

**AVALIAÇÃO DA ACEITABILIDADE DO USUÁRIO/FAMÍLIA SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA****Evaluation of Family Health Strategy acceptability by the user/family**

Michele Mandagará de Oliveira<sup>1</sup>, Ione Carvalho Pinto<sup>2</sup>, Valéria Cristina Christello Coimbra<sup>3</sup>,  
Eneida Mandagará de Oliveira<sup>4</sup>, Poliana Farias Alves<sup>5</sup>, Vania Dias Cruz<sup>6</sup>

**RESUMO**

O objetivo deste estudo foi avaliar a aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF). Realizou-se um estudo avaliativo de abordagem quantitativa em uma Unidade de Saúde da Família onde foram entrevistados 217 usuários, durante o mês de novembro de 2007. Para análise dos resultados utilizou-se o SPSS® for Windows, Versão 11.0. Identificou-se uma população adulta com idade média de 41 anos, com baixa escolaridade e com maior proporção de mulheres. A maioria dos usuários está satisfeita com a informação recebida sobre a doença, o tratamento, a forma de obter a ficha, o tempo dedicado à consulta e de espera para o atendimento. Todos profissionais da equipe receberam nota maior que sete. Identificou-se que a maioria dos usuários aceita a ESF, sugerindo que esta estratégia apresenta potencialidades para qualificar a atenção primária à saúde. Entretanto, os problemas estruturais da unidade foram os mais apontados pelos participantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Programa Saúde da Família; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde.

**ABSTRACT**

The objective of this study was to evaluate the acceptability of the Family Health Strategy (FHS) by the user/family. We did an evaluative study with a quantitative approach at a Family Health Unit, where 217 users were interviewed during the month of November 2007. SPSS® for Windows, Version 11.0, was used to analyze the results. We identified an adult population with a mean age of 41 years, with low education levels, and with a higher proportion of women. Most users are satisfied with the information they have received about: disease, treatment, how to get an appointment, the time spent during consultations and in waiting to be seen. All the professional staff received grades higher than seven. It was found that most users accept the FHS, suggesting that this strategy has the potential to qualify the health care service in primary care. However, the unit's structural problems were those most often mentioned by the participants.

**KEYWORDS:** Family Health Program; Evaluation of Programs and Projects Health; Patient acceptance of health care.

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno - Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

<sup>4</sup> Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí - SC. Especialista em Formação Pessoal UFES/FIOCRUZ.

<sup>5</sup> Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

<sup>6</sup> Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande. E-mail: vania\_diascruz@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário, por meio de um estreito relacionamento com os profissionais, estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.<sup>1</sup>

A saúde da família toma como base alguns princípios operacionais, entre eles a integralidade das ações e a equipe multiprofissional, considerando que esses instrumentos possuem maior proximidade com a complexidade das necessidades das pessoas na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo maior resolutividade das necessidades ou problemas de saúde.<sup>2</sup>

A ESF é considerada a principal estratégia de qualificação da APS e reformulação do modelo tecno-assistencial. Trata-se de uma estratégia de inclusão, por visar à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde.<sup>2</sup>

A cobertura da ESF no Brasil está incidindo do momento de transição intermediária para o momento de consolidação. Para análise da implantação, se propõe um modelo analítico composto por quatro momentos distintos: o momento de transição incipiente, momento de transição intermediária, momento terminal e o momento de consolidação da ESF.<sup>3</sup> Atualmente, a cobertura populacional da ESF encontra-se em 50,7% caracterizando os primeiros avanços rumo à consolidação.<sup>4</sup>

A qualidade de atenção à saúde precisa ser fortalecida, e as práticas avaliativas, atualmente, surgem como mais um importante instrumento de gestores, profissionais/equipe, pesquisadores e usuários na conquista de maiores negociações sobre a equidade e representação social na garantia de direitos já conquistados na história da saúde brasileira.

A década de 90, do século XX, se caracterizou por uma produção mais dirigida para a discussão teórica da avaliação em saúde, o que se questionava era “o que” e “como avaliar”. Esse movimento acompanhou a tendência internacional, interna a esse campo de saber, no sentido de desenvolver instrumental dirigido às políticas públicas e, externa, que contribuiu para a identificação de necessidades e perspectivas das pessoas e dos usuários nos diferentes contextos sociais e culturais.<sup>5</sup>

As pesquisas sobre satisfação não podem ser confundidas com pesquisas de qualidade, pois a avaliação feita pelos usuários não se faz a partir da perspectiva da definição pelos saberes técnicos do que se deve entender por qualidade. Contudo, a avaliação sobre a satisfação dos usuários, entendida na sua conexão com a percepção, pode ser considerada como um dos componentes da ava-

liação da qualidade dos serviços.<sup>1</sup>

Neste estudo, a aceitabilidade está sendo usada como um sinônimo de satisfação, entendida como um resultado positivo da utilização dos serviços de saúde pelos usuários e suas famílias, no que se refere à colaboração dos gestores, profissionais e conselheiros de saúde, para a garantia do acesso, da qualidade da atenção à saúde oferecida por uma equipe multidisciplinar e do direito à participação social, sejam eles, tanto na área adscrita, quanto na sociedade como um todo.

A aceitabilidade pode ser definida como um conjunto de aspectos na relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde, sendo compreendida como a garantia de várias premissas por exemplos: a facilidade de acesso, a relação médico-paciente (aqui está incluída a relação equipe de saúde-usuário), o meio (o ambiente) e a construção (estrutura), preferências do paciente quanto aos efeitos e dos custos de tratamento e tudo o que o paciente considera ser justo e equitativo.<sup>6</sup>

A justificativa para realização deste estudo está na essencialidade da ESF para a qualificação dos serviços de saúde, bem como para a qualidade de vida e saúde das pessoas e de suas famílias, uma vez que surge no palco das decisões a necessidade de avaliação do usuário/família sobre os programas de saúde. Esse fato indica a necessidade de pesquisas sobre a aceitabilidade da ESF, para que se possam produzir conhecimentos úteis para gestores, profissionais de saúde, conselheiros de saúde e usuários, com o intuito de consolidar a integralidade da assistência e a participação social.

O tema é relevante, pois, conforme estudos<sup>3-4,6</sup> realizados anteriormente, a ESF vem apresentando resultados importantes nos marcadores e indicadores de saúde, tendo inclusive prioridade na mobilização de recursos.

Por isso, este estudo tem como hipótese que “O usuário/família aceita a ESF, uma vez que esta estratégia está voltada para a facilitação do acesso e humanização da assistência”, tendo como objetivo geral: avaliar a aceitabilidade da ESF na perspectiva do usuário/família.

## MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Vera Cruz, localizado na região metropolitana de Salvador, no Estado da Bahia. O município foi escolhido por sua característica importante de gestão para a transformação do modelo tecno-assistencial, pois todas as equipes foram implantadas praticamente no mesmo período, no mês de março do ano de 2005. Esse município apresenta 80% de sua área territorial coberta pela ESF.

Foi selecionada uma Unidade de Saúde da Família

(USF), da área urbana, com equipe completa, que não fosse considerada unidade mista (Unidade tradicional e ESF no mesmo espaço físico), que possuísse equipe de Saúde Bucal e que tivesse na área o Conselho Local de Saúde. Na ocasião, 859 famílias estavam cadastradas na UBS, sendo divididas em quatro microáreas.

Quanto aos critérios de seleção dos participantes, foi solicitado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que levassem os pesquisadores nos domicílios das famílias que residissem, no mínimo, há dois anos, na área de abrangência da ESF e que já tivessem tido alguma experiência de atendimento pela equipe de saúde da família.

A coleta dos dados dos usuários foi realizada no período da manhã e da tarde, durante o mês de novembro de 2007. Foram contadas três perdas, pela não aceitação em participar da pesquisa. Como instrumento de coleta foi utilizado um formulário.

A amostra do estudo foi por conveniência, não sendo realizado nenhum cálculo amostral, de acordo com quem se encontrava no domicílio, no momento da coleta dos dados, desde que fosse usuário da USF e tivesse interesse em participar do estudo. Dessa forma, participaram do estudo 217 sujeitos residentes em domicílios distintos, sendo 193 mulheres e 24 homens, correspondendo a 25, 2 % do total de famílias cadastradas.

Em relação aos aspectos éticos, foi entregue a cada participante um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com o preconizado pela Comissão Nacio-

nal de Ética em Pesquisa (CONEP) 196/96. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob o número de protocolo: 0715/2006.

A coleta de dados foi realizada por três pesquisadores, que receberam treinamento prévio de uma semana para o trabalho de campo, além de discussões sobre as características demográficas, socioeconômicas, e do processo saúde-doença da área de abrangência da USF selecionada.

Foi realizado um estudo piloto com 20 usuários da comunidade no primeiro dia da coleta dos dados. Para melhor entendimento dos usuários foram readequadas algumas questões.

A análise dos dados envolveu a descrição de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda, número de pessoas na família) e acerca da satisfação do usuário com a ESF (satisfação com informação recebida sobre a doença, o tratamento e orientações para seguir em casa; com a forma de obter a ficha, com o tempo dedicado a consulta e de espera para o atendimento; e com o trato recebido pelo dentista, o ACS, o médico, o enfermeiro, o recepcionista e o auxiliar de enfermagem).

A análise dos dados envolveu a descrição das características de interesse do estudo por meio de tabelas univariadas e bivariadas, médias e desvio padrão objetivando caracterizar e avaliar a opinião da população do estudo. Para a constituição do banco e análise dos dados utilizou-se o SPSS versão 11.0.

uma população adulta com idade média em torno de 41 anos, com maior proporção de mulheres e com renda mensal familiar por volta dos R\$ 380,00 reais.

## RESULTADOS

A tabela 1 descreve características sociodemográficas dos sujeitos do estudo. Por meio dela pode-se observar

**Tabela 1** - Características sociodemográficas segundo idade, sexo, escolaridade, número de pessoas na família e renda familiar – Bahia - 2007.

| Covariáveis          | N       | (%)  |
|----------------------|---------|------|
| <b>Idade Média</b>   | 41 anos |      |
| <b>Idade (n=217)</b> |         |      |
| 18 + 38              | 92      | 42,4 |
| 38 + 48              | 51      | 23,5 |
| 48 + 58              | 29      | 13,4 |
| 58 e mais            | 45      | 20,7 |
| <b>Sexo (n=217)</b>  |         |      |

| Covariáveis                                      | N                       | (%)   |
|--|-------------------------|-------|
| <b>Sexo (n=217)</b>                              |                         |       |
| Feminino   | 193                     | 88,9  |
| Masculino  | 24                      | 11,1  |
| <b>Escolaridade (n=217)</b>                      |                         |       |
| Sem estudos                                      | 15                      | 6,9%  |
| Fundamental incompleto                           | 96                      | 44,2% |
| Fundamental completo                             | 21                      | 9,7%  |
| Ensino médio incompleto                          | 26                      | 12,0% |
| Ensino médio completo                            | 46                      | 21,2% |
| Superior incompleto                              | 10                      | 4,6%  |
| Superior completo                                | 3                       |       |
| <b>Número médio de membros na família</b>        | 4                       |       |
| <b>Renda familiar (n=217)</b>                    |                         |       |
| Sem rendimento                                   | 12                      | 5,5   |
| ≤ R\$100,00                                      | 22                      | 10,1  |
| R\$ 101,00 – R\$ 380,00                          | 117                     | 53,9  |
| > R\$ 380,00                                     | 66                      | 30,4  |
| <b>Rendimento familiar (Médio ± Desv.Padrão)</b> | R\$ 409,00 ± R\$ 331,15 |       |

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 2, a maioria dos usuários investigados referiu estar satisfeita com as atividades relacionadas ao processo do serviço. Sendo que 70% dos usuários sugeriram maior satisfação com as informações relacionadas ao seu estado de saúde, ao tempo dedicado à consulta e a infor-

mação recebida sobre sua doença.

Em relação ao tratamento da sua doença, o tempo em sala de espera e a forma de obtenção de consulta, o nível de satisfação dos participantes variou entre 60% e 70%.

**Tabela 2 -** Avaliação do nível de satisfação do usuário com relação às informações recebidas, marcação e atendimento – Bahia - 2007.

| Covariáveis   | N   | (%)  |
|---|-----|------|
| <b>Está satisfeito com a informação recebida sobre a sua doença?</b>      |     |      |
| Sim   | 148 | 72,2 |
| Não/Mais ou menos   | 57  | 27,8 |
| <b>Está satisfeito com a informação recebida sobre o seu tratamento ?</b> |     |      |
| Sim   | 133 | 69,3 |
| Não/Mais ou menos   | 59  | 30,7 |

| Covariáveis  | N   | (%)  |
|--|-----|------|
| <b>Está satisfeito com a informação recebida sobre as orientações a seguir em casa ?</b>             |     |      |
| Sim  | 159 | 77,9 |
| Não/Mais ou menos  | 45  | 22,1 |
| <b>Está satisfeito com a forma de obter a ficha para a consulta ?</b>                                |     |      |
| Sim  | 126 | 60,9 |
| Não/Mais ou menos  | 81  | 39,1 |
| <b>Está satisfeito com o tempo que permaneceu na sala de espera antes de entrar para a consulta?</b> |     |      |
| Sim  | 134 | 65,7 |
| Não/Mais ou menos  | 70  | 34,3 |
| <b>Está satisfeito com o tempo dedicado à consulta?</b>  |     |      |
| Sim  | 153 | 77,3 |
| Não/Mais ou menos  | 45  | 22,7 |

Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 3 descreve a distribuição das notas de avaliação para com o trato da equipe da ESF. Os profissionais que receberam as melhores avaliações foram o dentista,

seguido do ACS e do médico. O dentista foi o único profissional que ficou com nota superior a oito, independente da oscilação do desvio padrão.

**Tabela 3** - Distribuição das notas de avaliação para com o trato da Equipe da USF – Bahia - 2007.

| Covariáveis                           | $\bar{X} \pm$ Desvio Padrão | $\leq 7$ |      | $> 7$ |      |
|---------------------------------------|-----------------------------|----------|------|-------|------|
|                                       |                             | N        | %    | N     | %    |
| <b>Médico</b>                         | 8,4 $\pm$ 1,9               | 49       | 29,9 | 115   | 70,1 |
| <b>Enfermeiro</b>                     | 8,0 $\pm$ 2,3               | 65       | 34,8 | 122   | 65,2 |
| <b>Dentista</b>                       | 9,0 $\pm$ 1,7               | 20       | 17,4 | 95    | 82,6 |
| <b>Auxiliar/técnico de enfermagem</b> | 7,0 $\pm$ 2,8               | 96       | 48,7 | 101   | 51,3 |
| <b>Agente Comunitário de Saúde</b>    | 8,7 $\pm$ 2,0               | 48       | 22,4 | 166   | 77,6 |
| <b>Recepcionista</b>                  | 7,5 $\pm$ 2,4               | 95       | 45,2 | 115   | 54,8 |

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Sobre os dados encontrados nas tabelas 1 e 2, é impor-

tante que seja observado que o estudo realizado identificou uma população que, em sua maioria, era composta de mulheres, de pessoas com baixa escolaridade e baixa

renda.

O conhecimento das condições sociodemográficas da população é importante para o conhecimento da aceitabilidade, pois o grau de satisfação pode variar de acordo com o nível socioeconômico e de escolaridade da população.<sup>7</sup>

Com relação ao fato do sexo feminino se sobressair como maioria entre a população estudada, isso pode ser justificado pelo horário de realização das entrevistas, sendo que, na dinâmica de muitas famílias, os homens têm uma maior participação no trabalho extradomiciliar, ficando a mulher em casa responsável pelos afazeres domésticos e cuidados com a família.<sup>8</sup>

A implantação da ESF em áreas de maior vulnerabilidade social pode contribuir para facilitar o acesso de pessoas de baixa renda a uma atenção integral e de qualidade. Isso pode ser considerado como um ponto alto da ESF, uma vez que ela está mais próxima dos problemas e necessidades dos usuários e suas famílias e também por que ela está comprometida com a intersetorialidade; o que pode facilitar uma maior resolubilidade das necessidades, porque trabalha sob a lógica da promoção da saúde, já que considera os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Em estudo realizado sobre os dados do Programa Nacional por Amostras de Domicílio no Estado da Bahia, nos anos de 1998 e 2003, foi observado que os pobres consomem menos serviços de saúde, quando comparados aos usuários mais ricos e aqueles com maior escolaridade, sendo considerados o número de consultas médicas nos últimos 12 meses e a cobertura de planos de saúde. Além disso, como as chances de adoecimento se reduzem na medida em que a renda aumenta, as pessoas que teriam as maiores necessidades de saúde, na verdade, são as que menos consomem saúde no Estado da Bahia.<sup>9</sup>

Com relação ao nível de escolaridade, a maioria apresentava ensino fundamental incompleto ou completo, para a área de atenção da ESF estudada, o que pode ser um problema a ser considerado pela equipe e gestores, porque há um número preocupante de pessoas com baixa escolaridade e com baixo rendimento mensal, ou seja, pessoas que poderiam estar mais predispostas a adoecer.

A taxa de analfabetismo de 6,9% encontrada na pesquisa é inferior ao apresentado pelo censo de 2000, realizado no município, onde foi encontrado um total 15% de analfabetos.

A ESF tem um compromisso social muito importante por meio da criação de vínculo para a motivação e estímulo da educação no âmbito das famílias e comunidades.<sup>8</sup>

Os determinantes precisam ser observados e considerados para que, de fato, se consiga promover saúde nas

comunidades.

Constatou-se, em um estudo realizado em Montes Claros - Minas Gerais (MG), com 319 usuários da ESF, que quanto maior o grau de escolaridade dos sujeitos, menor é a satisfação em relação ao atendimento e ao conhecimento dos profissionais.<sup>8</sup> A baixa renda associada à baixa escolaridade pode interferir nas possibilidades dos usuários concretizarem o exercício de cidadania para a luta por melhores condições de saúde, o que potencializaria a aceitabilidade e a satisfação com os serviços oferecidos.

Entende-se que a ESF trouxe importantes e necessárias mudanças para o cuidado à saúde na APS, mas é também importante e necessário que se reconheça que ela, em alguns momentos, pode seguir apresentando limitações e em certos espaços reproduzir o modelo tradicional.

A preocupação com a reprodução do modelo tradicional reside no fato de que ele aprisiona o ser cuidador e o ser cuidado na lógica da doença e das intervenções (reduzindo o usuário a sua doença) e desresponsabiliza a prática de discussões sobre a produção de saúde no nível local.

Em relação aos fatores associados ao processo do serviço, a maneira pela qual a população obtém a ficha para consulta obteve a menor satisfação entre os usuários neste estudo. Ao se falar em acessibilidade às consultas na ESF, não se deve reduzir à prestação de consultas médicas, pois outros profissionais como enfermeiros, psicólogos e dentistas devem estar integrados a essa vertente. O fato de que as equipes de ESF apresentam dificuldades em avançar nessa perspectiva pode ser resultado de uma estratégia ainda em construção, que persiste em uma jornada de trabalho integral, resultando em uma alta rotatividade de profissionais de nível superior e não raras vezes na falta deles.<sup>10</sup>

Os pacientes evitam criticar os serviços devido ao viés criado, tanto pelo medo de perder o acesso, quanto à relação de dependência com os profissionais de saúde. Destarte, é comum encontrar em alguns usuários o que os autores chamam de “*gratitude bias*” sentimento de gratidão, sendo um achado comum em países periféricos, o que pode acabar dificultando uma visão mais crítica do atendimento.<sup>7</sup>

Em contextos muito desiguais, para certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir o atendimento resulta em baixa expectativa. O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois algumas pessoas não apresentam expectativas positivas em relação a certas instituições públicas.<sup>7</sup> Esses resultados não corroboram os achados encontrados em um estudo de caso realizado em 10 municípios de quatro regiões do Brasil, no qual as famílias tiveram uma percepção mais clara desse problema do que os profissionais de saúde, carentes de

mecanismo de aferição do tempo de espera e da magnitude das filas.<sup>11</sup>

Diante do exposto, se percebe a urgência de associar trabalhos de avaliação da aceitabilidade à criação de uma política, onde o usuário seja coparticipante no processo de cuidado a sua saúde, de sua família e de sua comunidade.

Na tabela 3, observa-se que os profissionais mais destacados foram o dentista, e os ACS, sendo que para essa avaliação a maioria dos participantes utilizou como critério para avaliar, principalmente, a interposição de relações interpessoais acolhedoras.

O usuário da ESF, ao avaliar o atendimento dos profissionais, leva em consideração a dimensão relacional, destacando aspectos como a atenção, a escuta, o respeito, a compreensão e a gentileza por parte dos profissionais da equipe, criticando atitudes autoritárias, quando as queixas apresentadas pelos usuários não são consideradas pelo profissional.<sup>12</sup> Esse resultado é semelhante aos achados de um estudo realizado em um hospital privado, no qual a satisfação do usuário apresentou relação com o recebimento de atenção, ao fornecimento de informações, ao interesse demonstrado pelo profissional de saúde com relação ao usuário e a responsividade.<sup>13</sup> Vale destacar que a avaliação dos profissionais de saúde é somente uma medida de qualidade funcional do cuidado, uma vez que a qualidade técnica é difícil e complexa de ser mensurada e avaliada pelo usuário.<sup>13</sup>

Nos serviços de saúde brasileiros, são observados diversos problemas relacionados ao acesso e ao acolhimento, sendo identificados em um estudo realizado na região Nordeste e Sul do Brasil como pontos de insatisfação na ESF: o número elevado de usuários à espera da consulta; o número insuficiente de fichas; a existência de filas; o tempo de espera para consulta e o espaço físico inadequado.<sup>2</sup>

Nos dados encontrados, mesmo existindo um alto grau de aceitabilidade pela maioria dos usuários, é fundamental que a equipe juntamente com o Conselho Local de Saúde identifique quais são os nós críticos que podem estar emaranhando a qualidade da assistência para o grupo de não satisfeitos, o qual precisa ser ouvido. A partir do usuário se pode obter conceitos e atitudes relacionados à atenção recebida e como se beneficiam da organização do serviço para resolver suas necessidades.<sup>2</sup>

A aceitabilidade do usuário/família é um dos sete pilares da qualidade do trabalho médico,<sup>14</sup> a qual também pode ser considerada como um sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Ela depende da efetividade, eficiência e aperfeiçoamento, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenida-

des do cuidado.<sup>14-15</sup>

A avaliação de satisfação de usuários em saúde merece ser valorizada, como parte dos estudos das relações interpessoais nos serviços de saúde e como instrumento de controle social das comunidades.<sup>16</sup> A avaliação é parte do processo de planejamento e gestão, servindo, assim, para direcionar ou redirecionar, a execução de ações, atividades e programas. O processo avaliativo permite que o passo seguinte seja a construção de diretrizes sólidas capazes de mudar ou aperfeiçoar a realidade.<sup>17</sup>

A hipótese deste estudo “O usuário/família aceita a ESF, uma vez que essa estratégia está voltada para a facilitação do acesso e humanização da assistência” foi confirmada pela análise dos dados, que apresentaram uma população de estudo, na sua maioria satisfeita com o serviço de saúde estudado.

## CONCLUSÃO

A contribuição da saúde para a cidadania é um grande passo no caminho da construção de práticas de saúde equânimes, integrais e que tenham como mola propulsora a participação social, por meio da qual as pessoas tenham liberdade de se expressar sobre as suas necessidades, que sejam escutadas pelos profissionais e gestores e que por meio dessa relação entre iguais seja possível a qualificação e o fortalecimento da APS/ESF, para a transformação do modelo assistencial em um modelo que cultive e promova saúde, sendo, sobretudo, aceito e legitimado pelos usuários/famílias e comunidades.

No estudo realizado, foi identificado que os usuários, em sua maioria, aceitam a ESF, mesmo com todos os ruídos e nas críticas percebidas. Entretanto, os eventos propulsores de aceitabilidade tiveram grande contribuição para a efetivação da ESF enquanto estratégia de reorientação do modelo assistencial e qualificação da APS.

É preciso com isso fortalecer ainda mais os laços de aproximação entre os gestores, usuários, profissionais e conselhos de saúde, pois a efetivação da ESF depende do comprometimento de todos esses atores envolvidos, considerando que todos eles fazem parte de um todo que se denomina produzir saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):345-51.
2. Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira MM, Pereira DB, Nunes CK, Eslabão AD. Avaliação da satisfação

dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet] 2011; 45(5):1150-56. [Citado 2012 jul. 07]; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n5/v45n5a17.pdf>>.

3. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

5. Jardim VMR. Avaliação da política de atenção à saúde mental nos CAPS da região sul do Brasil [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

6. Gaioso VP, Mishima SM. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. *Texto & Contexto, Florianópolis*. 2007; 16(4):617-25.

7. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface- Comunic, Saúde, Educ*. 2010; 14(35):797-810.

8. Dias OV, Vieira MA, Dias JP, Ramos LH. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(2):225-31.

9. Souza RLSP. Desigualdade no acesso aos serviços de saúde no estado da Bahia a partir dos dados da PNAD/2003. Bahia análise & Dados, Salvador. 2006; 16(2):231-42.

10. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Supl 1):S148-58.

11. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2007; 2(21):164-76.

12. Mishima SM, et al. A assistência na Saúde da Família sob a perspectiva dos usuários. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet] 2010; 18(3):436-43. [Citado 2012 jul. 08];

Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_20.pdf)>.

13. Cruz WBS, Melleiro MM. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(1):147-53.

14. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of pathology and laboratory medicine*. 1990; 114:1115-18.

15. Gomes AMA, Moura ERF, Nai ons MK, Alves MSCF. Ethnic evaluation of hospital humanization by the users of the Brazilian unified health system and their mediators. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2008; 42(4):635-42. [Cited 2012 jul. 08] Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reusp/v42n4/en\\_v42n4a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v42n4/en_v42n4a03.pdf)>.

16. Kerber NPC, Kirchhof ALC, César-Vaz MR. Atenção Domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2):244-50.

17. Assis MMA, Cerqueira EM, Nascimento MAA, Santos AM, Jesus WLA. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS*. 2007; 10(2):189-199.

---

Submissão: julho de 2013

Aprovação: abril de 2017

---