

## Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado<sup>1</sup>

Eliane de Fátima Almeida Lima<sup>2</sup>  
Ana Inês Sousa<sup>3</sup>  
Cândida Caniçali Primo<sup>4</sup>  
Francielie Marabotti Costa Leite<sup>5</sup>  
Rita de Cassia Duarte Lima<sup>6</sup>  
Ethel Leonor Nóia Maciel<sup>6</sup>

Objetivo: avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família e verificar a associação dos atributos da atenção primária com as características sociodemográficas das usuárias. Método: estudo descritivo e transversal, no qual foram entrevistadas 215 usuárias da Estratégia Saúde da Família. Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária na versão adulto e feito os testes exato de Fisher, qui-quadrado de Pearson e regressão logística. Resultados: verificou-se que a dimensão "acessibilidade" apresentou menor média (1,80). Por outro lado, "acesso" foi a dimensão mais bem avaliada (8,76). Os atributos: "longitudinalidade", "coordenação", "integralidade" e "orientação" tiveram resultados insatisfatórios. Ao avaliar a associação entre as características sociodemográficas das usuárias e os atributos essenciais, derivado e geral, não houve associações entre os atributos e as características ( $p > 0,05$ ). Conclusão: na perspectiva das usuárias, todos os serviços possuem atributos que precisam ser melhorados.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Avaliação de Serviço de Saúde; Enfermagem.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família", apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>4</sup> Doutoranda, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Professor Assistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

<sup>5</sup> Doutoranda, Departamento de Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil. Professor Assistente, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Correspondência:

Eliane de Fátima Almeida Lima  
Universidade Federal do Espírito Santo  
Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem  
Av. Marechal Campos, 1468  
Bairro: Maruípe  
CEP: 29040-090, Vitória, ES, Brasil  
E-mail: elianelima66@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo implantada e implementada no Brasil em substituição ao modelo tradicional de Atenção Básica e encontra-se em franca expansão pelos municípios do país, nas últimas décadas. A organização desse modelo, nos municípios, é orientada por diretrizes operacionais pré-definidas que norteiam o funcionamento das unidades e práticas das equipes, bem como a normatização por áreas de intervenção e linhas estratégicas de ação e cuidado<sup>(1)</sup>.

Enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a ESF torna-se um local ideal para ofertar melhor a gestão do cuidado e integralidade na atenção, pela proximidade dos usuários no território, além da elaboração de projetos terapêuticos singulares com acolhimento mais humanizado e escuta mais qualificada e resolutiva, tanto na demanda organizada quanto na espontânea, além de poder proporcionar a integralidade do cuidado aos usuários<sup>(2)</sup>.

Mediante as singularidades trazidas, a ESF tem sido alvo de diversas avaliações com diferentes enfoques. Essas análises são importantes por trazerem distintas realidades que podem contribuir para a elaboração de planejamentos mais centrados nas necessidades dos usuários, para a reformulação dos processos de trabalho das equipes, bem como para a reorientação, priorização dos gestores e sua melhor qualificação para as novas demandas que vão sendo construídas com as novas realidades sociais<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, incluir a participação de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de avaliação é obter percepções diferentes em relação aos serviços de saúde, pois aquelas apresentam prioridades distintas que precisam ser consideradas e reconsideradas quando se avalia a qualidade das ações e dos serviços ofertados à população. Assim, avaliar a ESF na perspectiva de quem utiliza o serviço é coletar informações referentes às atividades, características e resultados de forma sistematizada, para, assim, serem formulados juízos e buscar melhorar sua eficácia, além de orientar as futuras programações e tomadas de decisão pelas equipes e melhorar a satisfação de quem busca e utiliza esses serviços<sup>(4)</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da ESF na perspectiva das usuárias e verificar a associação entre os atributos da atenção primária e as características sociodemográficas das usuárias.

## Metodologia

Trata-se de estudo analítico, do tipo transversal, com abordagem quantitativa, realizado nas unidades de saúde do município de Serra, Espírito Santo, cujo modelo de atenção é a ESF, implantado há mais de um ano à época do estudo. Constituíram sujeitos de pesquisa mulheres de 20 a 49 anos, usuárias da ESF.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram considerados os seguintes parâmetros: população de mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, cadastradas e usuárias das ESF igual a 32.540, nível de confiança de 90%, margem de erro de 7% e proporção de 0,5 para maximizar o tamanho da amostra. O cálculo foi feito no programa EpiInfo. A amostra aleatória simples foi constituída por 215 usuárias.

A equipe de campo foi formada por cinco entrevistadoras que não tinham relação com o serviço, sendo quatro enfermeiras e uma nutricionista, devidamente capacitadas para as entrevistas, bem como para buscar um espaço de maior privacidade durante a pesquisa com as mulheres. A capacitação foi feita pela coordenadora da pesquisa que também fez a supervisão de campo. Realizou-se o pré-teste do questionário com 30 mulheres da mesma faixa etária da pesquisa, em unidades de saúde do município que não foram incluídas no estudo, pois tinham menos de um ano de implantação da ESF, para avaliar o instrumento de pesquisa e promover o treinamento e o alinhamento das entrevistadoras. Vale considerar que não houve necessidade de ajustes do questionário.

A etapa de coleta de dados teve início em 5/8/2013 e finalizou-se em 13/9/2013. Durante esse período, as entrevistas foram realizadas no horário de funcionamento das unidades, não havendo perdas ou recusas. Vale destacar que dentre as mulheres que atendiam os critérios de inclusão, ter entre 20 e 49 anos e ser usuária da ESF, foi feito um sorteio, constituindo uma amostragem aleatória simples. Entre as selecionadas era realizado o convite para participar do estudo, além da explicação acerca dos objetivos do mesmo, ressaltando-se o anonimato. Aquelas que aceitavam participar assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento utilizado era composto por duas partes: uma, identificando o perfil sociodemográfico das mulheres (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, classe econômica, número de filhos e serviços utilizados na unidade); outra, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care*

*Assessment Tool* – PCATool), versão adulto, que contém 87 itens divididos em dez componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS): 1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A), constituído por três itens; 2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B), constituído por três itens; 3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C), constituído por 12 itens; 4. Longitudinalidade (D), constituída por 14 itens; 5. Coordenação – Integração de Cuidados (E), constituído por oito itens; 6. Coordenação – Sistema de Informações (F), constituído por três itens; 7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G), constituído por 22 itens; 8. Integralidade – Serviços Prestados (H), constituído por 13 itens para mulheres; 9. Orientação Familiar (I), constituído por três itens; 10. Orientação Comunitária (J), constituída por seis itens. As respostas foram do tipo Likert, com intervalo de um a quatro (1 a 4) para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9)<sup>(5)</sup>.

Para se obter o escore de qualidade das ESF, a média de cada valor dos itens que compõem as dimensões e subdimensões foi calculada e, após, foram calculados os escores essencial (obtido da média das dimensões acesso, acessibilidade, longitudinalidade, integração dos cuidados, coordenação, integralidade e do grau de afiliação), derivado (obtido pela média orientação familiar e orientação comunitária) e escore geral da APS (valor médio dos atributos essenciais e derivados e o do grau de afiliação).

Após a consolidação dos dados relativos a cada atributo, os valores foram transformados em escala contínua, variando entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir: Escala = [(escore obtido – 1) x 10]/3. Valores de escores  $\geq 6,6$  foram definidos como elevados e equivalentes ao valor três ou mais ( $\geq 3$ ) na escala Likert, enquanto valores  $\leq 6,6$  foram considerados baixos<sup>(5)</sup>.

Para avaliação das associações entre os atributos da atenção primária e as características das usuárias realizaram-se os testes exato de Fisher, qui-quadrado de Pearson e regressão logística. Os testes realizados assumiram nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os pacotes estatísticos utilizados foram o STATA 12 e IBM SPSS Statistics, versão 19.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, sob Parecer nº315.266.

## Resultados

Neste estudo, foram realizadas 215 entrevistas com usuárias da ESF do município da Serra. As características sociodemográficas dessas mulheres encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das usuárias da Estratégia da Saúde da Família. Serra, ES, Brasil, 2013

Variáveis/categorias	N	%
Estado civil		
Casada	127	59,1
Solteira	50	23,3
Outros	38	17,7
Filhos		
Sim	191	88,8
Não	24	11,2
Grau de instrução		
Ensino fundamental incompleto	64	29,7
Ensino fundamental completo	32	14,9
Ensino médio incompleto	24	11,1
Ensino médio completo	79	36,8
Ensino superior incompleto	12	5,6
Ensino superior completo	4	1,8
Classe econômica		
A	1	0,5
B	23	10,7
C	154	71,6
D	35	16,3
E	2	0,9

A maioria das usuárias entrevistadas é casada (59,1%) e possui filhos (88,8%). Em relação ao grau de instrução, 36,8% têm o ensino médio completo e 29,7% o fundamental incompleto. Quanto à classe econômica, a maior parte pertence à classe C (71,6%).

A Tabela 2 apresenta a média dos escores atribuídos às dimensões da APS na perspectiva das usuárias.

Observa-se que a dimensão que obteve a menor média (1,80) foi “acessibilidade”. Outros atributos que também ficaram abaixo do escore de referência neste estudo ( $\leq 6,6$ ), ou seja, que apresentaram resultados insatisfatórios, foram: “coordenação e integração dos cuidados” (2,77), “integralidade do serviço prestado” (3,94) e “orientação comunitária” (4,47).

A coordenação integração dos cuidados apresenta valor absoluto diferente dos demais atributos, pois, quando as usuárias não haviam sido encaminhadas a um serviço ou consulta especializada, essas dimensões não eram avaliadas.

Vale destacar que alguns atributos evidenciados neste estudo, como: “orientação familiar” (4,67;

desvio-padrão (dp): 3,16); "integralidade do serviço disponível" (5,05; dp: 1,65); "coordenação do sistema de informação" (5,68; dp: 2,49), "longitudinalidade" (5,13; dp: 2,32) e "grau de afiliação" (6,95; dp: 2,72) apresentam valores de desvio-padrão em torno da média que podem modificar os escores, levando a resultados satisfatórios (escore  $\geq 6,6$ ), enquanto no caso do "grau de afiliação" pode-se obter redução na média levando a um resultado insatisfatório (escore  $\leq 6,6$ ). Interessante pontuar que "acesso" (8,76) foi a dimensão mais bem avaliada pelas usuárias da ESF.

Tabela 2 - Escores atribuídos às dimensões da Atenção Primária em Saúde pelas usuárias entrevistada nas Estratégias da Saúde da Família. Serra, ES, Brasil, 2013

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Grau de afiliação	215	0,00	10,00	6,95	2,72
Acceso	215	3,33	10,00	8,76	1,67
Acessibilidade	215	0,00	6,11	1,80	1,45
Longitudinalidade	215	0,00	9,29	5,13	2,32
Coordenação e integração dos cuidados	92	1,00	4,00	2,77	0,74
Coordenação sistema de informação	215	0,00	10,00	5,68	2,49
Integralidade do serviço disponível	215	1,36	9,24	5,05	1,65
Integralidade dos serviços prestados	215	0,51	12,05	3,94	2,16
Orientação familiar	215	0,00	10,00	4,67	3,16
Orientação comunitária	215	0,60	10,00	4,47	2,41

Em relação à pontuação apresentada pelas usuárias para os escores essencial, derivado e geral tiveram valores de escore baixo (escore  $\leq 6,6$ ), sendo escore essencial (5,35), escore derivado (4,57) e escore geral (5,19).

Ao avaliar a associação entre as características sociodemográficas das usuárias e o atributo essencial (grau de afiliação, acessibilidade, longitudinalidade, integração dos cuidados, coordenação e integralidade), o atributo derivado (orientação familiar e orientação comunitária) e o atributo geral não houve associação entre os atributos e as características ( $p > 0,05$ ).

## Discussão

Em relação ao perfil das usuárias, em estudo sobre o desempenho da atenção básica em São Paulo, verificou-se que a maioria dos usuários do serviço era do sexo feminino e tinha escolaridade referente ao primeiro grau completo<sup>(6)</sup>. Da mesma forma, pesquisas

em unidades de saúde de Ribeirão Preto, SP<sup>(7)</sup>, e São Luís, MA<sup>(8)</sup>, também evidenciaram maior prevalência de mulheres, entretanto com menor escolaridade, ou seja, a maioria possuía o ensino fundamental incompleto<sup>(7-8)</sup>, semelhante ao encontrado na presente pesquisa.

Quanto ao estado civil, pesquisa em centro urbano no Sul do Brasil, com 355 usuários, encontrou que a maioria pertencia ao sexo feminino (67%), sendo que 57,2% eram casados ou viviam maritalmente, e tinham renda familiar baixa<sup>(9)</sup>, dado que vai ao encontro deste estudo. Vale ponderar que mulheres com baixa escolaridade e com renda baixa tendem a se casar ou se associar a parceiros mais cedo, começam a vida sexual e a ter partos mais precocemente, e apresentam maior número de filhos<sup>(10)</sup>. A baixa escolaridade ainda pode levar à exclusão social, pois nega o direito à cidadania, mantendo o ciclo da pobreza e da marginalidade, além de aliená-las para perspectivas de futuro<sup>(11)</sup>.

Quando se avaliam as dimensões da APS, observa-se que o grau de afiliação foi uma das dimensões bem avaliadas pelas usuárias, o que permite inferir que esse grupo identifica a ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde. Esse dado corrobora alguns estudos realizados no Brasil<sup>(12-13)</sup>.

Quanto à avaliação do acesso à utilização de serviço, esse atributo obteve maior nota na perspectiva das usuárias, o que demonstra que as usuárias têm chegado às Unidades de Saúde da Família do município e, de certa forma, recebido algum tipo de atenção. Confirmando esses resultados, pesquisas realizadas no interior do Estado de São Paulo e em Minas Gerais avaliaram o acesso como adequado<sup>(12,14)</sup>. O acesso consiste na oportunidade de utilização dos serviços de saúde quando necessário e sua distribuição geográfica<sup>(2)</sup>.

Por outro lado, estudo realizado em Ribeirão Preto, SP, verificou que o acesso foi considerado 'muito ruim' por 100% das usuárias da ESF<sup>(15)</sup> e, na percepção de cuidadoras, em estudo realizado em Montes Claros, observou-se que o atributo "primeiro contato" os escores foram baixos<sup>(13)</sup>.

Nota-se que a acessibilidade obteve o menor valor atribuído. Esses resultados têm apontado um problema no serviço de saúde, uma vez que esse atributo consiste não apenas no acesso ou chegada das usuárias ao serviço, mas perpassa vários pontos relacionados ao acolhimento e à humanização da atenção ofertada. A acessibilidade é tida como adequação entre oferta e demanda de serviços e inclui disponibilidade, comodidade ou demora em obter uma consulta, a inadequação de horários e o tipo de agendamento, bem como não necessidade de

pagamento, tempo de espera para consulta e demais procedimentos<sup>(2)</sup>.

Em São Luís, MA, Estado do Nordeste brasileiro, acessibilidade foi a dimensão mais bem avaliada pelos usuários e o não funcionamento das unidades após as 18 horas e finais de semana foram suas principais dificuldades descritas<sup>(8)</sup>. Também, estudo no Centro-Oeste do Brasil refere insatisfação dos usuários com o atendimento<sup>(16)</sup> e, em todos os municípios pesquisados no Nordeste brasileiro, foram observadas dificuldades para se conseguir consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para média e alta complexidade da atenção, além de longos tempos de espera, filas (também virtuais), demora no recebimento dos exames, entre outros<sup>(17)</sup>.

Diferente deste estudo, a acessibilidade foi mais bem avaliada, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários (aproximadamente 50% do total), segundo o máximo de pontos possíveis do instrumento para essa dimensão<sup>(9)</sup>.

O acolhimento é peça fundamental na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, sendo uma das principais ferramentas para a humanização dos serviços e da atenção por esses ofertados. Uma boa recepção, a resolutividade, o ouvir o usuário, o atender suas necessidades e a integralidade do cuidado são elementos fundamentais nesse processo<sup>(10)</sup>.

Em relação à coordenação e integração do cuidado, integralidade do serviço prestado e orientação familiar e comunitária, esses atributos foram mais mal avaliados pelas usuárias. Tal fato traz à tona a fragilidade do serviço em manter a longitudinalidade do cuidado e a integralidade desse serviço no decorrer da rede de atenção.

A coordenação do cuidado é definida como a articulação entre os diversos serviços que constituem a rede de atenção à saúde e ações relacionadas a essa atenção, de maneira que independente do local onde seja prestada, mas que esteja sincronizada e voltada ao alcance de um objetivo comum, ou seja, a melhor atenção ao usuário<sup>(18)</sup>. Ao contrário do que foi demonstrado neste estudo, pesquisa em Montes Claros, MG, mostrou que a dimensão coordenação e integração do cuidado obteve valor próximo ao ideal para as equipes da ESF, não sendo percebidas diferenças nas avaliações da ESF e dos outros tipos de serviço, sugerindo coordenação relativamente adequada<sup>(13)</sup>. Ainda, pesquisa com usuários, realizada no município de São Paulo, SP, encontrou, de modo geral, boa avaliação dessa coordenação<sup>(19)</sup>. Em estudo com mães de crianças menores de um ano avaliou-se como

adequada a coordenação da atenção<sup>(12)</sup>, enquanto, em outra pesquisa, os usuários referem que esse atributo estava insatisfatório<sup>(20)</sup>, também, em Ribeirão Preto, SP, verificou-se que a coordenação dos cuidados foi classificada como 'ruim' por 75% dos usuários<sup>(15)</sup>.

Vale referir que alguns fatores têm impacto sobre a coordenação do cuidado na atenção primária. Destacam-se: o incremento do papel dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário, ao longo da rede de atenção; o aumento da capacidade de resolução da APS, por meio da destinação de recursos e da ampliação da cesta de serviços ofertados e referência e contrarreferência bem estabelecidas no decorrer do caminho terapêutico<sup>(21)</sup>.

Da mesma forma como a coordenação do cuidado, a integralidade dos serviços de saúde foi mal avaliada pelas usuárias. Esse resultado também foi observado em outros estudos no Brasil<sup>(12,22-23)</sup>. Apesar de integralidade significar coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais, com o intuito de desenvolver um autêntico sistema de saúde, na prática cotidiana dos serviços isso não vem acontecendo no SUS. Assim, como forma de resolver esse impasse, as redes de atenção à saúde vêm sendo fortalecidas com o intuito de garantir a integração dos serviços e assegurar a coordenação do cuidado do usuário ao longo do percurso terapêutico<sup>(24)</sup>.

A integralidade da assistência se faz presente quando são desenvolvidas atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população, incluindo imunização, procedimentos e exames indicados, além de atividades direcionadas para detecção e manejo dos problemas de saúde da comunidade<sup>(2)</sup>.

Diferente do observado nos resultados, aqui, os atributos de "integralidade" (ações de promoção e prevenção recebidas) e "longitudinalidade" foram bem avaliados e alcançaram alto escore ( $\geq 6,6$ ) para os serviços em Montes Claros, MG<sup>(13)</sup>. A longitudinalidade foi um ponto forte na avaliação da APS na perspectiva do idoso<sup>(23)</sup> e, também, foi o único atributo bem avaliado por cuidadoras de crianças menores de dois anos<sup>(22)</sup>.

Outro atributo que foi mal avaliado pelas usuárias foi "orientação familiar e comunitária", semelhante ao evidenciado por outros estudos que também destacaram esse atributo como insatisfatório na avaliação dos usuários<sup>(6,25)</sup>.

Assim, a orientação comunitária, que tem como objetivo assegurar a saúde individual dos usuários do território, bem como da comunidade, e os profissionais devem atuar diretamente, realizando mobilização social e participando de sua melhoria. Desse modo,

é necessário conhecer a comunidade, identificar os problemas de saúde e desenvolver ou adequar as ações de saúde para responder a esses problemas e monitorar a efetividade das ações<sup>(2)</sup>.

Vale destacar que a falta de comprometimento, respeito, acolhimento adequado, acessibilidade, projetos terapêuticos singulares, coordenação do cuidado e integralidade desses são as principais causas de insatisfação do usuário. Por outro lado, a qualidade da atenção e a satisfação estão vinculadas diretamente às condições de acesso aos serviços de saúde, em uma perspectiva de abordagem acolhedora, que assegure a continuidade e a coordenação da atenção. Logo, a percepção dos usuários sobre a ESF é de suma importância uma vez que é uma oportunidade de se verificar a resposta da comunidade à oferta do serviço, bem como de adequá-lo às expectativas da população adscrita<sup>(3)</sup>.

## Conclusão

Este estudo traz importantes resultados para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção à saúde no município da Serra. Todos os serviços possuem, na percepção das usuárias, atributos que precisam ser melhorados.

Pode-se concluir que a dimensão que obteve a menor média foi "acessibilidade" (1,80). Os atributos: "longitudinalidade", "coordenação", "integralidade" e "orientação" tiveram resultados insatisfatórios. Por outro lado, cabe pontuar que "acesso" foi a dimensão mais bem avaliada pelas usuárias da ESF (8,76). Tal dado traz a reflexão de que chegar ao serviço não é garantia de se ter atenção qualificada e em tempo oportuno.

Os processos de avaliação da assistência ao usuário nos serviços públicos de saúde podem atuar como instrumentos que possibilitam que o mesmo expresse suas opiniões e percepções acerca da qualidade dos serviços ofertados, bem como fortalecer sua participação nos processos de planejamento e controle social, permitindo a construção de intervenções mais adequadas aos problemas encontrados no cotidiano dos serviços, propiciando avanços nas formas de cuidado e gestão dos serviços de saúde e de enfermagem.

Observa-se que, apesar das usuárias da ESF da Serra, ES, apresentarem baixa escolaridade e pertencerem a classes sociais baixas, possuem atitudes críticas em relação à ESF e aos serviços ofertados, diferente de alguns estudos, nos quais os usuários com menor renda familiar, nível cultural e escolaridade

tendem a avaliar de forma mais positiva os serviços de saúde e estarem mais satisfeitos com o que é ofertado a eles. Tal fato é positivo no que tange ao empoderamento dessas usuárias, por meio do fortalecimento social e da cidadania, visto que apresentam atitudes ativas e críticas.

É preciso destacar, como limitação desta pesquisa, que os resultados são restritos a um único município. Além disso, trata-se de uma pesquisa avaliativa e transversal, sujeita às limitações inerentes a esse tipo de delineamento. Todavia, a carência de estudos nacionais sobre o tema aponta para a relevância de avaliações similares.

## Referências

1. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76.
2. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. [acesso 24 fev 2014]; 726 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)
3. Brandão ALRBS, Giovannella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2013;18(1):103-14.
4. Patton MQ. *Evaluation, Knowledge management, best practices and high quality: lessons learned*. *Am J Evaluat*. 2001;22(1):329-36.
5. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; [acesso 10 mar 2014];8(29):274-84. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)
6. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.
7. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. Assistance in family health from the perspective of users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):148-56.
8. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos

- gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3321-31.
9. Benazzi LEB, Figueiredo ACL, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):861-8.
10. Silva GL, Alves SM. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*. 2008;11(1):74-84.
11. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3769-80.
12. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):554-61.
13. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(3):323-34.
14. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;19(11):4407-15.
15. Pereira MJB, Mishima SM, Bava MCG, Santos JS, Matumoto S, Fortuna CM, et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família [Internet]. In: XXIIème Congrès de l' ALASS. 2011 [acesso 18 set 2013]; Lausanne. Anais. Lausanne: CALASS, ALASS; 2011. p. 1-10. Disponível em: [http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion\\_V/sesion27/02-09\\_sesion27\\_2-pt.pdf](http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf).
16. Stralen CJV, Belisário SA, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL, et al. 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):148-58.
17. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(supl 1):69-78.
18. Sala A, Luppi CG, Simoes Z, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2011;20(4):948-60.
19. Giovanella L, Lobato LUC, de Carvalho A, Conill EM, de Curiha ME. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate*. 2002;26(37):37-61.
20. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate*. 2014;38(esp):279-95.
21. Núñez RT, Lorenzo IV, Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.
22. Mesquita M Filho, Luz BSR, Araujo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2033-45.
23. Araujo LUA, Gama ZAS, Nascimento, Oliveira HFV, Azevedo WM, Junior Almeida HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3521-32.
24. Gérvas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin Barcelona*. 2006; 126(17):658-61.
25. Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do Enfoque Familiar e Orientação para comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):353-64.

Recebido: 23.9.2014

Aceito: 11.3.2015