

**ATENÇÃO À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES DA PERSPECTIVA DO
USUÁRIO COM DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL**Bianca Pozza dos Santos^aFernanda Nizoli Nunes^bPatrícia Tuerlinckx Noguez^aAdriana Roese^c**Resumo**

O objetivo do estudo foi conhecer a percepção dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis de uma Unidade de Saúde da Família de um município do sul do Brasil, com relação à assistência prestada pelo serviço. O método utilizado possui caráter qualitativo. Foram entrevistados 33 usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa HiperDia da referida unidade. Os dados foram coletados no domicílio do usuário e a análise ocorreu por meio de análise de conteúdo com categorização temática. Os resultados apontaram que, com relação à assistência prestada pelo serviço em estudo, os usuários manifestaram satisfações com o bom atendimento prestado e a proximidade da localização do serviço; e insatisfações como a demora na assistência e a ausência de alguns profissionais. Também foram mencionadas pelos usuários as questões de relacionamento com os profissionais, favorecendo ou desfavorecendo o vínculo desses com a unidade de saúde. As análises permitiram inferir sobre a necessidade de se repensar o modelo de atenção proposta pela Estratégia de Saúde da Família, levantando algumas possibilidades, como o uso de importantes ferramentas tais como as tecnologias leves.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Assistência à saúde. Doença crônica. Satisfação do paciente.

^aPrograma de Pós-Graduação em Enfermagem; Faculdade de Enfermagem; Universidade Federal de Pelotas – UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

^bPrograma de Pós-graduação de Enfermagem em Atenção à Saúde Oncológica; Universidade Federal de Pelotas – UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

^cCurso de Análise de Políticas de Sistemas de Saúde; Bacharelado em Saúde Coletiva; Escola de Enfermagem; Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Bianca Pozza dos Santos – Rua Gomes Carneiro, 1 – Centro – CEP: 96010-610 – Pelotas (RS), Brasil – E-mail: bi.santos@bol.com.br

HEALTH CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: REFLECTIONS FROM THE PERSPECTIVE OF USERS WITH NON-COMMUNICABLE CHRONIC DISEASE

Abstract

This study aimed to know the perception of people with chronic noncommunicable diseases regarding the assistance provided by a Family Health Unit in a city in southern Brazil. The method used was qualitative. A total of 33 hypertensive and/or diabetic patients registered in the HiperDia Program of the unit were interviewed. Data were collected at the patient's home and their analysis was conducted through content analysis with thematic categorization. The findings showed that in relation to assistance provided by the service under consideration, the patients expressed satisfaction with the good service provided and the proximity of the service location; but they expressed dissatisfaction regarding the slow service and the absence of some professionals. The patients also mentioned the relationship with professionals, favoring or disfavoring the bonds between them and the health unit. The analysis allows to infer about the need to rethink the care model proposed by the Family Health Strategy, raising some possibilities such as the use of important tools like light technologies.

Keywords: Primary health care. Family health strategy. Delivery of health care. Chronic disease. Patient satisfaction.

ATENCIÓN A LA SALUD EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: REFLEXIONES DE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO CON ENFERMEDAD CRONICA NO TRANSMISIBLE

Resumen

El objetivo del estudio fue conocer la percepción de los usuarios con Enfermedades Crónicas No Transmisibles de una Unidad de Salud de la Familia, de un municipio del sur de Brasil, con relación a la asistencia prestada por el servicio. El método utilizado posee carácter cualitativo, en que han sido entrevistados 33 usuarios hipertensos y/o diabéticos cadastrados en el Programa HiperDia de referida unidad. Los datos han sido colectados en el domicilio del usuario y el análisis de los mismos ocurrió por medio del contenido con categorización temática. Los resultados apuntaron que, con relación a la asistencia ofrecida por el servicio en estudio, los usuarios manifestaron satisfacción con el buen atendimento ofrecido y la proximidad de la localización del servicio e insatisfacciones con la demora en la asistencia y la ausencia de algunos profesionales. También han sido

mencionadas por los usuarios las cuestiones de relacionamiento con los profesionales, favoreciendo o no el vínculo de este con la unidad de salud. Los análisis permitieron inferir sobre la necesidad de repensar el modelo de atención propuesta por la Estrategia de Salud de la Familia, planteando algunas posibilidades, tales como el uso de importantes herramientas, como las tecnologías ligeras.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Estrategia de salud familiar. Prestación de atención de salud. Enfermedad crónica. Satisfacción del paciente.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu, primeiramente, pensada na condição de programa como estratégia de reorientação do modelo assistencial, com a finalidade de repensar a lógica do modelo centrado no médico e na assistência individual e curativa. O processo de trabalho da ESF foi proposta por meio da composição de equipes multiprofissionais, havendo a inclusão de pelo menos um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), cuja função seria o acompanhamento de uma população adstrita, localizada em uma área delimitada, definida como território.¹⁻³

Assim, a reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecem que a proximidade com a população permite identificar melhor suas reais necessidades.⁴ Ademais, a ESF tem como proposta conhecer as condições de vida que determinam o processo de adoecer e morrer das pessoas, por meio de ações de prevenção de agravos, promoção da saúde e reabilitação.⁵

Nesse contexto, a ESF tem colaborado para a produção do cuidado, perante o estabelecimento de vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde, por meio da escuta e da participação do usuário no planejamento e nas intervenções das ações realizadas, apropriando-se do uso de tecnologias em saúde que contribuam para a autonomia do mesmo, substituindo, assim, o ato mecânico e frio do cuidado.⁶

Nesse entendimento, durante a prestação de um cuidado eficiente e eficaz ao usuário, são necessários diferentes tipos de tecnologias, dentre elas, destacam-se as leves, em que na implantação do cuidado há o estabelecimento de relações, como o vínculo e o acolhimento. A tecnologia leve não pode ser considerada apenas como algo concreto e palpável, e sim, o resultado de um trabalho que abrange um conjunto de ações que visam ao cuidado em saúde.⁷

Mesmo em serviços em que o acolhimento já esteja implantado, há diversidade na maneira como o usuário é recebido, permanecendo a dificuldade para a prestação da assistência à saúde. É notável que, mesmo com o redirecionamento do modelo de atenção, a organização das equipes de saúde não superou o desafio de se solidarizar pela necessidade dos usuários, não atendendo, assim, o princípio de integralidade.⁸

Salienta-se que um atendimento humanizado constitui uma necessidade nos serviços de saúde. Assim, descomprometimento, desrespeito e desatenção, aliados à carência de profissionais, podem ser considerados alguns dos principais motivos de insatisfação dos usuários,⁹ podendo, inclusive, refletir na não adesão do cuidado à saúde, principalmente quando o usuário portar alguma doença, como exemplo, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Assim, o foco na doença crônica, no presente estudo, advém do interesse pela área em função da fase de transição epidemiológica e demográfica em que o país se encontra, sendo que uma de suas principais características é o envelhecimento da população.^{10,11} Dentre as DCNT, optou-se por trabalhar com a hipertensão arterial crônica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), por terem alta prevalência no país e no município em estudo.

Ressalta-se que a doença crônica possui diferentes temporalidades, transitando entre a agudização (crise) e o silenciamento (estabilidade/normalidade). Em momentos de crise, se faz necessária a intervenção profissional, aumentando as trajetórias de busca por cuidados no subsistema profissional.¹² Já no momento de estabilidade da doença, a busca por esse subsistema é mais esporádica ou rotineira (dentro da organização de oferta dos serviços de saúde). Perante o exposto, bem como a experiência em projeto de pesquisa e extensão, o objetivo do presente estudo é conhecer a percepção dos usuários com DCNT de uma Unidade de Saúde da Família de um município do sul do Brasil com relação à assistência prestada pelo serviço.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo inserido no Projeto de Pesquisa intitulado “Condição crônica e itinerários terapêuticos: esforços para a construção de linhas de cuidado com usuários de um serviço de saúde do município de Pelotas, RS”, sendo desenvolvido por docentes e discentes de uma universidade federal do sul do país.

Os participantes do estudo foram usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa HiperDia, selecionados por meio de sorteio aleatório pelas fichas cadastrais, em uma equipe de ESF. Foram entrevistados 33 usuários hipertensos

e/ou diabéticos, entre setembro de 2010 e agosto de 2011. Entretanto, serão apresentados somente os depoimentos mais relevantes que representaram a totalidade dos achados.

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado com questões abertas, possibilitando aos participantes discorrerem sobre o assunto de forma subjetiva.¹³ As mesmas foram realizadas nas residências dos usuários, garantindo sua privacidade e permitindo um afastamento em relação à estrutura da unidade.

Para a análise, os dados coletados passaram inicialmente por escuta ativa e após, foram transcritos na íntegra. Foram ainda submetidos a leituras para captar a essência das informações, bem como interpretá-las e agrupá-las em temáticas. Adotou-se a proposta por Minayo,¹³ em que os dados seguiram passos que compreendem: a sua ordenação, em que se realiza um mapeamento de tudo o que foi obtido no trabalho de campo, como as transcrições das gravações e a releitura do material; a classificação dos dados, por meio de uma leitura exaustiva e a partir do que era relevante nos textos; análise final, na qual ocorreu a reflexão dos pesquisadores sobre o material empírico, buscando a sua interpretação com a literatura.¹³

Importante destacar que os dados serão arquivados pelo período de cinco anos, podendo ser consultados a qualquer momento pelos participantes, caso seja de seu interesse. Ademais, a identidade dos mesmos será mantida em sigilo. Portanto, eles serão denominados pela letra U de usuário, numerados de acordo com a ordem das entrevistas, como por exemplo, U01.

Foram respeitados os princípios éticos propostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴ Cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, de modo a esclarecer os objetivos e a garantia de desistir da participação no estudo em qualquer momento. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, recebendo aprovação conforme o parecer nº 192/2011.

RESULTADOS

Ao abordar a assistência prestada pela equipe da ESF de referência, junto aos usuários do estudo, muitos elogiaram sucintamente, não se comprometendo a detalhar a forma como foi prestado o atendimento em questão. As falas a seguir refletem essa situação, demonstrando um contentamento em relação ao serviço.

Acho bom o atendimento. (U05)

Eu acho bom. São atenciosos [...]. (U20)

Aqui eu sou bem atendida, graças a Deus eu sou. (U17)

Graças a Deus, com tudo o que acontece [...], pra mim é muito bom. (U06)

Um usuário, U27, mencionou que, além da qualidade no atendimento prestado, a vantagem para o cumprimento da assistência à saúde está na proximidade da localização do serviço.

Acho bom, é pertinho, a gente vai ali, [...] é bem atendido. (U27)

Por outro lado, alguns usuários manifestaram insatisfação em relação à assistência prestada pela equipe da unidade. Nota-se que apenas o usuário U13, expôs a sua opinião quanto à demora na assistência prestada pelo serviço.

Olha, eu só acho muito demorado, é muito demorado pra atender a gente, eu não tenho paciência para ficar parado. (U13)

Já outros, como os usuários U24 e U28, ressaltaram que o único fator desfavorável em relação à qualidade da assistência se deve à ausência do profissional médico.

O postinho para mim é muito bom, mas só que é difícil encontrar médico. Agora o negócio é por área. Às vezes a pessoa chega lá, não tem médico em sua área e a gente não consegue se consultar, tá difícil! (U24)

Eu só fico triste porque, às vezes, não tem médico na nossa área, mas agora parece que tem médico novo na área. (U28)

Alguns usuários deixaram transparecer certa crítica à conduta prestada na assistência à saúde pelos profissionais. Entretanto, os mesmos afirmaram que o atendimento era satisfatório.

É bom os funcionários, são bons, têm a guria aquela, muito descansadinha a coitadinha, mas é gente fina ela [...]. (U12)

É razoável, eu acho até que dentro das condições dali, porque enche muito, tem muita procura, não é tão bom, mas no geral até que dentro do padrão ali, até não é tão ruim. (U01)

[longa pausa] é difícil tu dizer o quê. Às vezes têm uns bons e têm uns ruins [risos], mas a minha opinião é essa, têm uns que tu chega ali, tu fala eles te atendem bem, têm outros que já não te atendem bem. (U08)

Nos depoimentos a seguir, os usuários manifestaram a boa assistência, porém, remeteram que as queixas são realizadas por outras pessoas.

Eu acho bom, para minha parte é bom. É, tem uns que se queixam, mas eu não tenho nada que me queixar, para mim até hoje foi bom. (U09)

É verdade, eu já digo pela maioria, é por causa que a maioria reclama, só botam defeito, então eu estou junto com eles, eu sou bem tratado, não posso me queixar. (U07)

Por outro lado, os usuários U04 e U07 manifestaram o reconhecimento frente à atenção à saúde prestada, descrevendo a atuação de alguns profissionais como sendo referência de bom atendimento da unidade em questão.

Quando eu vou, dependendo do que precisa fazer para conseguir uma ficha, sou atendida normal. Sempre quando eu vou medem a pressão, aquela coisa toda antes da gente entrar na consulta. [...] Aparentemente não tenho queixas, principalmente das enfermeiras ali, são tudo muito atenciosas. A gente espera como em todo lugar, quem faz uma consulta pelo SUS, a gente espera normal. Tem até uma agente de saúde que às vezes se precisar de um exame ela avisa, ela até mora na minha rua, ali adiante. Ela vem, ela avisa “o seu exame já chegou”. Ela me cobra muito, me convida pra esse negócio de hipertenso e diabético, mas eu não tenho tempo. (U04)

A assistência prestada pelo postinho! Eu acho bom, sempre me atenderam... Por sinal nessa última vez tava frio e eu não tirei a ficha para a doutora, aí a enfermeira foi lá [...] e fui atendido sem tirar ficha [...]. (U07)

Outros participantes, como o U26, especificaram a satisfação e a insatisfação com relação a alguns profissionais, de modo a adotar estratégias com a finalidade de evitar o atendimento dos que não lhe agradam.

A agente é muito boa, a enfermeira também foi muito boa quando eu precisei, mas a doutora [nome da médica] que eu nem sei se ainda está lá [...], sim, ela está lá ainda [...]. Mas aquela doutora não deu certo comigo, chegou um tempo que ela era da minha área e eu consultava só nas férias dela, eu pedia para a guria me trazer o remédio, eu consultava só nas férias dela, porque aí ficava lá o doutor [nome do médico], o doutor [nome do médico] é muito bom. (U26)

Ao observar os depoimentos dos participantes, nota-se uma diversidade de opiniões manifestadas, sejam elas positivas ou negativas, com relação à assistência prestada pelo serviço em estudo. Esses fatores podem influenciar no tipo de vínculo entre usuário e profissional de saúde, e conseqüentemente, interferir no processo de saúde e doença.

DISCUSSÃO

A satisfação e a insatisfação manifestadas pelos usuários referentes à forma de assistência que é prestada na ESF podem estar relacionadas ao modo como os profissionais prestam o atendimento aos usuários. Assim, os elogios sucintos e as reclamações observadas indicam a necessidade de uma prática de saúde mais humanizada. Nesse contexto, a ESF sugere um processo de mudanças na assistência à saúde, focando em conceitos básicos, porém, fundamentais, como a humanização.¹⁵

Com relação ao bom atendimento, a fala de U27 apontou que a proximidade do local da Unidade Básica de Saúde (UBS), torna-se vantajosa para a procura da assistência à saúde. Infere-se que o usuário esteja atrelando um bom atendimento a facilidades de acesso ao serviço, como o fato do mesmo ser próximo à sua residência, não necessitando buscá-lo em outros locais da cidade, não havendo custos de deslocamento.

Destaca-se que a proximidade é uma das características primordiais para a assistência à saúde, em que se busca oferecer para a população a rede de serviços de maneira organizada, considerando a localização geográfica da unidade de atenção primária, distribuídas espacialmente na proximidade do local de trabalho ou de moradia.¹⁶ Assim, a equipe se torna responsável por atender a população da área de abrangência à qual está vinculada, entretanto, pensa-se que o bom atendimento deva ir além do acesso.

Uma questão desfavorável com relação à assistência à saúde é o fato dos usuários chegarem à UBS para serem atendidos, dirigirem-se à recepção, confirmarem a consulta e ficarem na sala de espera, ou até mesmo nos corredores, aguardando o atendimento, sentados em cadeiras ou bancos, podendo ir embora antes mesmo de serem atendidos.¹⁷ Acredita-se que isso pode ser um dos motivos pelos quais os usuários alegam que a negatividade da assistência está na demora, como foi mencionado por um participante deste estudo, o usuário U13.

Tal fato pode estar vinculado aos recursos humanos insuficientes aliados à sobrecarga de atividades, comprometendo a qualidade na assistência e no processo de humanização. É inegável que há demora em alguns atendimentos, inclusive um estudo recente demonstrou a insatisfação dos usuários relacionada ao tempo de espera.¹⁸

Sabe-se que o acesso aos serviços de saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, e guarda relação com os princípios do acolhimento e vínculo. Nesse contexto, um estudo realizado com o objetivo de analisar a concepção de usuários de uma Unidade de Saúde da Família na capital do estado do Mato Grosso sobre acesso, acolhimento e vínculo revelou que o acesso nem sempre é percebido de forma positiva, em decorrência da demora no atendimento e da baixa resolutividade, fato esse que leva os usuários a buscarem outros serviços de saúde.¹⁹ Outro estudo, com 146 sujeitos em um município do estado do Rio de Janeiro, que teve por finalidade analisar a representação social dos usuários em relação ao SUS, também apresentou caráter negativo para a demora no atendimento prestado.²⁰

Remetendo-se à integralidade da saúde, em pesquisa referente ao acesso e ao acolhimento, os usuários avaliaram positivamente os profissionais de saúde quanto ao cuidado que demonstraram ao ouvir atentamente, estar junto, proporcionando um ambiente acolhedor e demonstrando interesse em resolver o problema. Sobre os fatores negativos, estava a demora no atendimento, a submissão ao agendamento e a falta de profissionais.²¹

É preciso ressaltar neste estudo, que nem sempre a assistência prestada pelos profissionais da UBS agrada aos usuários. A limitação em expor realmente as suas percepções com relação ao atendimento pode ser caracterizada pelo medo de falar, acreditando que estarão denunciando, podendo, conseqüentemente, perder o direito da assistência à saúde.

Essa situação pode estar refletida nos elogios sucintos trazidos por alguns usuários (U5, U6, U17 e U20), podendo representar um subterfúgio da crítica ao atendimento e à conduta de certos profissionais, mencionadas posteriormente. O ponto negativo que surgiu com mais clareza nas falas foi referente à falta do profissional médico na área, situação concreta para a qual parece ser permitida a reclamação sem represálias. Pensa-se que o fato

dos entrevistadores serem profissionais e acadêmicos da área da saúde pode ter causado esse temor, apesar de estarem sendo acompanhados há quase um ano pelos mesmos, no projeto de Extensão Universitária, vinculado à pesquisa.

Entretanto, quando o profissional ou até mesmo a equipe presta um atendimento integral e em conjunto, os usuários acreditam que um favor está sendo realizado. Muitas vezes, essas percepções advindas dos usuários são indícios da desinformação sobre os seus direitos quanto à assistência à saúde. Essa análise leva a refletir sobre a importante necessidade dos usuários tomarem conhecimento sobre o processo de funcionamento e de organização do SUS e da ESF.²²

Outro ponto destacado é o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos ACS, como manifestado no depoimento do usuário U04. Observa-se uma maior aproximação com o membro da equipe que está mais próximo do usuário, seja no cotidiano das visitas ou como morador da área. Com essa afirmação, cabe salientar que os ACS têm como missão servirem de mediadores entre a comunidade e as equipes multiprofissionais. O seu objetivo primordial é atentar ao domicílio, família e comunidade, informando aos profissionais de saúde os problemas encontrados.²³

Pelo fato de residirem na localidade de atuação, os ACS conhecem a realidade, os problemas enfrentados pela comunidade, as demandas e as necessidades de cada morador. Sua finalidade é melhorar a qualidade de vida de sua comunidade, buscando solucionar os problemas por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Portanto, pode-se considerar que os ACS são membros fundamentais na ESF, porque além de pertencerem à comunidade onde atuam, são os principais elos de ligação entre a comunidade e o serviço de saúde.²⁴

Já a conduta prestada por alguns profissionais, no caso referido, o profissional médico algumas vezes tensiona a relação profissional-equipe-usuários, fato esse apontado na fala de U26. Essa questão leva a participante a procurar meios para evitar o contato pessoal, durante a busca de atendimento para a sua saúde. Assim, conhecer a opinião de quem recebe a assistência, nesse caso, o usuário do serviço de saúde, consiste em um fator imprescindível para a avaliação de como o sistema se organiza para a prestação da atenção à saúde.⁹

Corroborando com os achados deste estudo, foi realizada uma investigação na capital do estado de Pernambuco com 939 usuários, com o objetivo de avaliar a percepção da qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família. Os resultados apontaram que os usuários apresentavam maior satisfação com o trabalho dos profissionais, menor satisfação com as condições oferecidas pelas unidades e insatisfação com o tempo de espera.¹⁸ Portanto,

estudos que avaliam a satisfação, além de contribuírem para o conhecimento da opinião popular, podem auxiliar na reorganização dos serviços de saúde²⁵ e dos processos de trabalho conduzidos pelas equipes das unidades de ESF.

Conhecer a satisfação nos aspectos relacionais, profissionais e organizacionais dos serviços de saúde pode implicar em mudanças de comportamento da equipe e dos usuários,²⁶ trazendo, assim, benefícios a todos os envolvidos no processo de atenção à saúde. Cabe ainda destacar que para transformar a forma de atenção à saúde, toda a comunidade necessita participar ativamente desse processo, sendo reconhecida como sujeito da sua saúde, e não simplesmente como expectadora dos fatos.²⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra a importância de atentar para a percepção dos usuários em relação à assistência prestada, seja ela positiva ou negativa. Estudos dessa natureza permitem avaliar, tanto no espaço micro quanto no macro, que a implantação da ESF não refletiu na mudança do modelo curativo de atenção à saúde e que muito ainda se tem a evoluir na qualidade da assistência a ser prestada.

Relacionando a reordenação do modelo assistencial aos fatores negativos encontrados por meio dos depoimentos dos usuários, tais como a demora no atendimento, a ausência de profissionais, ou até mesmo a conduta exercida por parte de alguns que desagrada à atenção ofertada, permite inferir que os profissionais de saúde ainda estão muito arraigados ao modelo curativista. Assim, a elaboração e a execução de ações necessitam ser pensadas, elaboradas e executadas junto à equipe de saúde, trazendo à tona as diretrizes da ESF à qual está vinculada.

As análises ainda permitem inferir que se faz necessário repensar o modelo de atenção proposta pela ESF, focando no uso de importantes ferramentas como as tecnologias leves ou relacionais, especialmente, acolhimento e vínculo. Cabe salientar que os usuários entrevistados possuíam DCNT, porém estavam em momento de “silenciamento” da doença. Essa informação pode permitir uma análise de que, apesar das dificuldades apontadas por eles, os atendimentos parecem estar sendo resolutivos e que há uma adesão do usuário ao tratamento, seja medicamentoso ou não medicamentoso, bem como de que existe, em certa medida, um vínculo desse usuário com o serviço de saúde.

Como limitação neste estudo, pode-se considerar o não aprofundamento de algumas falas dos participantes, impossibilitando maior compreensão de como a assistência é oferecida. Entretanto, as que foram expostas visaram caracterizar a real prestação do serviço

de saúde ao usuário com DCNT que procura assistência, fato esse que pode ser comum em algumas das ESF do cenário brasileiro. Desse modo, conhecer a percepção dos usuários com relação à assistência prestada pelo serviço de saúde que possui ESF pode auxiliar no planejamento e na gestão local, assim como na tomada de decisão que proporcione um redirecionamento do atual modelo de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia*. 2006;2(2):47-55.
2. Garbois JA, Vargas LA, Cunha FTS. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis*. 2008;18(1):27-44.
3. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):36-45.
4. Passamani JD, Silva MZ, Araújo MD. Estratégia saúde da família: o acesso em um território de classe média. *UFES Rev Odontol*. 2008;10(2):37-45.
5. Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2009;12(3):293-301.
6. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da família: visão dos usuários. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):397-402.
7. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):113-6.
8. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, Budó MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(3):479-503.
9. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis*. 2010;20(4):1419-40.
10. Cesse EAP, Freese E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência as DCNT no século XX. In: Freese E. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2006. p. 47-71.
11. Cesse EAP, Freese E, Souza WV, Luna CF. Tendências da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: expansão ou redução? In: Freese E. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2006. p. 73-88.

12. Araújo LFS, Bellato R, Hiller M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: Pinheiro R, Martins PH (orgs.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco; 2009. p. 203-214.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(1):71-82.
16. Silva RM, Araújo KNC, Bastos LAC, Moura ERF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2415-24.
17. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(Suppl 1):1523-31.
18. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):35-44.
19. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(3):451-7.
20. Oliveira DC, Silva LL. O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do sistema único de saúde. Rev Enferm UERJ. 2010;18(1):14-8.
21. Kempfer SS, Bellaguarda MLR, Mesquita MPL, Alvarez AM. Percepção dos usuários sobre os serviços de saúde pública no Brasil: revisão integrativa. Rev Rene. 2011;12(esp):1066-73.
22. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev Eletr Enf. 2009;11(4):820-9.
23. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm. 2009;62(1):113-8.

24. Silva PR, Ribeiro GTF. ACS: Elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. *Vita et Sanitas*. 2009;3:66-85.
25. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):103-14.
26. Costa ML, Maia HF, Coutinho M, Beck J. Nível de satisfação com a assistência em fisioterapia coletiva: o olhar dos usuários. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010;34(3):503-14.
27. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC, Soares US, Oliveira EM, Alves PF. Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade. *Rev Enferm Saúde*. 2011;1(1):14-23.

Recebido em: 07.06.2013 e aprovado em: 12.11.2014.