população já começar a compreender a importância do desenvolvimento dessas ações para a melhoria da saúde.

As ações da Saúde da Família são muito valorizadas, de um modo geral, com destaque especial aos médicos e ACS, já enxergando os ACS como pontes entre a comunidade e o serviço de saúde, o relacionando à disponibilidade, acolhida e compreensão dos anseios da população⁽²⁶⁾.

A grande maioria das pessoas também aponta aspectos positivos na assistência, tais como: visitas domiciliares, atividades desenvolvidas pelos ACS e localização da unidade de saúde perto de suas residências. A comunidade

valoriza o trabalho do ACS, pois ele aparece como educador para a saúde, identifica necessidades e prioridades, organiza o serviço e detecta os casos de risco⁽²⁷⁾. Se torna possível compreender a importância que ganha o trabalho do ACS, ao passo que promove o despertar nos grupos sociais do entendimento do aumento da capacidade dos indivíduos e comunidades⁽²⁸⁾.

Os usuários avaliam positivamente e com grande valorização a visita domiciliar pelo médico, sendo motivo de orgulho o recebimento de tal profissional em suas residências, com uma relação mútua de escuta e gentileza, sendo também os enfermeiros alvo de elogios⁽²⁶⁾. A população valoriza as atividades desenvolvidas pelos ACS e a localização da unidade de saúde perto de casa⁽¹⁾.

Quanto às relações pessoais entre a população e profissionais da unidade de saúde, foram encontradas insatisfações quanto ao atendimento, reivindicando, em algumas unidades, uma recepção mais humanizada e cortês para com os usuários, com o estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito, bem como desejam um serviço mais organizado e eficiente para atender aos anseios da população. A falta de estabilidade dos profissionais, quer esteja nas equipes ou mesmo nos municípios, produz uma instabilidade no trabalho idealizado pelo SUS⁽⁸⁾.

Confiança, respeito, organização, competência e empatia são elementos fundamentais para a satisfação do usuário com os serviços prestados, pois possibilitam maior reconhecimento da comunidade a quem presta o serviço, melhorando a qualidade de vida da população. A responsabilidade social dos profissionais com determinada população é determinante para o êxito da Saúde da Família⁽⁸⁾.

No tocante a reivindicações, muitas vezes há desconfortos relacionados ao serviço de saúde, porém, na maioria dos lugares a comunidade não dispõe de um sistema de organização e participação que atuem como meios facilitadores para que seus anseios sejam atendidos⁽¹⁾.

O usuário demonstra contentamento quando goza de receptividade e boa relação com o corpo profissional da unidade de saúde, sendo um ponto importante para ele na assistência prestada. Práticas que envolvam a afetividade, receptividade, auxílio e respeito ajudam a formar uma noção de vínculo entre as partes^(25,29). Ações como essas focalizam a atenção nas relações humanas, na formação de vínculo e no acolhimento⁽³⁰⁾.

Já existe uma maior valorização quanto ao acompanhamento em saúde e aos poucos a população vai entendendo a importância de comportamentos preventivos nos cuidados à saúde, fazendo das Unidades de Saúde da Família pontos estratégicos no acompanhamento e

prevenção de agravos à saúde e não apenas como um ponto ambulatorial com todos os focos voltados à cura de doenças.

A gravidez é um dos principais motivos de busca do serviço de saúde pela maioria dos sujeitos, o que reflete a compreensão da importância da realização do pré-natal pelos sujeitos, logo, o serviço prestado deve ser baseado na qualidade e incentivo à adesão, a fim de que se solidifique cada vez mais esse posicionamento dos usuários.

Em estudo⁽³¹⁾ sobre a atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do SUS, realizado com gestantes de todas as grandes regiões brasileiras, foi encontrada uma forte aprovação e apoio, por parte das gestantes acompanhadas e cadastradas no programa de pré-natal, ao trabalho desenvolvido por médicos e enfermeiros, e isso revela o enraizamento de políticas de atenção na estrutura de provisão de serviços do SUS no país.

Encontrou-se também que uma parcela expressiva dos sujeitos tem como principais motivos de busca pela Unidade de Saúde da Família, fatores fundamentados nas doenças. Percebeu-se a visão ainda predominantemente curativista, fazendo-se interpretar, com tal situação, a percepção de saúde de grande parte dos entrevistados, sendo simplesmente o oposto de doença. Logo, se está doente, há a procura pelo serviço, o que demonstra como ainda permanecem arraigadas intrinsecamente as atenções da população voltadas às doenças e medicamentos.

A concepção de problema e/ou necessidade pela população é bastante influenciada pela cultura e nível educacional, sendo que a população foi acostumada a considerar que saúde depende de consultas, exames e remédios, e muitas pessoas vão à procura do serviço no intuito de suprir a farmácia caseira, agora que o serviço de saúde está mais próximo dela. Nesse sentido, a equipe de saúde tem a obrigação de dar sempre uma resposta aos anseios da população, mas nem sempre essa resposta é uma consulta ou um remédio⁽²³⁾.

Ficou claro, porém, que mesmo com os olhares de parte expressiva dos entrevistados centrados na patologia para a busca do serviço da Saúde da Família, já há uma percepção da necessidade de acompanhamento das doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, por exemplo, o que os leva à busca da unidade de saúde para cuidados em saúde, para acompanhamento e prevenção de complicações.

O acompanhamento dos usuários pelos profissionais de saúde, na intenção de prevenir complicações e obter um maior nível de qualidade de vida, que é uma das estratégias do Ministério da Saúde nos programas que tratam do acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica, deve ser enfatizado não só pela importância

do tratamento farmacológico, mas também pelas mudanças no estilo de vida, pautadas em estratégias educativas para o empoderamento dos usuários.

No intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas e empoderá-las sobre as questões que envolvem sua saúde é essencial a prática de educação em saúde, uma das ferramentas indispensáveis ao trabalho do profissional de saúde⁽³²⁾, ressaltando que as atividades de educação em saúde devem ter caráter continuado, pois se tratam de um processo lento e de resultados a longo prazo⁽³³⁾. Os profissionais reconhecem que há valorização, pela comunidade, de grupos educativos como hipertensos, diabéticos, gestantes etc, destacadas como experiências bem-sucedidas, relacionadas à adesão ao tratamento de hipertensos, ao acompanhamento de gestantes e à vacina⁽²⁶⁾.

CONCLUSÃO

Percebe-se, de um modo geral, que os resultados apontam que a Saúde da Família traz satisfação ao usuário quando um vínculo é estabelecido, com relações agradáveis entre profissionais e usuários, valorizando ações que se firmaram com a implantação da Saúde da Família no país. Embora se tenha evidenciado uma percepção sobre cuidados em saúde fundamentada na vertente medicamentosa e não no âmbito de promoção da saúde, que é a proposta desse serviço.

Os usuários avaliam com insatisfações o acesso ao serviço de saúde, por vezes limitado pelo número de fichas para o atendimento devido à alta demanda, cobram mais compromisso por parte dos profissionais, principalmente os médicos, anseiam por atendimentos diários, um tempo maior de permanência dos médicos nas unidades de saúde e sem atrasos, como também um atendimento mais humanizado por parte da equipe e uma melhor organização do serviço como um todo.

Ainda há uma tendência, por grande parte dos usuários, de relacionar cuidados em saúde a consultas médicas, refletindo as influências do antigo modelo de atenção à saúde, centrado na cura da doença e voltado apenas a consultas e ao profissional médico.

Porém, nota-se a percepção da importância de determinadas ações desenvolvidas pela Saúde da Família, como: estratégias de educação em saúde, mobilização social, envolvimento dos ACS com a população etc, o que mostra que já se conseguiu plantar uma semente do modelo de promoção da saúde e das ações da estratégia de Saúde da Família na população, que as poucos incorporará a nova ótica de atenção à saúde. Ainda assim, há uma busca pelo serviço predominantemente apoiada na visão curativista e na aquisição de medicamentos.

Em suma, esse estudo foi relevante e inédito na cidade de Crato, podendo servir como instrumento norteador em ações que visem à melhora dos serviços da Saúde da Família e Atenção Básica como um todo, na perspectiva de melhoria da qualidade de vida da população. Dessa forma, se faz uma estratégia importante a realização de estudos nessa vertente por outros profissionais de saúde em outras cidades do país.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo fomento à pesquisa no País.

À Universidade Regional do Cariri (URCA), pelo incentivo à pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Araújo FS et al. O Programa de Saúde da Família (PSF) sob a ótica dos usuários nas comunidades Santa Clara e Alto do Céu em João Pessoa-PB. Rev Eletrônica de Ciências Sociais [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2011 Mar 05]9. Disponível em: URL: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/fatimaaraujo.pdf>
2. Fontinele Júnior K. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. Goiania: AB; 2008. (Coleção curso de enfermagem).
3. Cortez EA, Tocantins FR. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enf [periódico na Internet] 2006 [acesso em 2011 Mar 07];59(6). Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a15.pdf>
4. Elias LB, Costa NRA. Equipe de saúde da família: reconstruindo significados na prática de atenção primária em saúde. Investigaçao. 2009;9(1):91-9.
5. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface Comun Saúde Educ. 2002;6(10):75-94.
6. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(6):1171-81.
7. Figueiredo NMA, Tonini T. SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul: Yendes; 2007.

8. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rer Esc Enf USP*. 2009;43(2):358-64.
9. Ministério da Saúde (BR), Departamento da Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. 2011 [acesso em 2011 Mar 11]. Disponível em: URL: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php
10. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília: O Departamento; 2001.
11. Campos L, Wendhausen A. Participação em saúde: concepções e práticas de Trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):271-9.
12. Gaioso VP. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
13. Tanaka OU, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.
14. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2003[acesso em 2011 Mar 11];19(1). Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>
15. Portal do Governo do Estado do Ceará (BR). Apresenta informações sobre os municípios cearenses [acesso em 2009 Jul 28]. Disponível em: URL: <http://www.ceara.gov.br/ceara/municipios-cearenses/detalhamento/municipios-letra-c#munic-pio-crato>
16. Leopardi MT. Metodologia da pesquisa na saúde. 2ª ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC; 2002.
17. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. apr. São Paulo: Hucitec; 2006.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
20. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(1):71-82.
21. Traverso-Yepez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):80-8.
22. Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997; 31(2):171-7.
23. Borba PC, Oliveira RS, Sampáio YPCC. O PSF Na Prática: Organizando O Serviço. Juazeiro do Norte: FMJ; 2007.
24. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília; 2004.
25. Schimdt MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(6): 1487-94.
26. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na Internet];7(3) [acesso em 2009 Jul 03]. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>
27. Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002; 6(10):75-83.
28. Pinto AAM, Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2010;12(4):766-9. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a24.pdf>
29. Machado MFAS. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2007.

30. Matumoto S, Fortuna C, Mishima S, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005;9(16):9-24.
31. Ribeiro JM, Costa NR, Pinto LFS, Silva PLB. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(2):534-45.
32. Arruda-Barbosa L, Sampaio ALA, Melo ALA, Macedo APN, Machado MFAS. A educação em saúde como instrumento na prevenção de parasitoses. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2009;22(4):272-8.
33. Damntas TM, Machado MFAS, Marinho MNABS, Silva BT, Alencar DL, Arruda-Barbosa L. Educação em saúde como ferramenta na saúde sexual do adolescente. *Cad Ciên Cult.* 2010; 4(1):12-20.

Endereço para correspondência:

Loeste de Arruda Barbosa
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Centro de Ciências da Saúde - Instituto de Ciências Biomédicas
Avenida Paranjana, 1700
Bairro: Itapery
CEP: 60740-000 - Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: loeste.arruda@gmail.com