

## Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade<sup>1</sup>

Evaluation process of the Family Health program: support of acceptability

Evaluación del proceso del programa Salud de la Familia: la sustentación de la aceptabilidad

Michele Mandagará de OLIVEIRA<sup>2</sup>, Ione Carvalho PINTO<sup>3</sup>,  
Valéria Cristina Christello COIMBRA<sup>4</sup>, Uememson Silva SOARES<sup>5</sup>,  
Eneida Mandagará de OLIVEIRA<sup>6</sup>, Poliana Farias ALVES<sup>7</sup>.

### RESUMO

A análise da aceitabilidade da Estratégia de Saúde da Família pela comunidade é um dos instrumentos avaliativos essenciais para apoiar a transformação do modelo assistencial. Esse artigo tem como objetivo analisar a organização da Unidade de Saúde da Família com vistas à aceitabilidade do usuário, no que se refere o desenvolvimento das atividades educativas, o acolhimento, a organização do sistema em rede e a precarização do trabalho. Ele se caracteriza por ser um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Foram utilizados entrevistas e observação. O caminho da aceitabilidade do usuário/família pode ser construído com a ajuda dos profissionais de saúde e dos gestores, porque o processo de trabalho dos primeiros, no que se refere à lógica assistencial e relacional, ajuda a construir a aceitabilidade do usuário com o trato recebido. Os gestores podem contribuir para a aceitabilidade do usuário/família por meio das suas decisões sobre as prioridades das políticas de saúde local.

**Descritores:** programa de saúde da família; avaliação de programas; aceitação pelo paciente de cuidados de saúde.

### ABSTRACT

The analysis of acceptability of the Strategy of the Family Health by the community is one of the evaluative instruments essential to support the transformation of the care model. This article aims to analyze the organization of the Health Unit of the Family with a view to acceptance of the user, as regards the development of educational activities, the host, the network system's organization and job precarious. It is characterized as a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The way of acceptance of user/family can be built with the help of health professionals and managers, because the work process of the first, with regard to assistance and the relationship logic, helps to build acceptance of the user with the care received. The managers also contribute to the acceptability of the user/family through their decisions on the priorities of local health policies.

**Descriptors:** family health program; program evaluation; patient acceptance of health care.

### RESUMEN

La análisis de la aceptabilidad de la estrategia de la Salud de la Familia por la comunidad es uno de los instrumentos de evaluación esencial para apoyar la transformación del modelo. Este artículo tiene como objetivo analizar la Unidad de Salud de la Familia, con miras a la aceptación del usuario, en cuanto al desarrollo de actividades educativas, sistema de rede de la organización de acogida y la precariedad laboral. Se caracteriza como un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Fue utilizado la entrevista y observación. La forma de aceptación de usuario/familia puede construirse con la ayuda de profesionales de la salud y administradores, porque el proceso de trabajo de la primera, con respecto a la lógica y la atención de relación puede ayudar a construir la aceptación de los usuarios con el trato recibido. Los administradores también contribuyen a la aceptabilidad del usuario/familia por medio de sus decisiones sobre las prioridades de las políticas de salud.

**Descriptorios:** programa de salud familiar; evaluación de programas; la aceptación por los pacientes de la atención de la salud.

<sup>1</sup>Este artigo apresenta a discussão de parte dos dados da Tese de Doutorado intitulada: Avaliação da Aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família, 2008. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup>Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: mandagara@usp.br

<sup>3</sup>Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

<sup>4</sup>Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

<sup>5</sup>Acadêmico de Enfermagem do 6º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Bolsista PIBIC/CNPQ.

<sup>6</sup>Enfermeira do Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Itajaí/SC.

<sup>7</sup>Acadêmica de Enfermagem do 9º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi lançada oficialmente, no país, pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup> no ano de 1994. Foi apresentada com o nome Programa Saúde da Família (PSF), entendido como uma estratégia de re-orientação do modo de produção em saúde. Entretanto, uma estratégia tão importante quanto esta não poderia ser apenas simplificada a um programa, ação que geralmente se dá verticalizada as necessidades de saúde da população, atendendo preferencialmente alguns grupos.

O Ministério da Saúde, inicialmente, concebeu a saúde da família como um programa, no entanto com a expansão e com o impacto positivo em alguns indicadores de saúde, passou a considerar a saúde da família como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, sendo essa substitutiva da rede básica tradicional.<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 estes 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 qualidade de atenção à saúde oferecida pela ESF 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 análise da aceitabilidade da ESF pela comunidade é um dos instrumentos avaliativos essenciais para apoiar a transformação do modelo assistencial. O caminho da aceitabilidade do usuário/família pode ser construído com a ajuda dos profissionais de saúde e dos gestores, porque o processo de trabalho dos primeiros, no que se refere à lógica assistencial e relacional, ajuda a construir a aceitabilidade do usuário com o trato recebido. A qualidade do cuidado prestado poderá influenciar na decisão do usuário de seguir as orientações, o tratamento prescrito, bem como o seu retorno a Unidade Saúde da Família (USF).

Os gestores também podem contribuir para a aceitabilidade do usuário/família por meio das suas decisões sobre as prioridades das políticas de saúde local, no que se refere a organização dos serviços complementares como, por exemplo: a facilitação das referências e contra-referências para a rede de saúde; a garantia da oferta de exames (laboratoriais e outros); e a motivação para a participação social. Essas ações e decisões podem despertar um “feedback” do usuário/família, para a construção efetiva de um novo e fortalecido modelo assistencial voltado para a promoção da saúde e fortalecimento do SUS.

## OBJETIVO

Esse artigo tem como objetivo analisar a organização da Unidade de Saúde da Família com vistas à aceitabilidade do usuário, no que se refere o desenvolvimento das atividades educativas, o acolhimento, a organização do sistema em rede e a precarização do trabalho.

## METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte de uma tese de doutorado que avaliou a aceitabilidade do usuário/família sobre a ESF. Ele se caracteriza por ser um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa.

O estudo foi realizado em um município do interior do estado da Bahia. Este município apresenta 80% de sua área territorial coberta pela ESF. Segundo a divisão usada pôr Mendes para os momentos de implantação da ESF, o município estudado encontra-se no estágio de consolidação e institucionalização definitiva do programa, uma vez que tem a abrangência populacional superior a 70%.<sup>3</sup>

Foi selecionada uma 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.

Os sujeitos do estudo foram: o Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador Municipal da ESF, e os 17 profissionais da Equipe de Saúde da Família.

A coleta de dados só foi iniciada após a aprovação do Comitê de ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ela foi realizada no período de 20 de novembro a 1 de dezembro de 2007. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação.

O roteiro de entrevista semi-estruturada foi utilizado pelos pesquisadores para realizar a entrevista com todos os entrevistados com gravação das falas, após autorização dos sujeitos.

As observações foram registradas no diário de campo, seguindo um roteiro. No diário de campo foram anotadas as observações e reflexões das expressões verbais e ações dos sujeitos.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A ESF está organizada, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência, o serviço e a equipe de trabalho, se dão em um plano microscópico, às relações entre trabalhadores e usuários. Ambas as propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições.<sup>4</sup>

Todo profissional da equipe de saúde da família possui uma determinada atribuição. No entanto, cabe a todos eles o desenvolvimento, conjunto de ações preventivas e de promoção da

qualidade de vida da comunidade, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde na USF, aliando, desta forma, a atuação clínica e técnica à prática da saúde coletiva.<sup>5</sup>

A ESF deve desenvolver um trabalho com grupos de pessoas através dos ciclos vitais, mas também deve acompanhar os diversos grupos da população mais vulneráveis como as crianças, as gestantes, os idosos, os portadores de necessidades especiais por meio de ações programadas com o objetivo de minimizar ou reduzir os riscos. Também pode ser realizado o monitoramento das doenças crônicas, como, por exemplo, a hipertensão, o diabetes, o alcoolismo e outros, por isso, também são utilizadas atividades educativas nos serviços de saúde.<sup>6</sup>

Na USF analisada as atividades parecem ser desenvolvidas pelo modo tradicional de atividades educativas, ou seja, baseada na informação a população sobre os diferentes tipos de prevenção, como por exemplo, a prevenção primária de doenças, sendo que, no caso dos idosos, a realização de atividades estava direcionada para o controle de doenças crônicas degenerativas. Além disso, também era desenvolvida a prevenção secundária por meio da vacinação, e por meio da triagem de cáries dentárias.

Na dinâmica do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, sejam eles da APS ou não, se faz necessário que a equipe conheça os problemas existentes, e o conhecimento de problemas não é uma tarefa fácil. Entretanto, o diagnóstico de problemas é um desafio para a equipe e a população, acostumadas com o modelo hegemônico, centrado no tratamento de doenças e aprisionador das relações interpessoais, onde possibilidades de negociação são praticamente inexistentes. Para a negociação das necessidades é necessário haver uma interação entre os profissionais da equipe, gestores e toda a comunidade.<sup>7</sup>

*[...] no início para atrair a população se fazia palestras dando café da manhã, dando lanche [...] com o tempo eu fui vendo que só aumentava o número de participantes nas palestras, nas consultas, principalmente em dia de atividades educativas [...] duas semanas seguidas eu não tive como fazer o lanche e na terceira, das que sempre vinham aqui em média de 20-30-40 pessoas só vieram cinco e aí eu perguntei as outras que eram vizinhas, [...] porque não estavam vindo? e elas disseram que não estava mais tendo lanche então era uma estratégia que eu tinha de fazer café da manhã para todos, daí eu parei, porque eles não estavam vindo para a palestra para ter e adquirir conhecimento, mas porque eles estavam se alimentando [...]. (P.9)*

A USF utilizava o fornecimento de lanches como um atrativo para a população participar das atividades educativas. Foi observada a falta de sucesso de algumas atividades educativas desenvolvidas na USF, principalmente, no que se refere à educação em saúde direcionada aos usuários portadores de doenças crônicas.

É necessário que inicialmente se compreenda a difícil situação socioeconômica dos usuários deste serviço, que na sua maioria, tem sérias dificuldades econômicas e que possivelmente, motivados pela barganha e não pela valorização deste tipo de atividade decidem ou não participar das atividades.

A equipe é responsável pela decisão que tomou para motivar os usuários a comparecerem nas atividades, assim como é responsável pela decisão de suspender tais atividades. As pessoas precisam participar efetivamente deste processo de construção das atividades educativas, pois será considerando seus desejos e necessidades em saúde que atividades desta natureza terão sucesso ou não.

A barganha do “se participar ganha café” teve um preço alto para o insucesso desta prática na USF, as pessoas estavam motivadas pelo café que iriam ganhar e não pela importância da proposta para a manutenção da sua saúde.

Estas atividades precisam ser negociadas com todas as partes interessadas, negociadas, no sentido de contratualizarem a existência de espaços para a educação em saúde, bem como a importância dos seus resultados na qualidade de vida das pessoas. Entende-se que a educação problematizadora, é também uma educação popular, que objetiva uma maior aproximação das pessoas e com o envolvimento destas e de suas comunidades com o cuidado a vida.

Entende-se desta forma que, enquanto as atividades de educação em saúde apenas tiverem a finalidade de depositar conhecimento sobre riscos, normas, causas e efeitos, dificilmente conseguirão mobilizar e motivar as pessoas a terem atitudes e comportamentos saudáveis. Isso porque, mais uma vez o modelo tradicional será fortalecido, em detrimento do modelo alternativo, estando com isso, possivelmente fadadas ao fracasso da mobilização das pessoas para a transformação do modelo assistencial, bem como, da sua participação e responsabilização na promoção da saúde.

Na educação problematizadora aplicada à saúde não acontece, na maioria dos casos, ações imediatas na transformação do comportamento. Esta mudança só poderá ser percebida quando o usuário der marcas da transformação de seu saber, que não são imediatas. Elas vão acontecer em processos contínuos, na intermediação e construção de novos saberes. A educação popular em saúde pressupõe a abertura e a disponibilidade para ouvir o outro, pois, neste encontro, “quem educa é dialeticamente educado”.<sup>8</sup>

Uma relação acolhedora da equipe com a comunidade influencia no sucesso das atividades de educação em saúde. Por isso, neste estudo o acolhimento está sendo entendido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores estabelecem com os diferentes usuários para fortalecer a produção do vínculo. A criação de vínculos implica na criação de relações que aproximem o profissional dos usuários.<sup>9</sup>

A produção do trabalho em saúde se dá por meio das relações interpessoais e por isso as pessoas precisam ser respeitadas como a outra parte essencial da relação, uma vez que sem a existência de usuários com necessidades, não existiriam profissionais de saúde.<sup>10</sup>

Logicamente é necessário compreender que a qualidade e as condições de trabalho podem influir no processo de trabalho da equipe, entretanto é importante refletir sobre a importância desse processo para a reversão do modelo e qualificação das práticas de saúde.

O processo de trabalho da equipe norteado pelo acolhimento também deve garantir a qualidade da assistência não só no nível primário, mas também no nível secundário e terciário.

Como contribuição para a qualidade desta assistência a gestão municipal se incorporou ao Programa de Pactuação Integrada (PPI) entre a União, o Estado e o município que objetivou implementar os programas em comum, considerando a demanda da sociedade e priorizando um projeto de desenvolvimento em nível sub-regional articulado a estratégia de desenvolvimento nacional.

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 dispõe como responsabilidade do município o cumprimento dos princípios da Atenção Básica, no que se refere à organização dos fluxos dos usuários, visando a garantia das referências à serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica

A organização do serviço de saúde está baseada nas diretrizes do Plano Diretor de Regulação (PDR). O plano organiza o estado em rede, onde ela é composta por 09 macrorregiões de saúde no estado da Bahia.<sup>11</sup>

Organização em rede apresenta um modelo de recursos que são compartilhados, contemplando assim a continuidade e a complementaridade necessária, mais que em qualquer outra área da saúde, para pensar uma estratégia resolutiva de cuidados que tenha de responder necessidades múltiplas de ordem afetiva, material, clínica requerem cada vez mais ações solidárias de governos, voluntariado e cidadãos comuns.<sup>12</sup>

O município tem uma rede de cuidados no que se refere à infra-estrutura, entretanto, em alguns momentos a rede parece se enrolar, ou seja, os recursos existentes nem sempre contemplam a todas as pessoas e as suas necessidades.

A articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede não é construída só por normas e formulários, mas pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população. O papel dos gestores dos serviços é fundamental na condução desses pactos para o pleno funcionamento da rede.<sup>13</sup>

Também foi observado outro problema com relação à precarização do trabalho, desta vez, no que se refere a insuficiente capacitação e motivação para o trabalho, como por exemplo, convite para cursos e/ou participação nas decisões de saúde. Foi observado que a falta de valorização do trabalho decaiu de acordo com o nível educacional.

Considerando a perspectiva da ESF como uma proposta importante de transformação, a que se considerar a necessidade permanente de capacitação dos profissionais de saúde, com vistas a um melhor desempenho de atividades complexas que permeiam a promoção da saúde na comunidade, favorecendo com isso o sucesso da estratégia, bem como o alcance dos resultados esperados.<sup>14</sup>

Os profissionais de saúde podem se sentir frustrados, quando percebem que suas angústias e necessidades não são percebidas pelos gestores, que em algumas situações não reconhecem a valorização do seu trabalho e continuam a exigir maior produtividade desconsiderando muitas vezes

que os profissionais de saúde são trabalhadores e como qualquer outro tipo de trabalho precisam de motivação para desenvolver um trabalho de qualidade que também lhes dê satisfação.

*O profissional deveria ser mais valorizado [...], principalmente a gente do nível mais baixo da pirâmide, a gente não é muito valorizado não, [...] da parte da gestão, por que a comunidade dá até mais atenção para a gente [...] a gestão que está lá em cima não liga muito não, não convidam a gente para nada, não fazem nada pela gente, [...] somos o famoso Severino, quebra-galho [...]. (P.7)*

Por isso, é tão importante que os gestores concedam aos seus trabalhadores satisfação consigo mesmo e com a instituição, para que seja ampliada a sua auto-estima e a percepção da sua contribuição social dentro do contexto saúde.<sup>14</sup>

Outra caracterização da precarização do trabalho se refere às regulares condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores, pois foi observado que em alguns momentos acontece a falta de material para curativo e medicação, principalmente de medicação anti-hipertensiva, o que se transforma num problema para a equipe e também para os pacientes, para os primeiros por que são eles que recebem todas as queixas dos usuários sobre a falta de medicação e de materiais, sem serem os responsáveis por isso, e os segundos por que ficam sem a medicação e o tratamento e o controle da doença é interrompido, favorecendo com isso um descontrole na manutenção da saúde.

A ESF ampliou o acesso de certa forma liberou uma demanda reprimida, no entanto, isso implica em aumento de gastos e de necessidade de potencializar a capacidade de comunicação e otimização dos serviços de saúde. A fragilidade em oferecer um suporte de materiais, medicamentos e fluxos seguros de referência e contra-referência podem comprometer a materialização da integralidade.<sup>15</sup>

*[...] o município tem uma pactuação com o estado, uma programação e eles não conseguem cumprir nada [...] porque no ano passado eu deixei de cumprir algumas coisas e nesse ano eu não sei se vou conseguir cumprir por conta de todas estas mudanças que acaba fazendo a gente não tem governabilidade para decidir sobre elas, ter governabilidade para negociar o salário de médico, não ter governabilidade para negociar quantas equipes permanecem, quantas equipes não permanecem, para negociar a expansão, tinha que fazer a seleção para os ACS, na realidade de hoje a gente faz de conta que cobre família, mas muitas famílias não estão cobertas, eu tenho agente com mais de trezentas famílias e sabemos que é humanamente impossível a gente dar uma assistência a uma quantidade tão grande de famílias, aí você tem que começar a trabalhar numa flexibilização que compromete a estratégia como um todo, compromete todos os programas [...]. (P. 11)*

A participação dos usuários e profissionais nas decisões em saúde precisa ser realizada na ESF, visto que estas atividades potencializam a cidadania e o comprometimento destes com o fortalecimento da APS no nível local e também na organização da rede de serviços complementares de saúde. Contudo as decisões parecem estar centralizadas nos gestores.

O município tinha oito equipes de saúde bucal que estavam lotadas nas USF, entretanto, na ocasião da coleta dos dados as equipes haviam sido desativadas pela gestão municipal sem nenhuma consulta prévia aos profissionais e usuários. As equipes foram implantadas de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) proposta pelo Ministério da Saúde.

As oito equipes foram desativadas pela gestão sob o argumento do alto gasto com a folha de pagamento da SMS. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi apenas informado da decisão.

*[...] não foi feita uma consulta para a retirada, não houve nenhuma reunião prévia para se discutir, tentassem encontrar uma alternativa para que a gente não precisasse fazer esta mudança tão drástica ou acabando o programa [...]. O que nos deixa muito triste é que a área de saúde bucal melhorou bastante, impactou bastante, quando se conversa com munícipes e usuários, eles falam que melhorou a assistência, mas parece que a gestão central não consegue enxergar isto [...]. (P.11)*

Esta situação de desativação das equipes de saúde bucal vivenciada pelo município em novembro de 2007, pode sugerir a existência de problemas no planejamento das ações de saúde, no que se refere a condução dos programas instituídos, uma vez que foram implantadas dez USF e oito equipes de saúde bucal no período de um ano, tendo como meta a implantação de mais três USF o que tonalizaria treze USF até 2009 no Plano Municipal de Saúde.

Em contrapartida são desativadas as equipes de saúde bucal vinculadas a ESF, há a tendência da redução das equipes de saúde da família devido a problemas de ordem econômica, para redução de gastos com a área da saúde no município.

É possível pensar que os prejuízos para a saúde da população são imensuráveis, uma vez que houve um retrocesso nas atividades propostas para o quadriênio de 2005 a 2009 do ponto de vista do acesso ao programa de saúde bucal, considerando a desativação das equipes. Entretanto, segundo a fala abaixo a gestão esta trabalhando numa proposta alternativa criada pelo próprio gestor municipal.

Em um município do nordeste brasileiro foi observado que o componente tecnológico das práticas de planejamento, constituído por saberes operantes e saberes práticos, pode assumir a conformação de um cálculo sistemático, que articule o conhecimento com a ação e o presente com o futuro, para que as decisões pactuadas sejam cumpridas, mesmo mediante dos constrangimentos externos provocados pelo modelo de financiamento do SUS e a tutela da Prefeitura Municipal sobre os procedimentos administrativos necessários ao funcionamento da rede de serviços de saúde.<sup>16</sup>

Entretanto, no estudo realizado por estes autores foi observado que a perícia dos dirigentes em construir viabilidade política para a implantação do SUS municipal, especialmente, junto ao Ministério da Saúde, principal fonte de apoio externo, foi fundamental para a condução de seu projeto de governo, diferentemente, da situação vivenciada no município estudado que optou por mudanças bruscas nas políticas de APS com a desativação do programa de saúde bucal vinculado a ESF.

Como citação anterior, um importante ruído identificado foi à decisão de ter sido tomada apenas no palco da gestão municipal, uma vez que nem os profissionais e nem os usuários foram previamente avisados ou convidados para discutir a decisão. Sendo ainda importante salientar que o Conselho Municipal de Saúde apenas foi informado da desativação, ou seja, a referida tomada de decisão não foi democrática, por que de certa forma não estimulou e nem considerou a participação popular e isso vai de encontro aos princípios do SUS.

Para a transformação da forma de atenção a saúde é necessário a construção de um projeto comum entre a comunidade, profissional de saúde e gestores. A comunidade precisa participar ativamente desse processo, sendo reconhecida com sujeito da sua saúde, não meramente expectador dos fatos.

As decisões sobre as prioridades à saúde não podem ser tomadas apenas pelos gestores e profissionais, mas sim em conjunto com a comunidade. Os usuários são a razão da existência da USF e eles precisam ser identificados como sujeitos capazes de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema de saúde, fortalecendo, assim, o fazer democrático da saúde.

## CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde e os gestores podem motivar os usuários sobre a importância da discussão democrática sobre os princípios da estratégia para a promoção da saúde na comunidade.

Desta forma, possibilidades podem ser criadas para que a aceitabilidade do serviço público se dê no momento em que as pessoas comecem a visualizar a ESF como algo seu, custeado por cada pessoa de cada família, e repassado pelos governos públicos a comunidade, em forma de acesso aos serviços de saúde, dentro de um processo organizado e representativo quando se propõe a participação de todos os atores envolvidos.

A participação dos usuários nas decisões em saúde e a avaliação precisam ser realizadas na ESF, visto que estas atividades potencializam a cidadania e o comprometimento destes com o fortalecimento da APS no nível local e também na organização da rede de serviços complementares de saúde.

A análise da aceitabilidade da ESF pela comunidade é um dos instrumentos avaliativos essenciais para apoiar a transformação do modelo assistencial. O caminho da aceitabilidade do usuário/família pode ser construído com a ajuda dos profissionais de saúde e dos gestores, porque o processo de trabalho dos primeiros, no que se refere à lógica assistencial e relacional, ajuda a construir a aceitabilidade do usuário com o trato recebido. A qualidade do cuidado prestado poderá influenciar na decisão do usuário de seguir as orientações, o tratamento prescrito, bem como o seu retorno a Unidade Saúde da Família (USF).

Os gestores também podem contribuir para a aceitabilidade do usuário/família por meio das suas decisões sobre as prioridades das políticas de saúde local, no que se refere a organização dos serviços complementares como, por exemplo: a facilitação das referências e contra-referências para a rede de saúde; a garantia da oferta de exames (laboratoriais e outros); e a motivação para a participação social.

Essas ações e decisões podem despertar um “feedback” do usuário/família, para a construção efetiva de um novo e fortalecido modelo assistencial voltado para a promoção da saúde e fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implantação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados. Brasília:2002.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Programa saúde da família, ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v.3, n.1, p.113-125. Jan./mar. 2003.
3. Mendes EV. Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2000.
4. Crevelim MA, Peduzzi M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n.2, p.323-331, abr./jun. 2005.
5. Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.3, p.777-788, maio/jun. 2007.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Programa Saúde da Família: a implantação da unidade de saúde da família (caderno 1). Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
7. Gomes LO, Aguiar MGG. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença? Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.59, n.5, p. 614-619.set./out. 2006.
8. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n.2, p. 315-319. abr/jun. 2007.
9. Oliveira MM. A Prevenção do câncer do colo do útero, no contexto da estratégia saúde da família, da área básica da Distrital-Oeste/Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 2003. 139p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
10. Almeida MCP, Rocha SMM. Trabalho de enfermagem . I edição. São Paulo : cortez, 1997.
11. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Bahia. Plano Diretor de Regionalização. Regiões de assistência em saúde. 2008. Disponível em [http://www.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/](http://www.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/) acesso em 07 de julho de 2007.
12. Pitta A. Tecendo uma rede de cuidados em saúde mental. In: Venâncio AT, Cavalcanti MT. (Org.). Saúde mental: Campos, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001. p. 277- 282.
13. Silva júnior AG, Alves CA, Alves MGM. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. (org). Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC UERJ: ABRASCO, 2005. p. 77- 89.
14. Porto HMV, Waldmann B. A saúde dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família. In: Lopes MJM, Paixão DX. (org). Saúde da Família: Histórias, práticas e caminhos. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.p.201-09.
15. Kantorski LP et al. Estudo de caso: abordagem qualitativa. In: Fachini LA et al. Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): Relatório final do estudo de linha de base do lote sul. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006. p.193-313.
16. Vilas Boas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Caderno de Saúde Pública, v. 24, n.6, p.1239-1250. jun. 2008.