



Artigos Originais

Percepção de usuários da Atenção Primária sobre a estratégia de Saúde da Família

Perception of the Primary Care's users about Family Health Strategy

Loeste de Arruda Barbosa¹
Cleide Correia de oliveira²
Ticiano Magalhães Dantas³

¹Doutorando em Farmacologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE - Brasil

² Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, CE – Brasil

³Especialista em Saúde da Família, Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, PB - Brasil

RESUMO - A estratégia de Saúde da Família (SF) já está consolidada no Brasil estando com quase duas décadas de atuação. O seu fortalecimento é bastante influenciado pela participação da população nesse processo, que por sua vez, está intimamente ligada às percepções que ela tem desse serviço. Objetivou-se conhecer as percepções dos usuários da Atenção Primária sobre a SF. Estudo descritivo de abordagem qualitativa. Participaram 25 usuários de 5 unidades básicas de saúde da família da cidade de Crato-CE. Aplicou-se entrevista semi-estruturada e gravada para coleta do material empírico. Obedeceu-se aos aspectos éticos que envolvem estudos com humanos. Os dados foram analisados com técnica de conteúdo categorial que permitiu a identificação de temas e construção das seguintes categorias: (1) Percepção Sobre a Estratégia de Saúde da Família e (2) Preferência dos Usuários Quanto Aos Serviços de Saúde, cada uma com suas respectivas subcategorias. Evidenciou-se que ainda há pouco entendimento sobre a SF e uma percepção dela como assistência para pobres, com valorização excessiva de consultas médicas apoiada na visão curativista e na aquisição de medicamentos. Encontrou-se também que existe uma forte percepção de superioridade da assistência hospitalar em relação à SF fundamentada principalmente na complexidade da assistência. Nesse sentido, os resultados mostram que o usuário não compreende bem o que é e, tão pouco, a que se propõe a SF, exibindo ainda uma forte preferência ao sistema hospitalar. Assim, os usuários permanecem ainda bastante influenciados pelas ideias do modelo biomédico de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde; Saúde da Família; Usuário; Percepção.

ABSTRACT - The Family Health Strategy (FH) is consolidated in Brazil with almost two decades of operation. The strength of the FH is strongly influenced by people's participation in this process which is closely related to the perception. This study Aimed to know the perceptions of the users about Primary Health about FH. This is a qualitative and descriptive study carried out in 5 Family Health Units with 25 users of the FH. Semi-structured interview was applied and recorded. Its complied the ethical aspects involving studies with humans. The data were organized and categorized based on technique of thematic content analysis. that allowed the identification of themes and construction of the following categories: (1) Perception of the Family Health strategy and (2) Preference of Users Concerning Health Services, each one with their respective subcategories. It was evident that there is still a small understanding of the users about the FH and a perception of it as assistance to poor, There was an excessive appreciation of medical care, supported by the curative vision and the acquisition of medicines. It was also found that there was a strong sense of superiority of hospital care in relationship to the FH, It is based mainly on the complexity of care. This results show that the majority of the user does not understand what is the FH neither its proposition, and still showing a strong preference to the hospital system. Thus, the user still remains heavily influenced by the ideas of the biomedical model of health.

Keywords: Primary Health care; Family health; User; Perception.

1. INTRODUÇÃO

A estratégia de Saúde da Família (SF) foi proposta pelo Ministério da Saúde em 1994 partindo da necessidade da reorganização da assistência à saúde a partir da Atenção Primária¹. Atua na perspectiva da universalidade, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde, numa abordagem ao indivíduo por inteiro, deixando para traz a ótica especializada e fragmentada com foco patológico, todavia, valoriza as práticas de prevenção de agravos alicerçadas na linha de promoção da saúde.

O estado do Ceará, panorama do surgimento da SF, foi objeto de rápida expansão das equipes na maioria

Autor correspondente

Loeste de Arruda Barbosa

Universidade Federal do Ceará (UFC).

Avenida Universidade, 2853.

Fortaleza (CE) – CEP: 60020-181.

Telefone: (085) 3366-7300.

Email: loeste.arruda@gmail.com

Artigo encaminhado 16/07/2012

Aceito para publicação em 14/09/2012

dos municípios. Portanto, faz-se possível evidenciar, um avanço da SF, com ênfase na expansão de cobertura e esse fato é de alçada importância para a concretização do modelo assistencial proposto².

Na cidade de Crato, uma das principais cidades do Ceará, até janeiro de 2011, foram implantadas 26 equipes da saúde da família, correspondendo a 76,82% de cobertura³. Além do aumento da cobertura, outro aspecto que deve ser levado em consideração, para a solidificação e melhor aproveitamento dos serviços oferecidos aos seus usuários, é compreender se a população tem a percepção de sua real, proposta, objetivos e metas.

Traz-se nesse artigo, a percepção sendo considerada como um dos principais comportamentos precorrentes através do qual se constrói a realidade, podendo-se construir o conhecimento do que se passa consigo e com os outros indivíduos mesmo sem haver a troca de informação diretamente entre eles⁴.

Acredita-se que o desenvolvimento das ações da SF e a eficiência de seus resultados são profundamente influenciados pela percepção que os usuários têm sobre a mesma. Assim, conhecer o que eles pensam e entendem acerca do serviço e/ou política pública adotada se faz essencial para seu êxito, já que os usuários são quem de fato, usufruem do serviço, conseqüentemente e, de posse desse conhecimento, podem ser traçadas estratégias para um aproveitamento ótimo do que lhes é dispensado, bem como para reorientar as práticas de saúde.

Tendo por base as reflexões ora apresentadas, desenvolveu-se o presente estudo que traz como eixo investigativo: conhecer a percepção dos usuários da Atenção Primária sobre a SF. Entende-se como oportuno e relevante a discussão dessa temática no cenário do surgimento da SF e, assim, saber se mesmo depois de transcorridas quase duas décadas das primeiras experiências com a SF, a população já tem a percepção do que ela realmente significa.

Nesse sentido, espera-se que o presente estudo possa contribuir para a construção de estratégias que visem o melhor direcionamento das políticas públicas na Atenção Primária a partir dos resultados encontrados, em especial no que concerne à melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela SF e adequação dos mesmos às necessidades da população.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em Unidades de Saúde da Família (UBASF) de diferentes áreas da cidade de Crato, que tem população estimada no ano de 2010 de 119.949 habitantes⁵. O município é considerado uma praça comercial de expressiva importância, bem como centro hospitalar, universitário, industrial e religioso.

Cinco UBASF foram selecionadas aleatoriamente de diferentes pontos da área urbana da cidade e sob os seguintes critérios de inclusão: consentimento do enfermeiro(a) responsável pela unidade e funcionamento há mais de um ano, tempo para que já possa ter sido construído um vínculo entre a equipe de saúde e a população adscrita. As unidades de saúde que não contemplaram tais quesitos foram excluídas, procedendo-se então, um novo sorteio.

A amostra do estudo foi de 25 usuários da SF 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, considera-se a saturação dos dados, quando houver repetição dos mesmos em mais de 50% dos casos, ou outro critério pré-estabelecido⁶. Nessa perspectiva, a seleção dessa amostra baseou-se nos princípios da pesquisa qualitativa, cuja preocupação está no aprofundamento e abrangência da compreensão, recorrendo-se a um critério de amostragem que possa refletir as múltiplas dimensões da totalidade⁷.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão dos sujeitos: consentimento do entrevistado mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido para participação voluntária, ser usuário dos serviços da UBASF, residir 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 coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2009 com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada elaborada pelos autores e gravada. A entrevista é uma forma de interação social⁶ e seu roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas⁷. No intuito de preservar as identidades dos sujeitos, suas falas ficaram representadas numericamente de 1 a 25 e acompanhadas da letra 'E' que representa a entrevista em questão.

A análise e sistematização dos dados ocorreram utilizando-se a técnica de análise de conteúdo categorial, que se baseia em operações de

desmembramento do texto em unidades temáticas, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias e, se necessárias, subcategorias⁸. A análise foi fundamentada com literatura pertinente referente à temática.

Este estudo se conduziu dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsinque e resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Obteve-se parecer favorável do comitê de ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte sob o processo Nº 2009_182 FR 220913.

3. RESULTADOS

Dos 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 idéias similares sobre os temas abordados. Todos os sujeitos expressaram idéias que se enquadram nas duas categorias.

3.1 Categoria 1: Percepção Sobre a Estratégia de Saúde da Família

Esta categoria é composta por ideias nas quais os sujeitos exprimem seus juízos em relação à SF quando foram indagados sobre o que é SF, a que ela se propõe e o que acham dos serviços ofertados. Suas idéias foram agrupadas em três subcategorias: Percepção Socioeconômica, Visão Médico-medicamentosa e Percepção Vinculada a Real Proposta.

3.1.1 Subcategoria: Percepção Socioeconômica

Essa subcategoria explana que os usuários possuem conhecimento restrito sobre a SF, fundamentado em uma visão socioeconômica de inferioridade da assistência de saúde pública em relação à assistência privada, como também fazem alusão da SF a um simples posto de saúde, como pode ser evidenciado pelas falas a seguir:

A gente é atendida, mas não é como se fosse uma consulta particular... (E25).

É esses postos mais próximo de casa com todo o oferecimento a nos pobres que não

tem dinheiro... quem tem condições de pagar não vem pra cá! (E6).

O particular resolve logo, aqui demora muito, eu so procuro aqui porque não tenho dinheiro (E10).

É uma ajuda para pessoas carentes que não tem condições de comprar medicamentos... (E18).

Eu nem sei o que é isso, só sei que o posto dá remédio quando a gente precisa, atende, dá encaminhamento para hospitais, não tendo outro, esse serve (E 20).

3.1.2 Subcategoria: Visão Médico-medicamentosa

Nesta subcategoria os sujeitos demonstram uma percepção da SF baseada em aspectos que envolvem medicamentos e o profissional médico, entendendo a SF como um ponto para aquisição de medicamentos e consultas médicas, sendo esse profissional o ponto de maior importância e fundamental da SF.

Um lugar que onde o mais importante é as consultas... e pegar remédio (E7).

Quando o medico está presente tenho minhas necessidades atendidas mas quando não está fico meio perdida! (E10).

Outros usuários tem uma percepção tão marcante de que a SF se resume a consultas médicas e obtenção de medicamentos que mostram até um pouco de hostilidade a estratégias não medicamentosas quando adotadas. Há também mais valorização de médicos especialistas e, por terem pouco conhecimento sobre a SF e sua equipe, os sujeitos sugerem/reindicam pontos inadequados ao que se propõe a SF como: saída de médico clínico geral e sua substituição por especialistas e adequação da SF a atendimentos de urgência e emergência como na rede hospitalar.

Quando a criança chega doente o médico poderia passar uma medicação, ai ele manda ela gargarejar água com sal (E16).

Falta um ginecologista, um especialista em mamografia... eu queria um posto mais adequado com a área de pediatria.... precisa de muitas coisas na parte de um posto de emergência (E10).

Aqui não é tão organizado, o médico atende mais o publico geral (E2).

O mais importante são as consultas... e pegar remédio (E7).

3.1.3 Subcategoria: Percepção Vinculada a Real Proposta

Apenas quatro sujeitos exprimiram ideias para a construção dessa subcategoria em que há uma percepção próxima da real proposta da SF, já conseguindo perceber a importância de estratégias mais abrangentes delineadas pela SF como: promoção da saúde, prevenção de doenças, planejamento familiar, intersetorialidade de ações, visita domiciliar e, principalmente, a valorização de estratégias de educação em saúde.

É uma coisa assim programada para atender as famílias... para que haja melhoria na saúde... os enfermeiros esclarecem, a dentista explica né?! Vão também nas escolas, fazem reuniões com setores da comunidade a pessoa fica sabendo de tudo, como se comportar, alimentação saudável, fazer exercício, eu acho muito legal (E11).

É um lugar de prevenção, pra melhoria da nossa saúde... (E24).

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 os enfermeiros às vezes saem quando as pessoas não podem vir, vai o médico na casa né!? (E11).

O PSF ajuda muito principalmente na parte das jovens que engravidam cedo de mais, às vezes os anciões que estão com dificuldade de atendimento que as agentes de saúde vêm nas casas fazer visitas saber como estão de saúde, tem consultas médicas mesmo em casa (E15).

3.2 Categoria 2: Preferência dos usuários quanto aos serviços de saúde

Tal categoria explana as idéias dos sujeitos quando questionados acerca de suas preferências quanto aos serviços de saúde, com ideias centrais que foram agrupadas em duas subcategorias: Saúde da Família e Assistência Hospitalar.

3.2.1 Subcategoria: Saúde da Família

Nessa subcategoria os sujeitos direcionam sua preferência para os serviços oferecidos pela SF, quando necessitam realizar algum tipo de cuidado à saúde, estando essa preferência ligada à proximidade das UBASF de suas residências. Apenas um sujeito que

prefere os serviços da SF em relação aos serviços hospitalares pela qualidade do atendimento.

Apesar do atendimento do posto não ser excelente, mas o atendimento ainda ganha do hospital (E19).

3.2.2 Subcategoria: Assistência Hospitalar

Nesta subcategoria os sujeitos referem possuir uma maior afinidade por hospitais pela possibilidade de acesso a um maior número de profissionais e agilidade de atendimento. Eles também expressam uma idéia de superioridade e efetividade da assistência prestada nos hospitais quando comparada com os serviços da SF, conforme os depoimentos:

Eu prefiro um hospital porque a medicina é mais... (E8).

Obviamente eu prefiro um hospital, pois lá tem um médico para lhe atender, numa urgência o médico está lá, não tem precisão de pedir por favor para arrumar um carro no posto (E16).

O hospital é melhor porque é mais completo (E21).

Prefiro um hospital claro!!! Lá vai ter tudo, enfermagem, pronto socorro, ele é mais completo (E24).

No hospital se for o caso de internar já interna, é tudo facilitado... (E9).

Bom seria um hospital, mas não tendo esse posto serve, se tivesse a gente não tinha que ir mais longe para internar e consultar uma criança (E4).

4. DISCUSSÃO

Evidenciou-se uma concepção restrita da grande maioria dos sujeitos quanto à SF, retratando-a numa visão reducionista apoiada fundamentalmente em aspectos socio-econômicos, enxergada como lenta e problemática quando comparada com o sistema de saúde privado. Assim, os sujeitos fazem uso dos serviços da SF, principalmente por conta de condições financeiras desfavoráveis que impossibilitam a migração para a rede particular. Os sujeitos, em sua maioria, quase não tem nenhum conhecimento sobre a SF e na tentativa de conceituá-la, materializam e resumem-na a um “posto de saúde” implantado pelo governo.

Talvez essa visão sócio-econômica exista pelo fato de que a SF foi implantada primeiramente, em muitas

idades do Brasil, nas áreas onde se concentram as populações mais carentes com as piores condições de infra-estrutura básica. Há também, alusão da SF ao "posto" quando os sujeitos se referiam a ela em outras cidades do País⁹. Ressalta-se que na cidade de Crato, a SF também começou a ser implantada nos bairros mais carentes do município.

Nesse sentido, se formou uma percepção congregada em aspectos socio-econômicos aliada a uma percepção de conformismo, visto que a SF é tida como algo vinculado à população menos favorecida socio-economicamente, apoiada na associação desse serviço de saúde à população mais carente, ficando assim, o estigma de uma assistência para os pobres.

Ficou clara uma visão da SF, por parte significativa dos sujeitos, centrada na assistência médica, em que resumem os serviços da SF principalmente às consultas médicas, sendo o profissional médico classificado como o mais importante. Eles também detêm uma valorização excessiva de especialidades médicas e devido ao conhecimento restrito do que é e, a que se propõe a SF, desejam a inserção de mais médicos especialistas nas unidades e até mesmo serviços de urgência e emergência.

Em outro estudo realizado em Crato, encontrou-se que ainda há uma tendência, por grande parte dos usuários, de relacionar cuidados em saúde a consultas médicas, refletindo as influências do modelo biomédico de atenção à saúde, centrado na cura da doença e voltado apenas a consultas e ao profissional médico¹⁰. Isso explicaria o motivo desse tipo de percepção em relação à SF.

As interações entre os sujeitos e o modelo biomédico duraram por um longo período em comparação ao tempo de interação dos mesmos com os serviços da SF, contribuindo para que haja uma percepção que ainda focaliza os cuidados em saúde centrados na figura médica com valorização da abordagem especializada desse profissional, entendendo por vezes, o médico generalista como ineficiente e fora do contexto proposto pelo serviço.

Enxergar a Atenção Primária apenas como um campo de práticas médico-assistencialistas, se contrapõe ao modelo de organização da assistência proposto pela SF¹¹. Ademais, demanda voltada exclusivamente para o profissional médico, contribui para a falta de acesso e para a vinculação dos usuários a um único membro da equipe, levando a uma diminuição da busca pelo serviço quando o médico está ausente¹². Como consequência dessa situação, sai

perdendo a população por não usufruir de uma gama de serviços de saúde e equipe interdisciplinar, que em muitos casos atenderiam suas necessidades muito melhor que consultas médicas.

Encontrou-se também uma percepção da SF e seus serviços centrada na questão da aquisição de medicamentos, diretamente aliada às consultas médicas, sendo entendida pelos sujeitos como ponto essencial na SF. Inclusive eles mostram até um desdém às medidas alternativas não medicamentosas que poderiam ser adotadas.

Essa percepção está intrinsecamente aliada a resultados de outro estudo, desenvolvido também na cidade de Crato, onde se evidenciou que o principal motivo de busca dos sujeitos pela SF era por motivos mórbidos ou quando necessitam de algum medicamento. Assim, 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 doença¹⁰.

Sabe-se também que a concepção de problema e/ou necessidade por uma dada população é bastante influenciada pela cultura e nível educacional, sendo que a população, na maioria das cidades brasileiras, foi acostumada a considerar que saúde depende de consultas, exames e remédios, assim, muitas pessoas vão à procura do serviço no intuito de suprir a farmácia caseira, principalmente agora que o serviço de saúde está mais próximo delas. Entretanto, sabe-se que 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 medicamento¹³.

Uma das linhas norteadoras da SF é a mudança do enfoque da saúde pela substituição do modelo tradicional de assistência voltado à cura das doenças por um modelo no qual a família interage nas diversas situações de saúde-doença. Fazendo-se preciso então, para que a família possa ser cuidada de modo global, que o cuidado aconteça antes que as situações de doença apareçam ou se agravem¹¹.

Uma minoria expôs idéias que reproduzem uma visão próxima da real proposta da SF proveniente da vivência do usuário com os serviços prestados tais como: atividades educativas prestadas pelos enfermeiros, o trabalho dos dentistas, a consultas médicas e às visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, ou seja, um trabalho interdisciplinar, voltado para a cura, promoção,

prevenção e proteção de agravos à saúde da população.

Esse tipo de assistência prestada na unidade e no domicílio permite que a população acompanhada crie vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade, com estratégias que priorizam ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua¹⁴.

Nesse sentido, com base nas experiências vivenciadas nos serviços da SF, alguns usuários começam a perceber o que realmente é e qual o propósito da SF, um serviço de saúde que visa muito mais que a cura e tratamento de doenças, mas sim um centro de assistência holística com foco na promoção da saúde.

O usuário da SF de Crato, mesmo não compreendendo muitos aspectos que envolvem a SF, já consegue perceber a importância de suas ações, que trazem a saúde para mais perto da população, demonstrando valorização de muitas ações de prevenção e promoção da saúde¹⁰.

No que se refere à preferência dos usuários em relação ao nível de complexidade dos serviços de saúde, percebeu-se que uma parcela muito pequena dos usuários prefere os serviços prestados pela SF. Tal preferência pela SF se dá principalmente devido a maior proximidade da comunidade com a UBASF, facilitando assim, o acesso, como também, fazem referência à qualidade do serviço oferecido por esse setor dos serviços de saúde, que apesar de possuir entraves, é referida como melhor quando comparada ao setor secundário ou terciário da saúde, tornando dessa maneira, essa esfera mais atrativa para os usuários, o que sinaliza influências não dominantes do modelo biologicista nesse pequeno grupo.

Dentro do modelo biologicista o lócus privilegiado é o hospital, com uma visão dominante de saúde sendo representada pela ausência de doenças, mas a Reforma Sanitária vem buscando sua consolidação por meio da implantação de políticas públicas que visam à transformação do modelo assistencial, consciência dos profissionais de saúde e principalmente da consciência coletiva das comunidades¹⁵.

Dessa forma, com uma visão ampliada dos fatos e novas perspectivas do trabalho em saúde coletiva, a população compreenderia e valorizaria mais as ações da SF, não reduzindo suas vantagens à proximidade de suas residências e facilidade de acesso.

Entretanto, identificou-se uma preferência substancial da maioria dos sujeitos pela assistência hospitalar em comparação aos serviços da SF, demonstrando uma percepção de inferioridade da SF em relação à assistência hospitalar, sinalizando ideias centradas na assistência complexa com foco patológico, o que retrata mais uma vez, a solidificação das ideias ainda presentes do modelo de saúde direcionado à assistência terciária.

Os sujeitos visualizam também, o hospital como um centro de saúde que é mais organizado em comparação à UBASF, posicionamento esse, possivelmente influenciado pelo entendimento/percepções com foco médico-medicamentoso e sócio-econômico que envolve a temática em questão. Os sujeitos também destacaram, à preferência por centros de maior complexidade com tecnologias de ponta, pela possibilidade de acesso a um maior número de profissionais e agilidade de atendimento.

A rede hospitalar por funcionar durante 24 horas ininterruptas, com uma equipe de profissionais qualificada em várias áreas de emergências clínicas e traumáticas acaba estimulando a população a buscar por esse tipo de serviço¹⁶. Outra razão que pode contribuir para percepção aqui encontrada de inferioridade da assistência da SF em relação ao hospital se deve às deficiências na atuação dos profissionais da SF, principalmente médicos, quanto aos horários irregulares, faltas frequentes, além do não cumprimento da carga horária diária e atrasos significativos para o início da jornada de trabalho¹⁰.

Nesse sentido, esses fatores muito contribuem para a percepção de inferioridade da assistência da SF em comparação com a assistência hospitalar, refletindo assim, na preferência dos sujeitos por esse tipo de serviço ao invés daquele.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo permitiu captar as percepções dos usuários da SF através da análise do seu modo singular de enxergar sua realidade de acordo com suas vivências e teias de relações com o serviço de saúde.

Existe ainda uma grande lacuna relacionada ao nível de informação e entendimento da população a respeito da SF, sendo esta representada por muitos, simplesmente como um “posto de saúde” voltado para a assistência à população menos favorecida socio-

economicamente e baseada na assistência médica, embora uma minoria tenha uma visão mais próxima da real proposta do serviço.

Ainda há uma incontestável preferência do usuário pelo sistema hospitalar centrada em um entendimento de cuidados em saúde focalizados em complexidade da atenção em nível hospitalar com foco patológico, o que demonstra como ainda permanecem arraigadas intrinsecamente na população as influências do modelo biomédico de assistência à saúde a pesar dos avanços conseguidos na Atenção Primária através da SF.

Um importante avanço se faz quando a população compreende a proposta de um dado sistema, assim, ela pode participar efetivamente dele cientes de seus direitos e deveres, podendo contribuir para sua solidificação e sucesso. Embora se saiba que esse entendimento é assimilado continuamente conforme vivenciado cotidianamente necessitando de tempo e intercâmbio entre usuários, profissionais da saúde e sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortez EA, Tocantins FR. Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(6): 800-4.
2. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2): 358-64.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. <Acesso em 23.06.2011>
4. Lopes CE, Abib JAD. Teoria da Percepção no Behaviorismo Radical. *Psic Teor e Pesq* 2002; 18(2):129-137
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo 2010. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=23. <Acesso em 09.09.2012>
6. Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 2ª ed. Florianópolis: UFSC/ Pós Graduação em Enfermagem; 2002. p.290.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.406.
8. BARDIN L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. p. 229.
9. Trad L, Bastos ACS, Santana ED, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc Saúde Colet* 2002; 7(3): 581-9.
10. Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira CC. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Rev Bras Promoç Saúde* 2011; 24(4): 347-54.
11. Vieira RP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia Saúde da Família: a visão dos adolescentes. *Cogitare Enferm* 2011; 16(4): 714-20.
12. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde Soc* 2007; 16(3): 85-91.
13. Borba PC, Oliveira RS, Sampáio YPCC. O PSF na Prática: organizando o Serviço. Juazeiro do Norte: FMJ; 2007. p. 133.
14. Fontinele Júnior K. Programa Saúde da Família (PSF) comentado. Goiania: AB; 2008. p. 216.
15. Saube R, Wendhausen ÁLP, Benito GAV, et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Texto & Contexto Enferm* 2007;16(4): 654-61.
16. Furtado BMASM, Araújo Júnior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7(3): 279-89.