



## A SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO OS USUÁRIOS DE FORTALEZA: RELEVÂNCIA E PREFERÊNCIAS

Loeste de Arruda Barbosa<sup>1</sup>; Vitoria Dayane Lima<sup>2</sup>; Járdeson de Sousa Tavares<sup>3</sup>; Hellen de Oliveira dos Santos<sup>4</sup>; Maria Bianca de Araújo Costa<sup>5</sup>; Maria Luiza Barbosa Batista<sup>3</sup>; Berenice Temoteo da Silva<sup>6</sup>

**Resumo:** O objetivo deste trabalho é analisar a percepção dos usuários da Atenção Primária do município de Fortaleza - CE sobre os serviços da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e serviços hospitalares bem como suas preferências. Foi realizado um estudo qualitativo em 11 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF/UESF) da cidade de Fortaleza-CE. Participaram desse estudo 11 usuários da ESF. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas analisadas com a técnica da análise de conteúdo. Os usuários entrevistados têm preferência pelos serviços ofertados na média e alta complexidade, sobretudo por aqueles dispensados na rede hospitalar, além da valorização de consultas médicas, medicamentos e exames na ESF. Tal preferência se baseia na agilidade do atendimento hospitalar e na maior complexidade disponível de recursos humanos (médicos) e tecnológicos. Os dados sugerem que fortalecer e amplificar a ESF articulando-a com os demais níveis de atenção à saúde de modo eficiente, rápido, descentralizado e democratizado certamente será o mais profundo avanço no intuito de solidificar as ideias e as práticas do modelo assistencial de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Preferência do Paciente.

## FAMILY HEALTH STRATEGY ACCORDING TO THE USERS: RELEVANCE AND PREFERENCES

**Abstract:** this work aimed to analyze the perception of Primary Care users in the city of Fortaleza-CE about the services of the Family Health Strategy (FHS) and hospital as well as their preferences. A qualitative study was carried out in 11 units of the Family Health Strategy (ESF / UESF) in the city of Fortaleza - CE. Eleven users of the FHS participated in this study. Data collection took place through semi-structured interviews analyzed using the content analysis technique. The interviewed users prefer the services offered in medium and high complexity, especially for those dispensed in the hospital network, in addition to the valuation of medical consultations, medications and tests in the FHS. This preference is based on the agility of hospital care and the greater complexity available to human (medical) and technological resources. The data suggest that strengthening and amplifying the FHS by articulating it with the other levels of health care in an efficient, rapid, decentralized and democratized manner will certainly be the most profound advance in order to solidify the ideas na practices of the health care promotion model.

**Keywords:** Family health. Primary Health Care. User; Preferences. Patient Preference.

1.Prof. Dr. do Instituto Federal de Roraima – IFRR. Autor correspondente: loeste.arruda@gmail.com

2.Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC

3.Acadêmico de Enfermagem do Centro Universitário Ateneu - UniATENEU

4.Enfermeira assistencial do Hospital Fernandes Távora. HFT.

5.Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza - HGR

6 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia - UFBA

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve duas bases filosóficas alicerçadas reforma sanitária cujo ápice foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um grande marco na nossa história, já que pela primeira vez, a população pôde participar dessas discussões e suas propostas foram contempladas na Constituição Federal de 1988, obtendo como resultado a criação do SUS sob os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Além disso, preconizou a participação popular e a descentralização regulamentadas na Lei no 8.080/90 e na Lei no 8.142/90, que são consideradas as Leis Orgânicas da Saúde (MACINKO et al., 2015; SILVA, 2017)

A Atenção Primária em saúde consiste em um conjunto de estratégias formuladas na Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida na Rússia, em 1978 (SILVA, 2017). A Atenção Primária é vista como primeiro contato para o cuidado em saúde e principal porta de entrada para os usuários do SUS, com base num atendimento comunitário, em detrimento ao individual e unicasal. Nesse sentido, a Atenção Primária reorienta os serviços e setores de saúde atuando como componente fundamental, criando um sistema conduzido por ações sanitárias mais eficazes e eficientes, objetivando fazer cumprir o que é preconizado pela lei que visa realizar ações que promovam cuidados integrais, respondendo, dessa forma, a maior parte das necessidades de saúde de uma população (SILVA, 2017).

Esses cuidados foram assumidos pela Organização Mundial da Saúde, como estratégia para atingir a ambiciosa meta do milênio de garantir “saúde para todos no ano 2000”, considerando a utilização de modelos de atenção resolutivos a custos suportáveis pelos diversos países (FERTONANI et al., 2015). A discussão na literatura de modelo de atenção para muitos países já foi superada, entretanto, no Brasil, ainda é uma questão bastante debatida. Na maioria dos países desenvolvidos com sistemas públicos universais, o termo “Atenção Primária” refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

No Brasil, desde os anos 1920 até a atualidade, várias tentativas foram realizadas para a organização da Atenção Primária à Saúde. Nesse período, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do País, em função de interesses e concepções bastante distintas. Contudo, o marco mais importante da Atenção Primária ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família, a partir de 1994 no Ceará, e hoje denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem sido a principal ferramenta de estruturação da Atenção Primária nos sistemas locais de saúde (ARANTES et al., 2016; MACINKO et al., 2015).

Uma característica inovadora da ESF consiste na ênfase dada à reorganização de Unidades da Estratégia de Saúde da Família (UESF) para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a prática assistencial com a promoção de saúde e ações preventivas fundamentadas no vínculo com o usuário (ARANTES et al., 2016; COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014; MACINKO et al., 2015).

Contudo, a implementação da Atenção Primária traduzida nesta política se depara com complexos desafios a começar pela especificidade dos mais de 5.597 municípios do País e seus desafios de gestão. Estudos realizados em grandes centros urbanos, por exemplo, têm demonstrado a persistência da insuficiência da Atenção Primária quando avaliado o componente cobertura e acesso (ANDERSON, 2016; ARANTES et al., 2016; CARDOSO; VIERA-DASILVA 2012; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Em Fortaleza, espaço desse estudo, o modelo biomédico hegemônico começou a ser tensionado com a implantação da ESF, em 1999. Contudo, essa tensão não tem maiores repercussões em virtude da pequena cobertura de aproximados 15% da população, com pouco mais de 100 equipes de ESF com vínculos trabalhistas precários e alta rotatividade entre os trabalhadores de saúde (ESMERALDO et al., 2017). Essa realidade não é a esperada para a capital do estado pioneiro na implantação da ESF, por isso processos avaliativos, principalmente sob o olhar do usuário são necessários para a retroalimentação e melhora dos sistemas de saúde.

Novos investimentos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados dentro de cada território de saúde, novas formas de gestão e cuidado, ações mais acessíveis, resolutivas e humanizadas aos usuários são fundamentais para o crescimento da ESF. Com isso, acredita-se que avaliar a relevância dos serviços prestados é essencial (LIMA et al., 2016). Não obstante, a avaliação em si constitui um dos fundamentos da Atenção Primária, pois os resultados alcançados, quando acompanhados pelos gestores, farão parte da programação e planejamento dos serviços. (VIEIRA et al., 2016).

Sendo assim, para consolidação e excelência da ESF, é importante que seja levada em consideração a avaliação que a comunidade usuária faz dela, que é o reflexo da relevância dos serviços recebidos pelos usuários. Por sua vez, a avaliação pode influenciar na busca e preferências pelos diferentes serviços de saúde dentro da rede hierarquizada do SUS.

No entanto, além das características supracitadas, deve-se levar em consideração que a alta procura pelos serviços de urgência e emergência ainda é a principal opção para a maioria dos usuários do SUS. Neste sentido, a busca pelo hospital reflete, também, uma dimensão simbólica (CRUZ et al., 2016). Assim, deve-se inserir também a justificativa que englobe o nível de

preferência entre instituições de saúde de média e alta complexidade (MAC) e a Atenção Primária à saúde.

Com base nas reflexões aqui apresentadas, apresenta-se o objetivo desse estudo: analisar a percepção dos usuários da Atenção Primária sobre os serviços da ESF e hospitalar bem como suas preferências.

O desenvolvimento de estudos nessa vertente poderá contribuir para construção de estratégias que resultem na melhoria dos serviços da ESF e Atenção Primária a partir dos resultados encontrados, bem como no direcionamento do trabalho dos profissionais de saúde e gestores para fortalecer práticas voltadas à promoção da saúde e fortalecimento do SUS.

## **Material e Métodos**

Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido na cidade de Fortaleza-CE. Os trabalhos qualitativos demonstram interesse por investigações baseadas nas experiências humanas sobre um dado fenômeno da realidade socialmente construída e dessa forma, permite conhecer a percepção e subjetividade dos entrevistados que não poderia ser apreendida e expressa por meio de estudos quantitativos, cujos pressupostos são mais objetivos e gerais (BENJUMEA, 2015).

Foram escolhidas 11 UESF de modo aleatório entre as regionais de saúde da cidade com no mínimo uma UESF em cada regional de saúde. O critério de inclusão dessas UESF consistiu em funcionar há mais de um ano, tempo para que já pudesse ter sido construído um vínculo entre a equipe de saúde e a população adscrita. Os entrevistados nesse estudo foram convidados a participar quando aguardavam as consultas médicas e em cada UESF foi entrevistado um usuário. Logo, nesse estudo, participaram 11 usuários da ESF sob os seguintes critérios de inclusão: residir na área adscrita, ter tido pelo menos uma experiência de atendimento na UESF no período do último ano e possuir idade superior a 18 anos, ficando excluídos os que não se enquadram em algum dos quesitos supracitados.

O número de participantes se deu por saturação de dados. Amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes quando na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição se estabelecer (SAUNDERS et al., 2018).

O período de coleta de dados foi de agosto a outubro 2014 com a aplicação de uma entrevista semiestruturada elaborada e gravada pelos autores. As entrevistas ocorreram nas UESF

em locais reservados, antes das consultas médicas com duração aproximada de 20 minutos cada uma com variáveis norteadoras que versavam sobre: os serviços de saúde da ESF, preferências dos entrevistados entre os serviços da ESF e serviços hospitalares, além da relevância dos mesmos.

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível amplo de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de um processo emergente e extensivo (p. ex. discursos), sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo (FISCHER; CASTILHOS; FONSECA 2014). Ou seja, a entrevista se configura como um instrumento adequado em pesquisas qualitativas por ser uma forma de atingir a interação social baseada no diálogo com a finalidade de trocas ou captação de informações de um dado fenômeno social.

Nesse estudo se utilizou o método de análise de conteúdo, onde as falas foram separadas em unidades temáticas e agrupadas em categorias e/ou subcategorias que contém ideias convergentes sobre um determinado assunto, criadas baseadas nos relatos dos entrevistados (BARDIN, 2008).

Obteve-se a aprovação desse estudo pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte e os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. No intuito de preservar as identidades dos participantes as falas estão codificadas pela letra 'E' e um número.

## **Resultados e Discussão**

Os sujeitos da pesquisa em sua maioria foram mulheres (9) e suas idades variaram entre 24 e 64 anos. Apenas uma pessoa havia cursado o ensino superior, seis entrevistados possuíam o ensino médio como escolaridade máxima e quatro tinham poucos anos de estudo formal com ensino fundamental completo ou incompleto. Sobre a variável renda, somente dois entrevistados possuíam renda superior a dois salários mínimos.

A partir dos relatos dos participantes entrevistados, duas categorias foram construídas com ideias convergentes sobre um dado aspecto. A primeira trata da relevância dos serviços da ESF e a segunda correlaciona à Atenção Primária com a MAC em termos de preferências dos entrevistados.

## Relevância dos serviços da ESF

Essa categoria agrupa as falas nas quais os entrevistados expressam suas ideias sobre os serviços oferecidos pela equipe de saúde da família. Baseados em percepções subjetivas, expressaram as suas preferências dentre os serviços da ESF.

- *Dentre os serviços oferecidos aqui, considero o mais importante o do clínico geral (E1).*
- *O serviço que eu considero mais importante são os exames, porque nos exame é onde agente descobre os tipo de doença né? (E5).*
- *Na minha opinião, o serviço mais importante daqui é o atendimento médico...uma pessoa que não precisa de médico não vai a um posto de saúde (E9).*
- *O que não pode faltar num posto é médico pra atender a gente (E11).*

Os depoimentos captados foram unânimes em destacar que o serviço mais importante na visão dos entrevistados é o atendimento médico. Embora tenha sido citada também a importância da visita domiciliar, essa também se relaciona com a presença do médico nas visitas. A aquisição de medicamento e realização de exames são também pontos essenciais para os entrevistados que em última instância, estão também fortemente correlacionados principalmente às consultas médicas.

Tal comportamento deixa evidente que ainda prevalece fortemente o modelo biomédico de atenção à saúde na ótica do usuário da ESF na cidade de Fortaleza. Tais achados provavelmente são reflexos de um entendimento de saúde não como um processo multifatorial e dinâmico de bem-estar, mas sim como o oposto de doença biológica. Esse tipo de entendimento dual entre saúde e doença já foi identificado em outros estudos refletindo o paradigma do modelo flexneriano de saúde (ESMERALDO et al., 2017; OLIVEIRA 2018).

O designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde (FERTONANI et al., 2015). Tal modelo está fundamentado na assistência médica individual, nos procedimentos e serviços especializados com supervalorização de atendimentos clínicos, na medicalização dos problemas, no estímulo ao consumo médico e ainda, na concepção de que a saúde/doença é mercadoria (ESMERALDO et al., 2017; FERTONANI et al., 2015).

Outros estudos também mostram que uma parcela expressiva das pessoas ainda tem como principais motivos de busca pelas UESF fatores fundamentados nas doenças e no recebimento de medicamentos, o que demonstra como ainda permanecem arraigadas intrinsecamente as atenções da população voltadas às doenças e fármacos (BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; MOURA et al., 2014). Também já foi demonstrado que ainda há supervalorização da

especialização médica com sugestões de substituição do médico clínico geral por médicos especialistas em diferentes áreas, readequação da ESF a atendimentos de urgência e emergência como na rede hospitalar (BARBOSA; OLIVEIRA; DANTAS 2012). Encontra-se supervalorização da especialidade médica até mesmo nos futuros médicos (ISSA 2017).

Sabe-se que a pressão da demanda espontânea tende, em geral, a acabar em atendimento médico. Os usuários assim o desejam, muitas vezes os técnicos e enfermeiros não têm alternativas, afinal é do médico a maior responsabilidade de diagnose e terapêutica, pois o “núcleo de competência” clínica do médico é mais amplo do que o de outros profissionais de saúde. No entanto, a escuta, a avaliação de risco/vulnerabilidade, a orientação, a resolução de problemas e o cuidado fazem parte do “campo de competência” de todos os profissionais da saúde (TESSER; POLI-NETO; CAMPOS 2010).

Dessa forma, para construção e solidificação de um novo modelo assistencial com potencial para romper com o paradigma biomédico, é necessário considerar dois principais aspectos: as necessidades de saúde dos usuários e o cotidiano das práticas assistenciais (FERTONANI et al., 2015).

A ESF, na sua criação, propunha-se a superar essa tradição medicalizante, substituindo-a por uma nova concepção apoiada na promoção da saúde. Em alguma medida, a introdução dessa estratégia de fato produziu uma saudável tensão paradigmática entre a biomedicina e abordagens mais ampliadas. Além disso, a ESF, inicialmente, orientou as equipes a lidar centralmente com os programas de saúde, com protocolos diagnósticos e terapêuticos definidos (FERTONANI et al., 2015; TESSER, POLI-NETO; CAMPOS 2010).

Ressalta-se que não houve menção acerca de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos por parte dos entrevistados. Isso permite uma profunda reflexão se os esforços para a substituição da Assistência Flexneriana por um modelo de saúde centrado na Promoção da Saúde estão sendo desenvolvidos de modo eficiente, pois mesmo depois de mais de 30 anos de importantes marcos para fortalecimento da Atenção Primária e promoção da saúde, tais como: a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Declaração de Ottawa (1986) o modelo biomédico ainda está incorporado em parte da população e possivelmente na maior parte dos serviços de saúde.

Porém, para que a Atenção Primária seja resolutiva, oportuna e de qualidade pressupõe, minimamente, que esteja implementada e, desse modo, influenciar as pessoas para o repensar de suas práticas em saúde com a inserção da Promoção da Saúde em suas vidas. Um estudo realizado em Salvador avaliando a cobertura da Atenção Primária demonstrou a insuficiência desse serviço

de saúde no município cuja cobertura compreendia, em 2007, somente 13,7% da população soteropolitana, realidade essa que contribui para a descontinuidade dos cuidados em saúde (CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2012).

Esse mesmo estudo notificou que em Fortaleza, no ano de 2012, a cobertura era de 35%. Essa deficiência de cobertura da Atenção Primária, que ainda se encontra em muitos municípios brasileiros, dificulta o fortalecimento social de um modelo de serviços de saúde baseado na Promoção da Saúde e, contribui para a manutenção de práticas hospitalocêntricas por parte da comunidade, bem como o aprofundamento de suas preferências pela assistência da MAC, como se verificou na categoria a seguir (CARDOSO; VIEIRA-DA-SILVA, 2012).

## **Categoria 2: Atenção Primária x Atenção de Média e Alta Complexidade**

Essa categoria foi composta pelas unidades temáticas nas quais os participantes expressaram suas ideias quando indagados sobre sua preferência pelos serviços da ESF ou pela assistência hospitalar.

- *Eu acho melhor o hospital. Aqui (UESF) quando tem uma emergência você não é atendido, lá (hospital) você é logo atendido, resolve seu problema. Não tem esse negócio de dizer, ah eu vou marcar pra outro dia, você resolve é logo (E11).*
- *Se eu comparasse o hospital com o posto de saúde, eu já coloco como melhor os hospitais, pois os hospitais têm enfermaria, lá tem mais coisas. Aqui (UESF) quando é emergência eles enviam para os hospitais e aí é que a pessoa é atendida (E5).*
- *Hospital é claro! Aqui no posto pelo pouco que procuro minhas necessidades não são atendidas, nada, nada, nada... evito procurar porque já sei que não... (E8).*
- *Se pudesse oferecer um serviço como se fosse um hospital amplificar mais, pois dá uma assistência maior. Eu prefiro o atendimento do hospital (E1).*
- *O que eu entendo sobre a Saúde da Família é que devia dar mais assistência e não dá né, assim, eu acho que é só "balela" prefiro o hospital que tem mais médico (E10).*
- *O posto de saúde aqui é o atendimento é mais rápido (E7).*
- *Trocando em miúdos, entre hospitais e postos de saúde daqui é tudo a mesma coisa, tanto faz, a porcaria é a mesma, não tem diferença (E3).*

Percebeu-se que a grande maioria dos entrevistados prefere a assistência hospitalar. Tal preferência se baseia na agilidade do atendimento hospitalar e na maior complexidade disponível de recursos humanos (principalmente médicos) e tecnológicos. Tais achados se alinham com a visão medicalocêntrica dos entrevistados encontrada que fundamentou a categoria anterior

Ainda o modelo assistencial predominante no país caracteriza-se pela prática "hospitalocêntrica", pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes

do processo: gestores, profissionais de saúde e população que utilizam os serviços. Como consequência, o bom senso milenar do "prevenir para não remediar" foi sendo reescrito com o abandono da prevenção e promoção da saúde em todas as suas dimensões (PSF, 2000).

Pode-se mencionar ainda sobre o modelo biomédico, sua pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (FERTONANI et al., 2015). Acrescenta-se ainda que tal proposta está distante da expectativa de formação e da atuação dos profissionais que trabalham na Atenção Primária, pois grande parte deles teve uma formação predominantemente biomédica, o que acaba também por influenciar a população adscrita a solidificar ideias a esse respeito (CAVALLI; RIZZOTTO, 2018).

Em estudo realizado por Barbosa; Oliveira; Dantas (2012) também foi identificada uma preferência substancial da maioria dos participantes pela assistência hospitalar em comparação aos serviços da ESF, demonstrando uma percepção de inferioridade da ESF em relação à assistência hospitalar, sinalizando ideias centradas na assistência complexa com foco patológico, o que retrata mais uma vez, a solidificação das ideias ainda presentes do modelo de saúde direcionado MAC.

Assim, os resultados apontam que os usuários entrevistados têm preferência pelos serviços ofertados na MAC, sobretudo por aqueles dispensados na rede hospitalar. Os pesquisados foram enfáticos em destacar a importância desse nível de atenção em detrimento da Atenção Primária. Entre as múltiplas razões subjetivas, ideológicas e pragmáticas que incidem sobre o favoritismo do usuário, a baixa resolutividade dos serviços, a descontinuidade do cuidado, a dificuldade de acesso, a valorização do complexo médico-hospitalar, bem como a maneira como os serviços de saúde estão organizados e (des)articulados são elementos que podem estar permeando esta escolha.

Corroborando essa linha de raciocínio, um estudo realizado no Distrito Federal identificou baixa procura por ações inerentes à Atenção Primária, tais como puericultura (11,5%) e pré-natal (2,8%), indicando uma incipiente organização dos serviços de Atenção Primária. Evidenciou também que as pessoas não são orientadas a procurarem os centros de saúde após atendimento no hospital (85,5%), demonstrando desarticulação entre os serviços de MAC e de Atenção Primária do Distrito Federal e entorno (PIRES et al., 2010).

Os autores supracitados identificaram também a duplicidade de ações entre os hospitais e centros de saúde em todas as etapas da pesquisa, ambos produzindo consultas médicas, exames

básicos e medicalização dos problemas de saúde. Predomina o modelo biomédico caracterizado pela centralidade da doença, do médico e do hospital (PIRES et al., 2010).

Fica claro que integração em sistemas de serviços de saúde depende da qualidade dos processos de coordenação e estes, por sua vez, dependem da eficácia da comunicação instituída entre os sujeitos no interior do sistema. Estudos mostram que as falhas na coordenação de serviços organizados em forma de redes podem ser fruto das deficiências dos processos de comunicação e, portanto, novas práticas fundamentadas no agir comunicativo são de grande valia (RODRIGUES et al., 2010).

A resolutividade dos problemas de saúde, de acordo com a pirâmide clássica de organização dos serviços, seria de 80, 15 e 5 por cento nos níveis de Atenção Primária, secundária e terciária, respectivamente (SOLLA; CHIORO, 2012). Em alguns casos podendo, a Atenção Primária, resolver mais de 90% dos casos, além de estabelecer e manter a base populacional e coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo dos pontos de atenção secundários e terciários, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos na rede (DALCUCHE; MENDES, 2017).

Fica evidente, nesse sentido, que quando a Atenção Primária falha nas suas atribuições, o usuário acaba procurando outros serviços da rede, muitas vezes em nível hospitalar aumentando a demanda em serviços mais complexos com problemas sensíveis à Atenção Primária, além de fortalecer a representação social de maior eficiência da MAC gerando busca espontânea baseada na preferência por esse nível de atenção. Outros estudos também demonstraram elevado percentual de busca espontânea por serviços da MAC (CRUZ et al., 2016).

Um entrevistado ainda relatou que no “posto” de saúde não tem suas necessidades atendidas e outro classificou os serviços da ESF como uma “balela”. Tais achados mostram a fragilidade e falta de credibilidade da ESF da cidade de Fortaleza na ótica do usuário. As preferências pelo sistema hospitalar também se fundamentam em acesso a um número maior de médicos, serviços de emergências, maior agilidade no atendimento e até mesmo em relação ao acolhimento, destaca ainda a riqueza de recursos tecnológicos presente nos hospitais.

Sob esse raciocínio, a rede básica de saúde, constituída pelos postos, centros ou UESF, passou a ser acessória e desqualificada. Com isso, perdeu seu potencial de resultados, alimentando a própria lógica que a excluía de antemão. O que era para ser básico se tornou descartável e o topo da cadeia de atenção se transformou em porta de entrada. A tecnologia, é bom que se reafirme, é uma conquista que o setor saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população. A ESF não é uma peça

isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Logo, a ESF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso (PSF, 2000). E desse modo fortalecer as ideias e práticas do modelo assistencial baseado na promoção da saúde.

Dois sujeitos expressaram insatisfação e com os serviços da MAC e com a ESF sem inclinação para escolha entre esses diferentes tipos de serviços. Demonstraram desprezo baseados na percepção de baixa qualidade encontrada e na dificuldade de acesso aos serviços de ambos os níveis de complexidade de assistência o que reforça a fragilidade do sistema de saúde público na cidade. Assim, é fato que a qualidade e resolubilidade são pontos chave para o desenvolvimento e eficiência dos serviços de assistência à saúde. Outros estudos também demonstraram nível de satisfação baixo, inclusive pelos próprios profissionais, com serviços da MAC ou na Atenção Primária (CRUZ et al., 2016; SORATTO et al., 2017).

Apenas três sujeitos expressaram preferências pelos serviços da ESF, mas baseados no acolhimento recebido e não na qualidade dos serviços. O Acolhimento envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, mas ao mesmo tempo implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas, ou seja, propõe-se a servir de elo entre necessidades dos usuários e várias possibilidades de cuidado (TESSER; POLI-NETO; CAMPOS, 2010). E baseados principalmente no acolhimento, três usuários preferiram os serviços ofertados na ESF em comparação aos serviços hospitalares, citando também maior rapidez nos atendimentos na ESF.

Desse modo há concordância com Arruda e Bosi (2017) ao refletirem que esse cenário em saúde na capital do Estado do Ceará, sobre o fato de que, não obstante a ampliação em Fortaleza, do número de equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, o quantitativo de profissionais de saúde, ainda persistem, nas UESF do referido Município, dificuldades de acesso do usuário aos serviços de saúde, especificamente na realização de consultas. E aqui, cabe indagar: como falar de integralidade e humanização em saúde se, ainda, não se avançou o suficiente para a universalidade?

Por tanto, as preferências pelas práticas curativas e pela MAC pela grande maioria dos usuários não são gratuitas, mas sim resultado de uma complexa fragilidade da Atenção Primária, do sistema de redes de atenção à saúde aliadas à permanência cultural do modelo flexneriano de assistência à saúde.

## Conclusão

Os achados do presente estudo mostraram a fragilidade e falta de credibilidade da ESF da cidade de Fortaleza na ótica da maioria dos usuários. Encontraram-se percepções de maior relevância dos serviços relacionadas ao modelo biomédico de saúde. As preferências da maior parte dos entrevistados estão centralizadas no sistema hospitalar quando comparadas com os serviços da ESF e essa preferência se fundamenta no maior número de médicos nos hospitais e nos serviços de emergências. Também classificam o hospital como um lugar de maior agilidade no atendimento, no acolhimento. Também demonstraram valorização das estratégias de cuidados em saúde baseadas na tecnologia e no uso de medicamentos

Apresenta-se como principal limitação desse estudo, a entrevista apenas de pacientes que aguardavam consultas médicas, desde que dentro dos critérios de inclusão, o que pode ter contribuído para os resultados centralizados em ideias biomédicas.

Fortalecer e amplificar a ESF articulando-a com os demais níveis de atenção à saúde de modo eficiente, rápido, descentralizado e democratizado e universal certamente será o mais profundo avanço no intuito de solidificar as ideias e as práticas do modelo assistencial baseado na promoção da saúde que certamente contribuirá muito para uma transformação social no intuito de atingir elevados níveis de saúde e qualidade de vida para a população.

## Referências

ANDERSON, M.I.P. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 11, n. 1, p. 4-30, 2016.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

ARRUDA, C.A.M.; BOSI, M.L.M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no nordeste do Brasil. **Interface (Botucatu)**. v. 21, n. 61, p. 321-332, 2017.

BARBOSA, L.A.; DANTAS, T.M.; OLIVEIRA, C.C. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**. v. 24, n. 4, p. 347-354, 2011.

BARBOSA, L.A.; OLIVEIRA, C.C.; DANTAS, T.M. Percepção de usuários da Atenção Primária sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Saúde. & Transformação Social**. v. 3, n. 4, p. 37-43, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições. 70, 2008.

BENJUMEA, C. de la C. The Quality of Qualitative Research: From Evaluation to Attainment. **Texto Contexto - Enfermagem**. v. 24, n. 3, p. 883-890, 2015.

BRASIL. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Estabelecimentos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)>. Acesso em: 22 set. 2017.

CARDOSO, M.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cadernos de Saúde Pública**. v. 8, n. 7, p. 1273-1284, 2012.

CAVALLI, L. O.; RIZZOTTO, M.L.F. Formação Dos Médicos Que Atuam Como Líderes Das Equipes De Atenção Primária Em Saúde No Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 42, n. 1, p. 31-39, 2018.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V.A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 8, p. 3593-3604, 2014.

CRUZ, D.N. et al. Acesso, utilização e percepção dos usuários sobre um serviço hospitalar de emergência em Salvador, BA. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**. v. 15, n. 2, p. 186-198, 2016.

DALCUCHE, M.G.; MENDES, E.V.A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no estado do Paraná. **Espaço para a Saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**. v. 18, n. 1, 2017.

ESMERALDO, G.R.O.V.; OLIVEIRA, L.C.; FILHO, C.E.E.; QUEIROZ, D.M. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**. v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FISCHER, E.; CASTILHOS, R.; FONSECA, M. Entrevista Qualitativa na Pesquisa de Marketing e do Consumidor: Abordagens Paradigmáticas e Orientações. **Revista Brasileira de Marketing**. v. 13, n. 4, 2014.

ISSA, A.H.T.M. et al. Fatores influenciadores na escolha pela medicina de família segundo estudantes numa região neotropical do Brasil. **Revista Educação em Saúde**. v. 5, n. 2, p. 56-65, 2017.

LIMA, E.F.A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery**. v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016.

MACINKO, J. et al. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **The New England Journal of Medicine**. v. 372, p. 23, 2015.

MOURA, E.C et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014.

OLIVEIRA, R.G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**. v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, p. 1009-1019, 2010.

PSF - Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. v. 34, n. 3, p. 316-319, Junho, 2000.

RODRIGUES, L.B.B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SAUNDERS, B. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality Quantity**. v. 52, p. 1893-1907, 2018.

SOLLA, J.J.S.P.; CHIORO, A. **Atenção ambulatorial especializada**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

SORATTO, J. et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto – Enfermagem**. v. 26, n. 3, 2017.

SILVA, I.B. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão Integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 30, n. 1, p. 110-117, 2017.

TESSER, C.D.; POLI-NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 3, p. 3615-3624, 2010.

VIEIRA, A.S.T. et al. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 18, n. 3, p. 58-64, 2016.

Recebido: 24/10/2018

Aceito: 20/12/2019