



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**CURSO DE ENFERMAGEM - BACHARELADO**

**NEURO APARECIDO DE ALMEIDA**

**O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DO USUÁRIO**

Salvador  
2006

**NEURO APARECIDO DE ALMEIDA**

**O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DO USUÁRIO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem apresentado ao Departamento de Ciências da Vida/Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

**Orientadora:** *Prof<sup>a</sup>*. Msc. Marluce de Oliveira Brito Meira

Salvador  
2006

**NEURO APARECIDO DE ALMEIDA**

**O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DO USUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, Salvador – BA

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientadora - Prof<sup>a</sup>. Msc. Marluce de Oliveira Brito Meira**  
**Universidade do Estado da Bahia**

---

**Examinadora – Prof<sup>a</sup>. Msc. Josenaide Engracia dos Santos**  
**Universidade do Estado da Bahia**

---

**Examinadora – Prof<sup>a</sup>. Ana Paula Chacharulo de Moraes Pereira**  
**Universidade do Estado da Bahia**

*Aos meus pais Josimiro (in memorim) e Dulce, pilares maiores de minha existência. Aos meus irmãos Ziu e Meire a melhor ponte com o meu passado e possivelmente quem vai sempre, mesmo, me apoiar no futuro. E, por fim aos mestres - àqueles que souberam ser exemplos de profissionais, por serem “do jeito que eu quero ser quando crescer”.*

# AGRADECIMENTOS

A Deus, Eterna fonte de conforto.

A Prof. Msc. Marluce de Oliveira Brito Meira pela orientação deste trabalho.

A Dr<sup>a</sup>. Sandra Neves, a Enf<sup>a</sup>. Sheila Cristina e ao Tec. de Enfermagem Roberto Mano pela colaboração como intermediadoras e facilitadoras da pesquisa em suas respectivas instituições.

Aos meus amigos da Residência Universitária – RUSEC, que, também como eu, não medem esforços em busca da realização de seus sonhos.

A todos da turma por terem sido mais que colegas, verdadeiros amigos nos momentos de alegria e de tristeza.

E a todos aqueles que se fizeram especiais em minha vida, pelo incentivo, aprendizado ou simplesmente por terem deixado um pouco de si.

“Mais leitos hospitalares, mais médicos, não era a receita. Melhor gerência das grandes organizações, melhores programas comunitários e de saúde pública e mais atenção a todos os determinantes da saúde – emprego, habitação, estilo de vida renda – era o caminho a seguir”.

Bob Rae, Premier de Ontário, Canadá, 1994.

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB  
Bibliotecária : Jacira Almeida Mendes – CRB :5/592

Almeida, Neuro Aparecido de

O programa saúde da família na visão do usuário / Neuro Aparecido de Almeida . - Salvador, 2006.

52f.

Contém referências e apêndices.

Orientadora : Marluce de Oliveira Brito Meira.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I. 2006.

1. Saúde pública - Brasil . 2. Pessoal da área médica e pacientes.  
I. Meira, Marluce de Oliveira Brito. II. Universidade do Estado da Bahia.  
Departamento de Ciências da Vida.

CDD : 362.10981

## RESUMO

Este estudo teve como objeto a visão que os usuários têm a respeito do Programa Saúde da Família (PSF), cujo objetivo principal foi compreender o entendimento dos usuários a respeito dessa estratégia além de verificar como, para os usuários, o PSF vem prestando a assistência à saúde. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, que utilizou para a análise, referências concernentes com os objetivos. A amostra se constituiu de 13 usuários de uma área coberta pelo PSF na cidade de Camaçari - Bahia. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas gravadas que consistiram em perguntas que contemplavam os objetivos do estudo. As falas dos entrevistados foram transcritas fielmente e analisadas dentro das dimensões cognitiva, relacional e organizacional e articulando-as com o referencial teórico. Com os resultados obtidos pode-se observar que ficou claro que os usuários entendem e percebem que a estratégia visa buscar melhorias para a saúde da população, sem no entanto compreender o programa como tal. As informações obtidas levaram a uma reflexão sobre as práticas educativas da estratégia, sugerindo uma abordagem ampla da saúde visando implantar efetivamente o SUS.

**Palavras Chave:** Programa Saúde da Família, Usuário, Entendimento.

## ABSTRACT

This study had as its object the vision that the users have regarding the Program Health of Família (PSF), whose main objective was to understand the agreement of the users with the respect of this strategy besides verifying as, for the users, the PSF comes giving the assistance to the health. One is about a descriptive study, of qualitative nature, that it used for the analysis, concerning references with the objectives. The sample is constituted of 13 users of an area covered for the PSF in the city of Camaçari - Bahia. The collection of data was carried through recorded interviews that had consisted of questions that contemplated the objectives of the study. You say them of the interviewed ones transcribing and they had been faithfully analyzed inside of the dimensions cognitive, relational and organizational and articulating them with the theoretical referential. With the gotten results it can be observed that it was clearly that the users understand and perceive that the strategy aims at to search improvements for the health of the population, without however understanding the program as such. The gotten information had led to a reflection on practical educative of the strategy, suggesting an ample boarding of the health aiming at to implant the SUS effectively.

**Keys Words:** Program Health of the Family, User, Agreement.

## SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Assistência Individual de Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

ESF – Equipe de Saúde da Família

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UNEB – Universidade do Estado da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1 OBJETIVO GERAL	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>16</b>
2.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	16
2.2 A BUSCA DE UM MODELO ASSISTENCIAL ALTERNATIVO PARA A SAÚDE NO BRASIL	21
2.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	24
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b>	<b>28</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 LOCUS DA PESQUISA	28
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	29
3.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	31
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>33</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B - ENTREVISTA</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família - PSF é uma organização político/social, uma vez que envolve a coletividade nas decisões e deliberações locais relativas à saúde, pois segundo o Ministério da Saúde a implantação do Programa Saúde da Família depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter a proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas. (BRASIL, 2005)

É notório que há um empenho dos governos tanto federal, estadual e municipal em reorientar o modelo assistencial da saúde através da reorganização da atenção básica. Ao longo do curso de graduação em Enfermagem tenho percebido esse empenho das autoridades, principalmente a de nível central, o Ministério da Saúde, que tem buscado no PSF a reestruturação dos serviços de saúde em nível da atenção primária, sendo este parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde – SUS do Brasil.

O PSF é uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, por isso tem provocado um movimento importante para o reordenamento do modelo de atenção vigente. A decisão do Ministério da Saúde de priorizar o Programa Saúde da Família faz parte da estratégia de reorganização da Atenção Básica.

Essa estratégia imprime uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde e possibilita maior racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial. Produz resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida e permite o estabelecimento de vínculo das Unidades Básicas de Saúde com a população o que tem possibilitado o resgate da relação de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços, permitindo também

o resgate da humanização na atenção à saúde das pessoas. Isso tem se constituído no grande diferenciador do modelo tradicional de prestação de serviços de saúde.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198, inciso II institui para a saúde “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Um dos grandes dilemas dos atuais gestores municipais de saúde, que quase sempre dispõe de escassos recursos, é: atender à demanda espontânea ou programar a oferta que tem um caráter preventivo. Tradicionalmente o sistema de saúde está voltado para atender à demanda espontânea. No inconsciente coletivo é nítida a idéia de que um bom serviço de saúde é aquele que resolve os problemas das pessoas de forma imediata. A programação da oferta constitui uma estratégia que se desenvolveu como uma reação aos problemas gerados pela demanda espontânea, que tem como base, exclusivamente, a lógica da clínica.

A idéia central do Programa Saúde da Família implica uma organização das práticas, visando ao enfrentamento eficaz de problemas específicos de saúde vigentes na comunidade, mediante a oferta organizada de ações e serviços que atendam a oferta programada sem, contudo, deixar de atender à demanda espontânea. Dessa maneira, o conceito de integralidade da atenção, um dos pilares do SUS, estará sendo cumprido e deve ser entendido como atenção integral dispensada aos sujeitos, e, superando assim, a dicotomia entre prevenção e cura entre o coletivo e o individual.

Essa vertente de pensamento abre um espaço democrático, pedagógico, terapêutico e de produção de subjetividade, uma vez que a estratégia envolve a comunidade nas decisões políticas e preconiza educação permanente, através de oficinas, encontros e debates dos profissionais de saúde com os usuários, visando discutir os problemas da comunidade e traçar planos de ação para resolvê-los, além de estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Durante a realização do Estágio Curricular Supervisionado I, vivenciei a realidade de uma Equipe de Saúde da Família em sua área de cobertura, e mantive contato direto com a população adscrita, prestando serviços de enfermagem de acordo com as atribuições do enfermeiro no programa. Dessa forma, surgiu o interesse de compreender como os usuários vêm o PSF.

Nesse sentido, estabeleci o seguinte questionamento:

- Como os sujeitos que usam os serviços de saúde vêm e entendem o novo processo de cuidado da saúde da coletividade – o Programa Saúde da Família?

E as seguintes questões norteadoras:

- Qual a visão do usuário do PSF sobre a assistência recebida?

- Os usuários desenvolvem atividades junto aos profissionais do PSF?

Com o intuito de buscar respostas para estes questionamentos foram destacados os seguintes objetivos:

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender qual o entendimento dos usuários dos serviços de saúde sobre o PSF.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar, na visão do usuário, como o PSF vem prestando assistência à clientela da área de abrangência;

Identificar na fala dos usuários, as atividades desenvolvidas por eles junto aos profissionais do PSF.

O presente estudo é composto estruturalmente de quatro partes. A primeira parte trata-se de conteúdos relativos ao PSF de modo geral, chegando a questão de pesquisa e aos objetivos do estudo. Na segunda parte encontra-se abordado o referencial teórico, iniciando com uma abordagem histórica da saúde no Brasil no último século. Em seguida abordou-se a busca de um modelo alternativo que respondesse aos problemas de saúde prevalentes na população, culminando com a proposta do Programa Saúde da Família.

A terceira parte é caracterizada pela descrição da metodologia utilizada para a elaboração e caracterização da pesquisa. Nela estão contidos os sujeitos de pesquisa, campo de pesquisa, instrumento utilizado para a coleta dos dados, o tipo de estudo, a maneira como foram analisados os dados e os instrumentos utilizados. O resultado e discussão dos dados obtidos através da pesquisa de campo, estão presentes nesta quarta parte do estudo. Os achados a partir da entrevista com os usuários estão transcritos fielmente ora em sua totalidade ora em fragmentos.

Por fim, são apresentadas as considerações finais que abordam a relevância do estudo e sua contribuição para o desenvolvimento de futuras pesquisas

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

A história e a atual situação da Saúde no Brasil são resultantes do silêncio secular do Estado em relação à Saúde Pública, traduzido nas posturas governamentais distanciadas do interesse da coletividade na ausência de Políticas de Saúde eficientes e pela constância de algumas políticas prejudiciais. Até o final do século XIX, o Estado atuava apenas em questões epidêmicas, não existindo qualquer ação voltada a saúde da população geral.

Segundo Pires (1998) só na década de 1920 ocorreu o surgimento das primeiras políticas públicas de saúde, com ações sanitárias de caráter coletivo, mas ligadas ao interesse mercantil, como o saneamento dos portos. Em 1923 foi criado o primeiro órgão destinado as políticas públicas em saúde: o Departamento Nacional de Saúde Pública. Conforme Oliveira; Souza, *apud* Pires (1998) a prática médica desta época era essencialmente de caráter liberal e financiado pelo próprio indivíduo que recorria ao profissional. Durante mais da metade do século XX, o acesso à saúde esteve vinculado ao trabalho, sendo garantido apenas para manter e restaurar a força de trabalho. Nesta lógica e por ação da lei Eloy Chaves, são criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923, as quais não tinham intervenção estatal e eram organizadas por empresas específicas, sendo sustentadas por recursos advindos de contribuições das empresas e do proletariado. Somente tinham direitos a seus benefícios àqueles que trabalhavam sob registro e contribuíaam para as CAPs.

Com o gradual crescimento das CAPs, o Estado passou a contribuir com os fundos de aposentadorias e pensões, e começa a gerenciar seus recursos. Em 1930, criam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por profissão. Oliveira; Souza, *apud* Pires (1998), apontam que as CAPs possuíam um caráter voltado a assistência médica.

No entanto, os IAPs voltam-se mais as questões previdenciárias, fruto da atuação governamental de contenção de gastos. Na década de 1930, a assistência médica era comprada de serviços privados de saúde, vigorando a lógica da privatização dos serviços e instituições prestadoras dos mesmos para não onerar o Estado.

Estabeleceu-se uma cisão entre a Saúde Pública e a Assistência Individual de Saúde (AIS) a partir da década de 1950. A AIS tem seus serviços originados principalmente no setor privado de saúde e são comprados pelo Estado com os recursos provindos da Previdência Social, disponíveis apenas para a classe trabalhadora formal, e se caracterizava por ser eminentemente curativa. A saúde atrelada à previdência social adquire importância tamanha para o Estado que, no final da década de 1950, os IAPs são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Para Oliveira e Souza (1998) a criação do INPS consolidou o modelo brasileiro de seguro social e de prestação de serviços médicos. O direito a assistência à saúde não era uma condição de cidadania, mas uma prerrogativa dos trabalhadores que tinham carteira assinada e, portanto, contribuía com a previdência.

Nas décadas de 1960 e 1970, consolida-se este modelo dos serviços de saúde vinculados ao interesse do capital que privilegiava a medicina curativa, ao comprar os serviços de assistência médica do setor privado, permitindo que o Estado se eximisse da obrigação de gerir instituições com fins de promover a saúde da população. Viana (1994) pontua que através da Previdência Social, neste período, a política de saúde apoiava-se numa estreita parceria entre o Estado e os segmentos privados por meio do credenciamento de médicos e a contratação de serviços hospitalares e laboratoriais. Assim, se criou um sistema privado prestador de serviços de saúde altamente complexo, com alta densidade tecnológica e que progressivamente vai se transformando num setor de acumulação do capital.

No final da década de 1970, o modelo assistencial de saúde atravessou uma crise de esgotamento. Diversos fatores são apontados para a consecução desse quadro. Um deles é o fim do “milagre econômico” brasileiro, Viana (1994). O envelhecimento da população também é apontado por Oliveira; Souza *apud* Pires (1998), porque acarretou uma mudança no padrão dos recursos previdenciários, na medida em que aumentava a população a receber benefícios e diminuía proporcionalmente a população de contribuintes. Pelo fato do sistema ser eminentemente curativo a morbidade populacional era alta. Para responder a essa situação o aparato tecnológico tornou-se cada vez mais denso, o que acarretava gastos exorbitantes.

Além disso, a Organização Mundial da Saúde implementou política de atendimento em saúde para a parcela pobre da população mundial. A abertura política no início da década de 1980 também influenciou nesta conjuntura e o Estado foi obrigado a abrir debate sobre novos modelos para a assistência em saúde, Pires (1998). Inúmeras tentativas foram empregadas, culminando com a vitória do movimento da Reforma Sanitária. Para Arouca *apud* Paim (1994) a proposta da Reforma Sanitária brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro lado, a possibilidade de existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.

Segundo Paim (1994) em 1986, os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se os seguintes elementos: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado; Sistema Único de Saúde - SUS; participação popular; constituição e ampliação do orçamento social.

Em 1988 esses elementos foram inseridos na Constituição Brasileira, que garantiu acesso à saúde a todos os cidadãos, dissociando-o do trabalho formal. Por este princípio, o

SUS foi uma revolução na demanda pelos serviços de saúde, não mais restringindo o acesso à saúde pública aos não contribuintes da previdência social. Mendes (1993) coloca que, neste processo, o Estado não garantiu a contrapartida necessária em infra-estrutura destinada à efetivação do SUS, o que, para Oliveira; Souza *apud* Pires (1998), interferiu de maneira significativa na expansão dos planos e seguros de saúde privados, no início da década de 1990, já que uma parcela significativa da clientela do serviço público de saúde, não obtendo a qualidade que até então dispunha, passou a fazer parte da rede de usuários dos planos de saúde.

Percebe-se, dessa maneira, que apesar da lei garantir o direito à saúde a todo cidadão criou-se uma situação de exclusão, já que os serviços prestados pelo SUS eram considerados de baixa qualidade. Isso levou a parcela da população mais abastada a procurar os planos de saúde particulares. Além disso, os indicadores de saúde do Brasil continuaram distantes dos níveis aceitáveis, com alta prevalência de morte materno-infantil, doenças infecto - parasitárias além de outros agravos.

Para Paim (1994) as intervenções necessárias para a melhoria dos níveis sanitários e para a garantia do acesso oportuno aos serviços de saúde dependem de medidas técnicas e administrativas, porém exigem mudanças de ordem econômica, política e cultural, o que requer tempo e altos investimentos.

Ainda segundo Paim *apud* Paim (1994) o enfrentamento da situação de saúde analisada requer intervenções setoriais (no âmbito do sistema de serviços ou setor saúde) e extra-setoriais (que envolva outros setores como educação, trabalho, agricultura, habitação, saneamento etc.).

Desde o início da implantação do SUS é marcante o jogo de interesses. Por um lado, os privatistas, que percebendo a necessidade do governo em comprar os seus serviços, fazem *lobby* contra a efetiva implantação dos princípios do SUS. Por outro, os defensores das

idéias da Reforma Sanitária, acreditando num sistema mais justo e viável técnico e politicamente, tem conseguido avanços importantes na institucionalização de leis e normas que viabilizem o SUS. Para Paim *apud* Paim (1994), apesar de certos avanços alcançados na legislação (capítulo Saúde das constituições e Leis nº 8.080/90), a reforma sanitária tem encontrado grande resistência para a sua concretização.

A lei Orgânica no. 8080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a lei no. 8142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos e financiamentos na área da saúde e dá outras providências são exemplos dessa conquista.

Sendo a descentralização um dos pilares que fundamenta o SUS, um movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) (MS, 1993) e especialmente a de 1996 (NOB 01/96) (MS, 1996), que induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios. Já em 2001, foi aprovada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001) (MS, 2001), que pretende estimular um fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de assumirem a coordenação de um processo de regionalização da assistência.

No Brasil, convivem de forma contraditória ou complementar o modelo assistencial sanitário e o modelo médico-assistencial privatista, (PAIM, 1994). Essa convivência de modelos distintos tem ocasionado uma relação nem sempre harmoniosa na operacionalização dessas políticas, e o resultado disto é que a saúde da população, sobretudo se observada na

perspectiva coletiva não tem alcançado níveis satisfatórios. Assim, os pensadores e formadores de opinião têm buscado a formulação de modelos assistenciais para o enfrentamento eficaz da situação da saúde no Brasil. Ressalta-se que os modelos em voga têm sempre um caráter de preservar as conquistas sociais alcançadas a duras penas, a exemplo dos preceitos sobre saúde declamados na Constituição Federal de 1988.

## 2.2 A BUSCA DE UM MODELO ASSISTENCIAL ALTERNATIVO PARA A SAÚDE NO BRASIL

Tradicionalmente, quando se fala em saúde pública tem-se a idéia do enfrentamento dos problemas de saúde da população através da realização de campanhas (vacinação, combate ao dengue, reidratação oral etc.) e de programas especiais (controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental etc.) Essas ações configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a descentralização na organização dos serviços Paim (1994).

Ainda segundo Paim (op. cit.) o modelo assistencial que predomina no Brasil (o médico-assistencial privatista) está voltado fundamentalmente para a chamada demanda espontânea, que de maneira escamoteada visa ao lucro. Este modelo, portanto, tende a atender os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por livre iniciativa os serviços de saúde. Esse sistema só preocupa em manter funcionando uma dada oferta que responda só à demanda espontânea, e como conseqüência, o patamar de doenças prevalentes na população permanece elevado por não priorizar uma política de prevenção da saúde, o que, de certa forma, caracteriza uma mercantilização dos serviços.

Segundo Mendes (1996), para que o SUS possa firmar-se como espaço de saúde é necessário reconstruí-lo em seus fundamentos medulares. Isso só será possível com a construção social de um novo sistema de saúde, o que exigirá mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. E, como conseqüência, na ordem governativa da saúde. Sintetizando essa idéia, Mendes (1996 p. 234) coloca:

Figura 1 Categoria sentido da mudança

---

Concepção saúde-doença	Negativa	→	Positiva
Paradigma sanitário	Flexneriano	→	Produção social da saúde
Prática sanitária	Atenção médica	→	Vigilância da saúde
Ordem governativa	Gestão médica	→	Gestão social

---

Fonte: (MENDES, 1996 p. 234)

O tradicional modelo de atenção à saúde é baseado no paradigma flexneriano, que se expressa ainda segundo Mendes (1996), pelos elementos: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo.

O novo paradigma de produção social da saúde deve estar centrado na produção social, pois, segundo Matus *apud* Mendes (1996), salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. Assim, tudo que o ser humano cria a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, relacionais, organizacionais, econômicas e culturais pode ser alterado pelo processo de produção social, no caso específico, a forma como se vê e promove saúde.

A lição que se tira ao fazer uma retrospectiva histórica do sistema de saúde no Brasil é que a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, não é um dado objetivo, mas uma construção histórica. Depreende-se que a produção social da saúde nos moldes

propostos pela Reforma Sanitária é possível, mesmo sabendo que para isso, tem-se enfrentado um terreno de conflitos acirrados por discordância ideológicas, profissionais e até mesmo éticas.

Em uma linguagem mais simples, o modelo almejado deve dar mais atenção à prevenção que à cura. O Ministério da Saúde na busca de experiências bem sucedidas e norteadas por essa concepção, voltou-se para o Estado do Ceará, e pôde constatar a bem sucedida experiência daquela região, e criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), custeado por meio de convênio entre a FUNASA/MS e Secretarias Estaduais de Saúde, tendo como unidade de ação programática a família, e não mais o indivíduo, e introduziu a noção de área de cobertura (por família).

Esse programa tem como principal figura o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que segundo PIRES (2004) ao citar o Informe de AB/MS, nº. 15, ano III, fev.2002, o ACS se caracteriza pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão direta do enfermeiro.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), no início de 1992, o PACS se estendeu em caráter de emergência para os Estados do norte do país, como estratégia de combate à epidemia de cólera que ameaçava a região.

O ano de 1993 foi decisivo quanto à permanência do PACS. As diversas experiências acumuladas pelo programa em diferentes municípios do país como Quixadá-MG, Niterói-RJ, Campinas-SP, cada um aplicando ao seu modo, além do PACS, ações programáticas em saúde, medicina geral e comunitária se refletiram na diminuição da mortalidade infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo, melhoria dos indicadores de nutrição das crianças e aumento das taxas de cobertura vacinal. Essas ações eram realizadas juntamente com as medidas gerenciais tomadas, em parceria com as secretarias estaduais de

saúde, o que permitiu um redirecionamento do programa com o propósito de corrigir problemas e valorizar suas potencialidades.

No final de 1993, o PACS abrangia 13 Estados das Regiões Norte e Nordeste, com 29 mil ACS atuando em 761 Municípios (MS, 2002). Este período foi marcado pelo fortalecimento do processo de municipalização dos serviços de saúde, em que foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS/93), que estabelece novos critérios para a responsabilização dos municípios na gestão municipal em saúde.

Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família, lançado em março de 1994. Era apresentado como a estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial, rompendo com os comportamentos passivos das unidades básicas de saúde e estendendo suas ações para a comunidade.

### 2.3 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF visa assegurar a continuidade das conquistas sociais. Apesar de avanços alcançados no plano jurídico institucional pela Constituição Federal, e posteriormente pelas leis n.º 080/90 e n.º 8142/90, as conquistas concretas de mudanças organizativas e administrativas para superar o modelo médico hospitalocêntrico e curativista, ainda são insuficientes para a consolidação do SUS. Sem dúvida, um dos grandes desafios do governo brasileiro é a consolidação dos princípios do SUS - universalização, descentralização, equidade, integralidade e participação da comunidade. O Programa Saúde da Família reafirma e incorpora esses princípios. Assim, o governo federal estabeleceu como meta prioritária a expansão das Equipes de Saúde da Família, como ferramenta importante para a mudança do modelo assistencial.

A estratégia do PSF segundo PIREs (2004) foi iniciada efetivamente em 1994 com a formação das primeiras equipes de Saúde da Família, que incorporaram e ampliaram a atuação dos agentes comunitários. O PACS se constituiu uma estratégia transitória ao PSF. A institucionalização da estratégia PSF pelo Ministério da Saúde ocorreu através a NOB-SUS 96. A decisão de implantar ou não o PSF no município, segundo a norma, deve ser pactuada entre as secretarias de saúde municipais e a estadual, além de ser votada pelos respectivos

Conselhos de Saúde. A norma também estabelece acréscimo percentual ao montante do Piso de Atenção Básica - PAB, recebido pelo município, de acordo com o percentual de cobertura populacional pelo programa. Essa medida visa incentivar os municípios a implantarem o PSF.

Saúde da Família é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

O Ministério da Saúde afirma que as experiências têm mostrado:

[...] funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. (BRASIL, 2005).

Essa capacidade de resolução dos problemas na própria comunidade é um dos principais objetivos do PSF. Para o Ministério da Saúde, o programa traz uma reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes do PSF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas.

Segundo Mendes (1995, p.14)

[...] pelas oficinas, devem passar todo o universo de uma instituição, porque a concepção desse processo tem, por detrás de si, uma singela constatação: a de que não haverá reforma sanitária se não houver uma mudança de cada uma das pessoas comuns e correntes que trabalham nos serviços de saúde.

Assim sendo, a coletividade deve estar consciente de seus direitos, ser participativa nas decisões políticas e buscar sempre a melhora dos serviços públicos de saúde. O SUS em um de seus princípios, através da Lei no. 8142, de 28 de dezembro de 1990 deixa clara a

importância e necessidade da coletividade participar das deliberações políticas através do Controle Social. A equipe de Saúde da Família deve apoiar, bem como promover movimentos para a organização de Conselhos de Saúde locais, visando ao pleno exercício do direito de intervir nas decisões políticas referentes à saúde.

Um outro caráter atribuído ao programa é a questão educacional e informativa:

O PSF tem uma característica pouco percebida: permite a difusão da informação. Um dos maiores problemas enfrentados pelos setores mais pobres, mais humildes, na área da saúde, é a desinformação sobre o que fazer para serem atendidos quando ficam doentes. Na maioria das vezes, essas pessoas não sabem o que fazer. Esta é, sem exagero, metade de seu problema, (SERRA 2002, p.26).

Como conseqüência dessa característica informativa e educacional da população pelo PSF, tem-se a diminuição da demanda em relação aos hospitais. Casos simples que requer, em muitas vezes, apenas informação ou procedimentos sem instrumentos complexos, vão ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde. Caso contrário, acabariam nas longas filas dos hospitais, em função da desinformação, dificultando o atendimento e causando um custo social elevado, tanto para a seguridade social como para os próprios sujeitos que procuram os serviços.

A estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família, que é uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

Segundo o Ministério da Saúde, as Unidades de Saúde da Família devem atuar com base nos seguintes princípios:

**Caráter Substitutivo:** Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

**Integralidade e Hierarquização:** A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade

tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

**Territorialização e adscrição da clientela:** trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

**Equipe multiprofissional:** A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe – numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas. Outros profissionais poderão ser incorporados nas Unidades de Saúde da Família ou em equipes de supervisão, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. (BRASIL, 2005).

De fato, tais princípios deixam claros avanços nas políticas de saúde voltados para a atenção básica. Salienta-se, porém, que a coletividade deve estar ciente de seus direitos e estar num processo contínuo de educação para maximizar a eficácia da estratégia. Fica claro que os profissionais envolvidos nesse processo devem estar comprometidos com os objetivos do programa. Assim sendo, a transformação deve permear pelos cursos de graduação na área da saúde que tem em seus currículos, quase sempre, um conteúdo voltado para a cura, ou seja, privilegiam a atenção secundária e terciária, com raras exceções.

Para uma nova estratégia, é necessário um novo profissional, ciente e realmente comprometido com as reais causas do processo saúde/doença. Assim, esses profissionais devem ter uma formação generalista e humanista, com visão crítico-reflexiva e capacitados para atuarem na atenção básica, secundária e terciária, tendo compromisso, senso de responsabilidade social, comprometimento com a cidadania e sendo promotor da saúde integral do ser humano.

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa sobre a visão que os usuários têm a respeito do Programa Saúde da Família. Segundo (MINAYO, 1996) a pesquisa qualitativa tem um caráter subjetivo, já a quantitativa, matemático e objetivo. No presente estudo prevalecerá a abordagem qualitativa, sendo que ao aspecto quantitativo será usado como subsidio para analise subjetiva dos dados.

#### 3.2 LOCUS DE PESQUISA

Este estudo foi realizado em uma área coberta pelo PSF a mais de três anos e abordou, sobretudo, a visão do usuário frente a essa nova estratégia. Objetivou-se, assim, encontrar uma população que tivesse no seu histórico recente experiência com o novo modelo de Atenção Básica.

O local de pesquisa escolhido foi Camaçari, município da Região Metropolitana de Salvador - Bahia. A escolha desse município se deu por apresentar áreas geográfico-populacionais cobertas pelo PSF com mais de três anos.

A pesquisa foi realizada em uma área do centro da cidade de Camaçari atendida por uma Equipe de Saúde da Família - ESF, a qual foi definida por sorteio conforme procedimento metodológico elaborado (amostragem aleatória simples escolhida por sorteio). Procedeu-se assim para evitar que a população pesquisada sofresse a interferência de indicação de terceiros por ser considerada área onde a estratégia está sendo bem ou mal sucedida.

Foi usada a técnica de amostragem aleatória simples para a seleção da área geográfico/populacional na cidade de Camaçari, coberta por uma ESF, e dentro desta, usou-se a mesma técnica para a seleção das pessoas a serem entrevistadas, tendo o cuidado de entrevistar no mínimo um usuário por micro-área, num total de seis. Procedeu-se dessa maneira por ser praticamente impossível aplicar o instrumento da pesquisa a toda população. Segundo Marconi; Lakatos (2002), em situações como esta, há a necessidade de investigar apenas uma parte da população ou universo. O sorteio da área pesquisada contou com a presença da Coordenadora do PACS/PSF do município de Camaçari além de outro funcionário da Secretaria da Saúde do referido município.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram pessoas que estão residindo na área geográfico/populacional e que estão devidamente cadastradas no programa. O número de entrevistados não foi pré-estabelecido, o critério usado foi a observação de repetição no padrão das respostas e opiniões pela área geográfica do estudo. Com base nesse critério, o estudo contou com uma amostra de 13 pessoas. Nesse sentido, Linconl e Guba (1996) *apud* (QUEIROZ, 2004) ressalta que o conceito de amostra, na pesquisa qualitativa, possui uma conotação completamente diversa da amostra estaticamente constituída, não sendo obrigatório determinar o número de sujeitos a serem pesquisados.

A idade mínima do entrevistado foi estabelecida em 18 anos. Partiu-se do princípio de que com essa idade o adolescente já esteja concluindo ou concluído o ensino médio que, de acordo com o Ministério da Educação, deve abordar noções básicas de saúde, além de não necessitar de autorização de responsáveis para participar do estudo.

### 3.4 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi entrevista estruturada que, segundo Marconi; Lakatos, (2002, p. 93-94)

É aquela em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano.

Para a elaboração da entrevista (APÊNDICE B) buscou-se a corroboração e considerações de Marconi; Lakatos (2002). As questões de natureza subjetiva foram registradas através das falas dos entrevistados em um gravador de voz para posterior análise e elaboração da parte escrita da pesquisa.

Durante a realização das entrevistas foram abordados 14 usuários da Unidade de Saúde da Família - USF escolhida, sendo que 13 responderam prontamente e um se recusou. Para o local das entrevistas, preocupou-se em escolher um ambiente tranquilo. Todas as entrevistas foram feitas de maneira individualizada, sendo que 05 ocorreram na própria USF, mais especificamente na sala de consulta de enfermagem, e as 08 restantes, foram realizadas nas próprias residências dos usuários, quase sempre na sala de visita.

Para Leopardi (2002) a entrevista tem a vantagem essencial de que são os atores sociais mesmos que proporcionam os dados relativos à suas condutas, opiniões, desejos e expectativas, coisa que, pela sua própria natureza, é impossível perceber de fora.

Minayo (1993) afirma que na pesquisa qualitativa a interação entre o pesquisador e o sujeito pesquisado é essencial. Assim sendo, antes do início propriamente dito da entrevista tomou-se alguns cuidados para que o entrevistado soubesse com clareza as intenções da pesquisa e se sentisse respeitado. Nesse sentido, os participantes assinaram um termo de consentimento informado (APÊNDICE A), quando foram informados que poderiam desistir da pesquisa caso não tivesse interesse em permanecer como pesquisados, sem nenhum

prejuízo por tal desistência. Portanto, a questão ética foi preservada como recomenda o Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96.

O estudo foi realizado durante os meses de novembro e dezembro de 2005 e janeiro de 2006, a entrada no campo se deu através de solicitação do Colegiado do Curso de Enfermagem e posterior autorização do secretário de saúde do município em questão, iniciando com a pesquisa bibliográfica e concluindo com a análise e elaboração da parte escrita da pesquisa. ( ANEXO A)

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados prevaleceu o caráter qualitativo, pois se trata de um fenômeno social que deve ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos, sendo assim a abordagem prevalecente foi subjetiva, conforme afirma Minayo (1996).

A análise qualitativa dos dados teve como eixo norteador os princípios do SUS na tentativa de buscar o entendimento e a opinião dos pesquisados sobre o PSF no que diz respeito à assistência prestada pelos profissionais de saúde.

As falas foram analisadas tomando como referência as categorias baseadas nas dimensões propostas por Prévost *et al apud* Trade (2002). Ressalta-se que existem várias dimensões citadas por este autor, mas para o presente estudo, foram usadas apenas três:

- 1 Dimensão cognitiva – percepção sobre o PSF, idéia central, visualização da lógica de funcionamento;
- 2 Dimensão relacional – respeito e consideração, escuta, compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da ESF;

- 3 Dimensão organizacional – tempo de espera por consultas, localização dos serviços, suprimento de medicação e equipamentos, acesso à informação e referenciamento para os níveis de maior complexidade.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas tiveram início com o questionamento sobre o entendimento que os usuários têm a respeito do PSF, o que pode ser observado nas falas a seguir apresentadas:

*“O que eu entendo, é que é de ajuda para as famílias, pra saúde, por ora eu entendo isso”*. E1

*“O que eu entendo por programa de saúde da família é que seja uma saúde digna, com bons atendimento, com os medicamento tudo em dia, quer dizer tenha como o governo manter...”* E3

*“Entendo que é coisa boa pra gente né, se não tivesse programa da saúde pra agente ficaria ruim. É bom ter”*. E4

*“Eu tenho uma menina que já trabalha em visita as famílias marca consulta, essa menina já trabalha aqui a muito tempo, e se continuar melhor, eu acho que é muito bom, as vezes a pessoa ta com um problema de pressão de uma dor ligeira, sabe a onde ta a assistência, da a assistência nas casas é ótimo, eu acho que é maravilhoso...”* E5

*“O que eu entendo é que é cuidar da saúde, dos que moram no bairro, daqueles que precisam de atendimento, que chega la no posto e ate que são bem atendidos aqui em nossa comunidade”*. E8

*“Eu entendo assim, mais ou menos, não tem assim uma clareza profunda né, mais eu entendo que melhorou bastante. É orientação da comunidade, é ver a necessidade da saúde da família como um todo ne, o que a gente eu entendo é que valorizou bastante o bairro, a pessoa já não sai muito pra, deslocar por que os hospitais públicos não..., é muito lotado, muitas vezes você tem ate uma guia, uma orientação mas não tem um lugar adequado pra fazer seus exames, seu tratamento de acordo a sua necessidade”*. E11

*“Bom, o programa de saúde da família é um programa comunitário, pras pessoas que moram naquele bairro entendeu, é planejamento familiar, mulher que tá gestantes, que é muito importante”* E13.

Como afirma Mendes (1996) o SUS só será concretizado a partir de uma nova construção social da saúde, na qual envolva a população rumo à superação do modelo hegemônico para o modelo proposto – o SUS. O PSF, como coloca o Ministério da Saúde é uma estratégia para organizar a atenção básica á saúde, e que compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção do SUS. A aceitação e o entendimento, mesmo que parcial dessa estratégia, pelos usuários é fundamental rumo à construção social da saúde.

Ao analisar as falas dos entrevistados até aqui colocadas, sob a perspectiva da **dimensão cognitiva**, fica claro que os usuários entendem e percebem que a estratégia visa buscar melhorias para a saúde da população. No entanto, sobre a visualização da lógica de funcionamento do programa, percebe-se que poucos usuários conseguem entender o conjunto de ações do programa. Nas falas, é possível notar a idéia de que um bom serviço de saúde ainda é o curativo.

Já um outro grupo de entrevistados manifestou que não entende o programa:

*“Eu não entendo mais nada, eu vejo passar ai, mas, eu não, eu não, eu vivo naquela hora depois passo”*. E7

*“Agora essa resposta eu não sei”*. E9

*“Eu por enquanto não entendo quase nada porque eu sou leigo nisso”*. E10

*“O que você acha, não entende, não sabe, nunca me explicou, você não sabe. Eu só acho que é uma coisa boa, que fizeram ai pra”*. E12

Entender o programa em suas bases teóricas e sua lógica de funcionamento talvez não seja tão simples, mas alguns entrevistados demonstram um total desconhecimento do programa. Sendo essa estratégia parte de um processo de construção social é necessário que a orientação/educação da população prime pelo entendimento de sua lógica de funcionamento.

*“O que eu entendo por programa saúde da família, se é dentro da realidade e dentro dos padrão que cumpra como bota ai a lei é bom o programa, agora se é como só tem uma fachada não vai pra frente de jeito nenhum porque eu vejo, agente vai num posto medico é bem atendido, entendeu, a questão da diabetes, eu tenho problema de coluna, entendeu, eu vou num posto medico mas o que que acontece, chega lá eu sou bem atendido pelo médico, como eu já fui bem atendido no posto, um excelente medico, que eu acho que é o medico J..., mas, tudo que ta no padrão dele ele pediu, que foi exames, mas a gente acha a maior dificuldade pra fazer esses exames...” E6*

Este entrevistado demonstra certo grau de entendimento do programa enquanto proposta para a melhoria da saúde, porém deixa explícita uma crítica aos governos e autoridades que usam esses programas como “*fachada*”. Analisando a sua fala percebe-se que em nível local o entrevistado está satisfeito com a atenção recebida, mas coloca de maneira bastante firme uma crítica ao sistema de referenciamento que como já foi dito faz parte do conjunto de ações para a organização da atenção à saúde do usuário. Além de que, a USF constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção à saúde o que supõe integração à rede de serviços mais complexos. A crítica, portanto, está voltada para a **dimensão organizacional** do sistema que não dá condições do usuário prosseguir um tratamento requisitado pelos profissionais da atenção básica. A atenção integral aos indivíduos e famílias como coloca o SUS não está sendo cumprida.

Na seqüência, os entrevistados foram questionados: Após a implantação do PSF como você acha que ficou a assistência à saúde em sua comunidade?

*“Eu acho que melhorou bastante”*. E1

*“Bem né, melhorou cem por cento”*. E2

*“Melhorou, melhorou muito, e porque de primeiro a gente saia pra pegar um medico la embaixo la na rua e era dificil achar, marcar um dia e aqui agente já sabe o dia que vem, é melhor, melhorou cem por cento”*. E4

*“Ficou maravilhosa”*. E5

*“Ficou bem, ficou bem porque antigamente pra gente marcar uma consulta com o medico era dificil, eu sou diabético, e hoje não ta mais dificil, eu saio daqui 1 hora da tarde e marco uma consulta, no outro dia eu vou lá de manhã e sou atendido, entendeu, então sobre o atendimento medico ta de parabéns, mas agora sobre a outras coisas não ta funcionando, entendeu...”*. E6

*“Pra mim ta tudo bem graças a Deus viu, não tem o que me queixar do trabalho desse pessoal desse PSF né, não tem o que me queixar de nenhum, de nada deles lá, não tenho ate aqui”*. E8

*“Ficou melhor do que era, ficou melhor do que era, de vez em quando as meninas vem aqui, visita do medico ainda não”*. E10

*“É melhorou, consideravelmente, é mais um tratamento melhor, pra comunidade, eles assiste a palestras, eu acho que melhorou bastante, é uma pena que, já foi promessa de implantar uma área própria e ate hoje não foi feita não foi implantada, nos tivemos reuniões já sabemos ate a data de ser implantado, e o próprio secretario da saúde admitiu e ficou, de ser implantado um PSF próprio, em uma área própria, porque aquela área é alugada”*. E11

*“Eu acho que melhorou um pouco, melhorou bem mesmo que aqui não tinha esse posto de saúde, hoje, agora ta tendo um incentivo bom mesmo, eu acho”*. E12

*“Foi implantado esse programa eu acho que foi em 99, pelo ex prefeito. A assistência melhorou muito e com esse prefeito agora eu acho que vai melhorar mais ainda. Essa é minha opinião”*. E13

*“Eu acho que melhorou, só que precisava mais vezes de agentes de saúde visitando e passando na casa da gente, se eles viessem mais vezes era melhor. Ontem dia 14 a menina veio aqui, mas já tinha mais de 30 dias que ela não vinha aqui”*. E9

A implantação do PSF, como já foi colocado, é consequência de uma decisão política para a reordenação do modelo assistencial – de substituir as práticas tradicionais por uma nova prática – que se inicia na atenção básica, onde os serviços de saúde criam vínculos de responsabilização com a população, (MINISTERIO DA SAÚDE 2005), assim, a satisfação dos usuários é fundamental, sobretudo porque se tornaram parte do processo rumo a construção do paradigma social da saúde.

Ao perguntar como os usuários acham que ficou a assistência em sua comunidade depois do PSF, abre-se um precedente para fazer uma comparação entre a assistência prestada anteriormente e a atual.

De modo geral o Programa Saúde da Família é visto pelos usuários de maneira bastante positiva. Analisando as falas dos entrevistados, no que concerne ao modo como eles vêem a estratégia e como ficou a assistência após a implantação, fica patente um alto grau de satisfação, sobretudo porque aproximou o acesso aos cuidados médicos, melhorou o nível de informação sobre o processo saúde-doença através das palestras e outras atividades educativas esclarecendo situações de risco, e os cuidados básicos, além da visita domiciliar, tida como grande diferenciador da estratégia.

O entrevistado a seguir, ao contrario das falas apresentadas anteriormente afirma:

*“Essa eu vou lhe responder e não tem segredo não, to achando péssima, e muito mais pior do que a outra, ate mesmo o atendimento. Quanto a questão do medico esta otimo.*

*A saúde pra ser boa tem que ter remédio, a farmácia tem que ta suprida com remédio, que a gente não tem salário pra comprar remédio. Se eu tivesse salário eu não tava aqui, eu tava no convenio, mas a onde eu vou, chego aqui não tem o remédio, na semana passada eu, o medico ate passou um remédio, cheguei no posto não tinha, fiquei sem o remédio, comprar, eu não tinha o dinheiro, ai eu não comprei, então ta péssimo, o presidente tem que da um jeito, passo os postos todinho não tem remédio, nem o mais barato não tinha, então o atendimento a saúde aqui na comunidade, eu quero entender o seguinte, a pessoa que não pode, tem que ter um atendimento constante, a farmácia tem que ta suprida, o governo não só faça obras bonitas ai na praça mas manter isso aqui, o mais importante é a saúde, inaugurar uma praça tão bonita e eu nem poder ir lá olhar porque to doente. Isso eu não tem segredo, o prefeito eu ate conheço ele muito bem, mas não tem nada contra ele”. E3*

Percebe-se que o usuário não está satisfeito e acha a atual assistência “*péssima*”, porém ao analisar o seu entendimento a respeito do PSF, este mesmo entrevistado havia informado que “*entendo por programa de saúde da família é que seja uma saúde digna, com bons atendimentos, com os medicamento tudo em dia*”, portanto, para este usuário a proposta da estratégia é boa mas não esta funcionando como coloca a lei. Depreende-se que a sua critica esta na **dimensão organizacional** do sistema uma vez que ele não encontra os remédios prescritos nas farmácias das unidades. Devendo a assistência ser integral e equânime, como coloca a lei, percebe-se que a assistência têm falhas na dimensão organizacional quanto ao suprimento de medicação. Nessa fala e possível notar também, que o entrevistado tem uma percepção sobre assistência à saúde, como sendo o combate das doenças através de remédios.

O depoimento dessa entrevistada de mais de 80 anos e acamada foi bastante contundente:

*“Diz o povo que é boa, diz o povo, mas pra mim eu não acho vantagem de nada, porque eu to em cima da cama há 5 anos, e 5 anos não e 5 dia, que eu não acho um fi de Deus que me leva no medico, pra fazer suspensão do braço nem nada, aqui não vem ninguém, aqui parece que eu já morri, não tem transporte, só quando meu sobrinho ta de licença é que ele vem, e que ele trabalha na coelba, é quando acontece que ele ta de licença é que ele vem, quando ele não vem eu não posso ir, hoje mesmo tinha um cartão pra marcar, o menino foi pra marcar mas já era 9 hora e não vai marcar mais, pra ir na diabetes, que eu sinto diabetes e derrame”. E7*

Pra esta usuária o sistema de saúde não lhe traz nenhuma vantagem. O seu depoimento é marcado com um desabafo que tem como grande marca o abandono, tanto por parte dos familiares como por parte dos serviços públicos. A sua crítica transita da **dimensão organizacional** à **dimensão relacional** do sistema, pois os serviços de saúde não se preocupam em lhe dar atenção e os profissionais, nem mesmo os agentes comunitários de saúde vão visitá-la, o que é uma atribuição desse profissional, *“aqui não vem ninguém, aqui parece que eu já morri”*. Está evidente um descaso ao ser humano.

Fazendo uma análise das falas dos 13 entrevistados sobre a qualidade da assistência antes e depois da implantação do PSF chega-se aos números da Tabela 1 a seguir apresentada:

**Tabela 1** – Qualidade da assistência prestada antes e depois do PSF segundo os usuários; Camaçari – Ba, dezembro de 2005.

<b>Categoria</b>	<b>Nº. de usuários</b>	<b>Percentagem</b>
Melhorou	11	84,6%
Piorou	01	7,7%

Ficou no que estava

01

7,7%

---

Na última etapa da entrevista foi perguntado aos usuários se eles já haviam participado de alguma atividade com os profissionais de saúde, e o que eles achavam dessas atividades, a seguir, apresenta-se as falas:

*“Tenho assistido palestras sobre hipertensão e diabetes, eu não sou hipertensa, mas tenho assistido, até caminhadas eu tenho feito com eles. E eu acho importante.”* E1

*“Palestras, eu acho bom pra quem não entende o que sofre, é muito bom saber de alguma coisa, as vezes a pessoa ta com uma doença e não sabe o que procede, as vezes ta com uma doença e não sabe de onde veio, então e bom ficar sabendo. Muita gente não sabe nem o que sofre. Uma vez uma médica me disse sobre pressão, diabetes o que significava, e ela me deu um livro e eu tem ele em casa e passei a entender tudo isso que a diabetes o medico não cura, nem um remédio que cura”.* E3

*“Com um médico daqui e outro. Falava sobre a doença da gente, sobre a doença carditca, eu sou carditico. Eu acho isso interessante, o que eles falam é certo, a dieta certa, não pode comer sal. Aqui eu sou sempre bem atendido, não tem o que dizer”.* E4

*“A uns 2 anos atrás, participei de caminhadas com os médicos, enfermeiras, a gente andou aqueles redondeza ali do posto tudo, duas vezes na semana, agora depois desse novo agente ainda não fez ainda. Já participei de palestras, que eu sou hipertença, já varias vezes. É muito boa porque a gente passa a entender o que a gente não sabe, porque agente em casa não sabe, fica pensando que cura uma doença com chá e no fim tem que ir ao medico pra que ele explique que aquele chá não serve, que somente ele entende com o que nos pode ser curada”.* E8

*“Reuniões, orientações com os agentes de saúde, e algumas palestras ne. O que eu entendi é que é a intenção da comunidade ser mais orientada ne, mais assistida porque eu acho que sem o PSF a pessoa ficava mais desassistida na área da saúde, como o tratamento*

*da doença sexualmente transmissível, é como a gravidez fora de época ne, então eu acho que algumas pessoas amadureceram com as reuniões, é que algumas pessoas, é o povo você sabe, algumas pessoas tem que puxar a orelha pra poder participar ne, mas quando participa tem uns que gosta das palestras, muitas dessas pessoas que tem dúvida, acho que o PSF não deveria acabar”. E11*

*“Particpei de varias, ‘hipertensão, diabetes...,’ tudo, tudo, e eu acho muito bom porque as pessoas ficam ativas entendeu, que antigamente tinha aquele problema de mulher dizer, ah, eu não queria ter filho, agora não, tem todos o programa, tem o preservativo, tem o remédio, tem a injeção, muito bom, então a criatura hoje quer, quer ter 4 ou 5 filhos é porque quer, se a pessoa não tiver condições , 1 ou 2 e o bastante, porque tem filhos hoje quem quer. Muitas famílias está ajudada por esse programa, muitas famílias de colegas meus ficava lá no Geral sofrendo, hoje facilita tudo”. E13*

Essas falas abrangem, sobretudo a **dimensão relacional** no que se refere a respeito, consideração, gentileza por parte dos profissionais da ESF, e acesso a educação/informação.

Dos oito usuários que afirmaram que já participaram de atividades com os profissionais de saúde, são unânimes em afirmar que acham essas atividades importantes. Isso demonstra a aceitação e o desejo das pessoas em se informarem sobre as questões relativas à saúde.

Nas falas apresentadas é possível apreender que os usuários têm uma **dimensão cognitiva** da assistência à saúde mais voltada para a cura ou entendimento das doenças em si, o que demonstra prevalecer a concepção do paradigma sanitário tradicional. *“Tenho assistido palestras sobre hipertensão e diabetes” E2; “Palestras, eu acho bom pra quem não entende o que sofre, e muito bom sabe” E3; “Particpei de varias, ‘hipertensão, diabetes...’”. E13*

Sendo o PSF elemento principal da construção social do conceito abrangente de saúde rumo a concretização do SUS, é de fundamental importância que pelas palestras e

oficinas a idéia de saúde deve ser entendida não apenas como a ausência de doenças, e sim seu sentido mais abrangente, como foi defendida pela Reforma Sanitária, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acessos aos serviços de saúde. Não foi possível captar esse conceito ampliado na fala dos pesquisados. Entretanto, para a mudança de paradigma, como recomenda Mendes (1996), este deve ter caráter de mudança cultural o que certamente não acontece da noite para o dia, mas é certo que esse conceito deve ser trabalhado continuamente com a comunidade, até porque isso reflete no crescimento das pessoas como cidadãos.

O entrevistado seis cita que em uma reunião com membros da equipe gestora da saúde no município discordou com o princípio da adscrição da clientela:

*“De uma reunião com toda equipe ali naquele colégio Neuza Menezes. Eu ate discordei do que M... falou, ela disse que a saúde em Camacari não melhorava mais porque, não sei o que, que se melhorasse mais vinha gente de outro lugar pra se consultar aqui, vim fazer exame aqui, eu acho que isso não tem procedimento de existir isso, porque nos vivemos o que, você sabe, nos somos brasileiro, vivemos num pais, tanto faz a gente ta em Sergipe, ta em Alagoas, como ta em Pernambuco, como ta em Minas Gerais, como ta em São Paulo, nos estamos em nosso pais. Então isso não importa aonde ele queira ser atendido. Eu não saio daqui pra ser atendido em Salvador? Não fui fazer exame uma vez em Dias’Davila? E por que quem ta la não pode vir fazer aqui?...” E6*

De fato, como coloca Levcovitz; Garrido, (1996) , em termos conceituais pode haver uma certa tensão entre adscrição e universalidade. Mas se trata de um equilíbrio a ser buscado no processo de substituição que o modelo carrega. No seu limite, universalização e adscrição só não confrontam quando se tem toda a clientela adscrita, o que é possível,

viável e desejável. Certamente esse é um dos nós críticos do PSF a ser superado com a cobertura total da população pelo programa.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa trouxe possibilidades de reflexão sobre a maneira como os usuários vêem e entendem a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde como instrumento maior, rumo à concretização dos princípios do SUS. Além disso, esse trabalho possibilita uma reflexão sobre a atuação da ESF enquanto promotora do conceito abrangente de saúde. Tanto os gestores públicos como os profissionais da saúde poderão ter uma compreensão maior do envolvimento dos usuários com o PSF, já que foram eles mesmos que proporcionaram os dados relativos a suas opiniões, desejos e expectativas.

Acha-se aqui respondido o questionamento maior que norteou este estudo: como os sujeitos que usam os serviços de saúde vêem e entendem o novo processo de cuidado da saúde da coletividade – o Programa Saúde da Família? Pondera-se, porém, que este estudo não esgota em si, já que se trata de um fenômeno social, e como tal, passível de mudanças tanto no tempo como no espaço. Um outro aspecto ponderável é o nível de conhecimento e a cultura local das pessoas pesquisadas. O PSF tem sido implantado, prioritariamente, nas áreas mais carentes, onde normalmente, a população tem um baixo nível de instrução, o que indubitavelmente provoca viés nos padrões das respostas. E por fim, por se tratar de uma pesquisa exploratória qualitativa, a subjetividade da interpretação dos achados/falas pode dar margens a diferentes pontos de vista. Sendo assim, essa investigação, apesar de ter alcançado o seu objetivo, sugere mais estudos sobre o PSF na ótica dos usuários até mesmo para aperfeiçoar os instrumentos de pesquisa.

Foram vivenciadas algumas facilidades e dificuldades durante o desenvolvimento deste trabalho. Dentre as facilidades, destaca-se o apoio técnico dos professores da UNEB, em especial aos funcionários do Colegiado de Enfermagem que providenciaram todas as

deliberações necessárias para a realização desta pesquisa. No campo teve-se o apoio da coordenadora do PACS/PSF do município de Camaçari, da enfermeira, médico e técnico de enfermagem da USF escolhida, que não só disponibilizou o campo para pesquisa como também ajudou na busca dos usuários conforme metodologia elaborada. Isto contribuiu bastante para desempenho e qualidade científica do trabalho.

Com relação às dificuldades encontradas, destaca-se, no início da pesquisa, a mudança de secretário de saúde do município de Camaçari, o que atrasou em alguns dias a liberação do campo conforme no projeto original. Outra dificuldade encontrada foi a coincidência, durante o período de elaboração deste trabalho com o período de desenvolvimento do 9º semestre, época de sobrecarga de tarefas a cumprir relacionadas ao Estágio Curricular Supervisionado II, bem como a própria entrega do TCC, no final do curso.

Diante dos resultados encontrados, observou-se que os usuários entendem e percebem que o PSF visa buscar melhorias para a saúde da população. Os achados evidenciam um alto grau de satisfação dos usuários, havendo uma clara associação dessa satisfação com maior acesso local aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença, maior atenção, acolhida e gentileza por parte dos profissionais, a existência da visita domiciliar como elemento chave da aproximação do profissional da saúde com o usuário. A população visualiza a imagem do médico que visita as pessoas em suas residências como a grande mudança de paradigma do modelo assistencial: *“eu nunca vi médico vim na casa de ninguém no Brasil e hoje vem; já veio em minha casa, e vem ai na casa da vizinha, então funciona bem, ta de parabéns...”* E6. Os ACS são vistos como mediadores entre os usuários e os profissionais de saúde, principalmente para marcar consultas e aproximar os serviços.

Entre os aspectos negativos apontados pela população destaca-se a fragilidade no referenciamento para os níveis de maior complexidade e a falta de remédio nas Unidades Básicas de Saúde.

Sobre a visualização da lógica de funcionamento do programa, percebe-se que poucos usuários conseguem entender o conjunto de ações do programa. Sendo o PSF uma estratégia que tem na educação e na informação seu carro chefe, a população ainda não consegue visualizar o programa como tal. Para os usuários o conceito de saúde ainda se agarra no mundo das coisas palpáveis, concretas, dando mais importância aos remédios e ao posto enquanto estrutura física. Não que esses aspectos não sejam importantes, mas a construção social da saúde sob a nova perspectiva requer uma mudança do paradigma e da prática sanitária evoluindo da atenção médica flexneriana para a vigilância à saúde através de uma produção social da mesma. Óbvio que entender esses aspectos requer um exercício que envolva, sobretudo, o coletivo, mas o programa ainda não deu conta desta premissa.

Ao ser questionado quanto a participação em atividades com os profissionais da ESF, mais da metade afirmaram que participaram de palestras e reuniões, que por sinal é um bom percentual, mas depreende-se pelas falas que as atividades educativas ainda se limitam a esclarecer patologias como diabetes, hipertensão arterial, doença sexualmente transmissível e métodos para prevenir gravidez indesejada entre outros. O PSF é um espaço que extrapola a visualização da saúde, simplesmente como ausência de doença, é, sobretudo um espaço para o exercício da cidadania. Sendo assim, fica a sugestão de que pelas oficinas, palestras ou qualquer outra atividade educativa, passe também a desenvolver, e com mais empenho, o conceito de saúde abrangente, as diretrizes, os saberes e os objetivos das instituições legalmente constituídas, como o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde estaduais e municipais, e dentro destes o SUS.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Delvair de Brito, **Pesquisa Metodologia, Construindo Conhecimento**. Salvador, 1999. 239p.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Orgânica nº. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, 20/09/1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos e financiamentos na área da saúde e dá outras providências. Coleção Leis da República Federativa do Brasil, Brasília, 182 (6, t.I): 3447:3603, nov/dez, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O que é o PSF? Princípios básicos**, Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 de jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde, **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família**: Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2000. 65p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Revista brasileira de saúde da família/ departamento de atenção básica nº 5**, edição especial, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec Ltda., 2000. 236 p.

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE,USP. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <<http://ids-saude.uol.com.br/psf/videos/>>, Acesso em: 18 mar. 2005.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisas: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEOPARDI, Mária Tereza, **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pos-Graduação em Enfermagem, 2002. 290p. : il.

LEVCOVITZ, E.& GARRIDO, N.G. **Saúde da família: a procura de um modelo anunciado.** In: Cadernos de Saúde da Família. Brasília, ano I, n.1. p. 3-9, jan-jun, 1996.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno.** Washington: OPS/OMS, p.133-61, 1987.

MENDES, Eugenio Vilaça, **Distrito Sanitário** ed: Hucitec Abrasco, 1995.

\_\_\_\_\_. Eugenio Vilaça, **Uma Agenda para a saúde.** São Paulo, Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

\_\_\_\_\_. M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996. p. 21-25

Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão.** Brasília: MS. 1993.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96.** Brasília: MS. 1996.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 95 de 26 de Janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS Norma Operacional da Assistência à Saúde.** Brasília: MS. 2001

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais.** In: *Saúde Coletiva: textos didáticos/Universidade Federal da Bahia: organizado por Lígia Maria Vieira da Silva.*- Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores – CUT; editora Annablume, 1998.COHN (1995)

PIRES, Rodrigo Otávio Moretti, **Saúde Pública - Resumo Didático A Saúde Pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família.** JOFA, v. 4, n. 1, 2004. ISSN 1678-0507, Documento eletrônico- Artigo, disponível em [http://www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa\\_2004/textos\\_didaticos/body/v04n1td1.html](http://www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa_2004/textos_didaticos/body/v04n1td1.html). Acesso em 10 ago. 2005.

PRÉVOST A, FAFARD A & NADEAU MA (1998). **La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: l'expérience de la Régie Régionale Chadière-Appalaches.** *The Canadian Journal of Program Evaluation* 13(1):1-23.

QUEIROZ, Ana Albuquerque. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, Coimbra. **Metodologia de Investigação Qualitativa,** Texto incluído em 26 de fevereiro de 2004 no site [www.esebb.pt](http://www.esebb.pt).

SERRA, José. **Ampliando o Possível – As Política de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro-RJ, Ed. Campus, 2002.

TRAD, L. A. B, BASTOS, A.C.S, SANTANA, E.M, NUNES, M.O, **Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia**, *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 581-589, 2003.

VIANA, A.L. & DAL POZ, M.R. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil eo Programa de Saúde da Família**, *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 8, n.02, p. 19, Rio de Janeiro, 1.998.

\_\_\_\_\_, A. L. **Sistema e descentralização** – a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões. Tese de doutoramento apresentada ap Instituto de Economia da Unicamp, Campinas, 1994.

ZOBOLI, Elma L. C. **O Programa de Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde**. São Paulo. Disponível em: <[http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1texto9\\_1.asp](http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1texto9_1.asp)> Acesso em: 19 mar. 2005.

**APÊNDICE A****UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB****PESQUISA: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DO USUÁRIO****PESQUISADOR: Neuro Aparecido de Almeida****ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. Msc. Marluce de oliveira Brito Meira****TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa “O Programa Saúde da Família na visão do Usuário”, respondendo a uma entrevista realizada pelo pesquisador Neuro Aparecido de Almeida. Autorizo o uso das informações para fins de redação, divulgação e publicação em artigos científicos do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em enfermagem. Estou ciente de que os dados serão tratados de forma confidencial sem divulgação da fonte e de que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações por mim prestadas sem que eu seja submetido(a) a qualquer penalização ou indenização de qualquer espécie. Aceito, livremente, participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

---

Pesquisador (telefone p/ contato – 3243-2256/ 99163348)

---

Pesquisado(a)

**APÊNDICE B - ENTREVISTA****UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA**

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

PESQUISA: O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA VISÃO DO USUÁRIO

PESQUISADOR: Neuro Aparecido de Almeida

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. Msc. Marluce de oliveira Brito Meira

Entrevistado n° \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

1 – O que você entende por Programa Saúde da Família?

2 – Após a implantação do PSF como você acha que ficou a assistência à saúde em sua comunidade?

3 – Você já participou de alguma atividade com os profissionais de saúde?

 Sim – Quais? O que você achou dessas atividades? Não