

Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil

Assessment of access to the Family Health Strategy from the perspective of users in Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brazil

Joanderson dos Santos Cruz, Patty Fidelis de Almeida,
Ariadina H. Figueredo e Adriano Maia dos Santos

Recebido 18 junho 2016 / Enviado para Modificação 11 julho 2016 / Aprovado 15 fevereiro 2017

RESUMO

Objetivo Avaliar o acesso à Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santo Antônio de Jesus – BA, na perspectiva dos usuários.

Métodos Estudo transversal com aplicação de questionários para amostra representativa de 430 usuários, cadastrados pelas 21 equipes de Saúde da Família do município. O inquérito de base domiciliar foi realizado entre os meses de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. Indicadores considerados mais potentes para avaliar o acesso foram selecionados em duas dimensões – o conhecimento e a avaliação da Estratégia Saúde da Família.

Resultados Os resultados apontam diminuição de barreiras e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, bem como, maior organização da porta de entrada do sistema. As mudanças apresentadas após a implantação da ESF nos bairros se refletem na satisfação dos usuários, o que legitima a organização do sistema de saúde com base em uma atenção primária abrangente.

Palavras-Chave: Acesso aos serviços de saúde; atenção primária à saúde; avaliação em saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To assess access to the Family Health Strategy (FHS) in Santo Antônio de Jesus – Brazil from the perspective of its users.

Methods Cross-sectional study conducted with a representative sample of users registered by 21 family healthcare teams of the municipality, for a total of 430 questionnaires. A family-based survey was applied between December 2012 and January 2013. Indicators considered as the most powerful to evaluate access were selected and, subsequently, divided into two dimensions: knowledge and evaluation of the Family Health Strategy Program from the perspective of its users.

Results The results point to decreasing barriers and increasing access to healthcare services, as well as to a greater organization of enrollment in the system. Changes observed after the implementation of the FHS in the districts are evident in the overall satisfaction with the primary health care service, which legitimizes the organization of the health system based on primary comprehensive care.

Key Words: Health services accessibility; primary health care; health evaluation (*source: MeSH, NLM*).

JC: Bacharel em Saúde. Tecnólogo em Gestão Pública. Especialista em Saúde Coletiva e Discente de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Secretaria Municipal de Saúde, Santo Antônio de Jesus. Bahia, Brasil. joandersoncruz@yahoo.com.br
PF: Psicóloga. Ph. D. Saúde Pública/Bolsista de Pós Doutorado Júnior CNPq (150036/2017-5). Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói. RJ, Brasil. pattyfidelis@id.uff.br
AF: Enfermeira. M. Sc. Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Friburgo, Brasil. ariadinaheringer@gmail.com
AS: OD. Ph. D. Saúde Pública. Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista. Bahia, Brasil. maiaufba@ufba.br

RESUMEN

Evaluación del acceso a Estrategia Salud de la Familia en la perspectiva de los usuarios en el municipio de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil

Objetivo Evaluar el acceso a la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en el municipio de Santo Antônio de Jesus-BA, en la perspectiva de los usuarios.

Métodos Estudio transversal con aplicación de cuestionarios a una muestra representativa de 430 usuarios, registrados por los 21 equipos de Salud de la Familia del municipio. La encuesta de base domiciliaria se realizó entre los meses de diciembre de 2012 a enero de 2013. Los indicadores considerados más potentes para evaluar el acceso, se seleccionaron en dos dimensiones: el conocimiento y la evaluación de la Estrategia Salud de la Familia.

Resultados Los resultados apuntan la disminución de barreras y ampliación del acceso de la población a los servicios de salud, así como mayor organización de la puerta de entrada del sistema. Los cambios presentados después de la implantación de la ESF en los barrios se reflejan en la satisfacción de los usuarios, lo que legitima la organización del sistema de salud con base en una atención primaria integral.

Palabras Clave: Accesibilidad a los servicios de salud; atención primaria en salud; evaluación en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

As primeiras experiências de Atenção Primária à Saúde (APS) datam de 1920, no Reino Unido, buscando a organização do sistema de serviços de saúde, regionalização e hierarquização dos cuidados, como base para a reorganização de redes de serviços de saúde em diversos países (1).

Em 1970, a Organização Mundial de Saúde propôs que os governos deveriam obter um nível de saúde para todos os cidadãos, permitindo vida social e econômica produtiva. Em 1978, os princípios enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, desencadeou grandes debates e experiências que impactaram o pensamento relacionado à APS, considerada estratégia integral, permanente e onipresente do sistema de atenção à saúde em todos os países (1), embora a implementação, sobretudo naqueles em desenvolvimento, tenha priorizado estratégias seletivas.

Os princípios estabelecidos na Declaração de Alma Ata foram amplamente debatidos, no Brasil, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral (2). A Constituição Federal de 1988 prevê que as ações e serviços públicos de saúde no país deveriam integrar a rede, constituindo um sistema único, tendo como princípios a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária (3).

A descentralização das decisões e ações compõe um dos princípios de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de sistemas locais de saúde, como uma das estratégias para levar o processo decisório ao âmbito local, melhorando o atendimento da população e transformando as estruturas de poder (4). Ampliando as responsabilidades das gestões municipais para garantir o acesso aos serviços de saúde com base na reorganização (5).

Como forma de reorganizar a APS no Brasil, foi instituído em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). E a partir de 1998, ganha ampla aceitação nacional, passando a ser compreendido como uma estratégia de mudança do modelo assistencial, integrada à rede e consolidando-se como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde no país, sendo renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF) (6).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma o papel da APS como porta de entrada do SUS, ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais, caracterizada por ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (7). E ratifica a ESF como prioritária para a organização do sistema, de acordo com os preceitos do SUS (8), em uma perspectiva abrangente que incorpora os atributos essenciais definidos por Starfield (9), além do componente familiar e comunitário como lócus prioritário para o desenvolvimento das ações (9).

A ESF busca quebrar paradigmas e agrega um novo olhar a perspectiva de mudança e conversão do modelo de assistência, possibilitando diferentes formas de atenção à saúde como potenciais para reconstrução das práticas (10). Apesar dos dissensos que cercam a discussão sobre a ESF, 23 anos depois das primeiras equipes de Saúde da Família, são impressionantes os números: 52 385 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde (MS) e 42 736 equipes cadastradas no sistema, para cobrirem uma população de 193 976 530 milhões de brasileiros, segundo dados de dezembro de 2017 (11). Os desafios também são proporcionais à extensão continental do país.

Apontar de forma evidente a diferença em relação aos programas seletivos e destacar o potencial de uma APS for-

te para a condução de novas formas de cuidado, com resultados precisos em relação a indicadores de saúde, é um dos pontos relevantes para avaliação desta política (12).

Segundo Starfield (9), quatro atributos são essenciais à APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Para avaliação desses atributos, propõe quatro elementos estruturais: acessibilidade, população-alvo, variedade de serviços e continuidade (9). Destes elementos abordados, fundamentaremos nossa análise e avaliação sobre o acesso.

Nessa perspectiva, Souza (10) debate que acesso e acessibilidade são utilizadas de forma ambíguas, mas têm significados complementares: “A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde” (10). Segundo Starfield (9) ser porta de entrada implica no acesso e na utilização dos serviços de atenção primária como primeiro contato com o sistema de saúde diante de cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema, salvo em situações que necessitem de cuidados emergenciais (9).

A acuidade do fortalecimento e reorganização da atenção básica para aprimorar o SUS traz desafios representados pela necessidade de avaliação das modificações induzidas pelo governo federal e evidenciadas nos municípios, mostrando, a necessidade de avaliação da ESF (13). Segundo Almeida (12), “a avaliação na perspectiva dos usuários é uma das ferramentas necessárias para compreender até que ponto a atenção ofertada atende às suas expectativas em relação ao cuidado em saúde” (12).

Desta forma, ressalta-se a importância da realização de uma avaliação sobre a ESF na cidade de Santo Antônio de Jesus – Bahia, entendendo que a avaliação deve estar intrinsecamente relacionada às ações do cotidiano, pois é na atenção básica que se concentram as funções de ‘porta de entrada’ do sistema para grande parcela da população (14). Nesse sentido, Santiago (15) consideram que a perspectiva dos usuários “favorece a humanização do serviço, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permitir a adequação do mesmo às suas expectativas” (15). Este estudo tem como objetivo avaliar o acesso à Estratégia Saúde da Família, no município de Santo Antônio de Jesus na perspectiva dos usuários.

METODOLOGIA

Este artigo apresenta parte dos resultados do estudo denominado: “O papel da Atenção Primária à Saúde na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em Microrregiões

de Saúde da Bahia”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – por meio do Edital Universal. O referido estudo objetivou identificar e analisar o papel da Atenção Primária à Saúde, com base na Estratégia Saúde da Família, na coordenação dos cuidados em redes regionalizadas em Regiões da Bahia por meio da realização de estudos de caso, com múltiplas fontes de informação: entrevistas com gestores e estudo transversal com o universo dos médicos e enfermeiros da ESF e amostra representativa de usuários.

O presente artigo apresenta os resultados e análise de parte do estudo transversal realizado junto a usuários cadastrados pelas 21 equipes de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus, totalizando 430 questionários. O estudo transversal se caracteriza pela observação direta de determinado número de indivíduos em uma única oportunidade e cujo recurso de medida, geralmente é o questionário (16). O informante familiar foi o chefe da família ou cônjuge, entrevistado no domicílio entre os meses de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. O questionário para usuários foi adaptado de estudo coordenado por Giovanna (17), cujo objetivo foi conhecer experiências e avaliação dos usuários em relação ao acesso e utilização da Unidade de Saúde da Família, da atenção especializada, hospitalar e serviços de urgência e emergência, percurso terapêutico, capacidade de resolução da APS, tempo de espera e satisfação com os serviços prestados em vários estudos de avaliação da ESF realizados no país (17). Aqui serão apresentados e analisados os resultados referentes ao acesso das famílias à ESF.

Para cálculo da amostra, considerou-se o percentual de cobertura populacional da EQSF (p), segundo o Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica (18), assumindo um nível de confiança de 95 % (z2) [representado pelo valor 1,96, da abscissa da distribuição normal (0;1)] e uma precisão de 4 % (p – π)2. O número de usuários, supondo uma amostra aleatória simples, foi de 430.

As discussões serão norteadas com base em duas dimensões: o conhecimento e a avaliação do PSF na perspectiva dos usuários, por meio de “indicadores considerados mais potentes” (12) para avaliar o acesso dos usuários ao PSF e demonstrar o grau de satisfação das famílias com a ESF. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza por meio do parecer Nº 323/2011, sendo autorizado também pela Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus – Bahia. (Quadro 1).

RESULTADOS

Em Santo Antônio de Jesus, Bahia, a ESF foi implantada em 1998, buscando-se reestruturar da rede de prestação

Quadro 1. Dimensões, variáveis e indicadores para avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários do município de Santo Antônio de Jesus, BA, 2012

Dimensões	Variáveis	Indicadores
Conhecimento e acesso à ESF	Conhecimento sobre a ESF	Famílias que ouviram falar ou conhecem a ESF (espontânea + estimulada)
	Local de funcionamento da ESF	Famílias que conhecem o local de funcionamento da ESF
	Acessibilidade à ESF	Facilidade de acesso ao local de funcionamento da ESF Como as famílias se deslocam de suas residências até o local onde funciona a Unidade de Saúde da Família – USF
	Cadastro no PSF	Moradores do domicílio estão cadastrados (registrados) na USF (possuem cartão da família)
Avaliação do acesso e da utilização da ESF	Qualidade do acesso	Qualidade do acesso aos serviços de saúde, após implantação da ESF no bairro.
	Procura de outros serviços	Procura por serviços hospitalares e especializados, após implantação da ESF no bairro Procura aos serviços de urgência e emergência, após a implantação da ESF no bairro
	Recomendação da ESF	Recomendaria a USF a algum familiar, com problemas de saúde
	Qualidade da ESF	Qualidade do atendimento em caso de doença, depois da implantação da ESF no bairro
	Criação da ESF	Existência de um Posto ou Centro de Saúde, no bairro, antes da criação da Unidade de Saúde da Família Atendimento recebido atualmente na Unidade de Saúde da Família com o recebido no Posto ou Centro de Saúde antes da ESF
	Comparação do atendimento	Atuação da Unidade de Saúde da Família em comparação com o Posto/Centro de Saúde
	Satisfação com a ESF	Satisfação geral do usuário com a ESF

de serviços de saúde (19). O município, com 101 548 habitantes, faz parte da Macrorregião Leste de Saúde, sede da sua região de saúde, composta por 22 municípios e, também, sede do Núcleo Regional de Saúde.

Em relação à ESF, apresentava uma cobertura de 77,84 % da população. No período da pesquisa, em fevereiro de 2014, o município possuía 21 equipes da ESF cadastradas e cobertura estimada em 72 450 mil pessoas (20). No município, a implantação e posterior expansão da ESF estendeu o acesso às ações de APS, a partir da conversão de centros de saúde tradicionais em Unidade de Saúde da Família (USF), bem como, pela construção de novas unidades de saúde. A zona urbana do município possuía dezoito equipes da ESF, organizadas em distritos sanitários, enquanto que, a zona rural, possuía quatro equipes da ESF, com sedes fixas e postos de apoio nas comunidades mais distantes e menos providas de proteção social.

Os dados mostraram que os usuários conheciam a ESF (95,8 %) e, dentre estes, 95% dos usuários consideravam fácil o acesso à unidade de saúde. Neste sentido, a principal forma de deslocamento à unidade de saúde era “ir a pé”. Entre as famílias que conheciam a ESF, 88,9 % afirmaram estar cadastradas e, portanto, possuíam um cartão de registro (cartão de saúde da família) que as vinculavam formalmente à unidade de saúde (Tabela 1).

Do ponto de vista das famílias, 63,1 % afirmaram que o acesso aos serviços de saúde melhorou após a implantação da ESF nos distritos sanitários. Constatou-se, ainda, que, para 58,7 % dos entrevistados, a procura por serviços hospitalares e especializados diminuiu depois da implantação da ESF. Na mesma direção, 51 % das famílias, também, apontaram que procuravam menos os serviços de

urgência e emergência, revelando a resolubilidade da ESF para casos sensíveis à intervenções na APS (Tabela 2).

De acordo com os entrevistados, a implantação das USF possibilitou ampliação do acesso aos serviços de saúde mais próximo da residência, uma vez que não existia outra modalidade de unidade de APS para 55,1 % da população do município. Assim, a avaliação das famílias corrobora a proposta da política de atenção básica à saúde, posicionado a ESF como porta de entrada principal dos usuários aos serviços e espaço de busca regular para a maioria das pessoas. Diante desta percepção, 72 % dos usuários recomendariam a um familiar, com problemas de saúde, o atendimento numa unidade de saúde da família. Do mesmo modo, para 65,8 % dos usuários, a qualidade do atendimento em caso de doenças, em alguma medida, melhorou em consequência à implantação da ESF.

Além disso, os serviços de saúde ofertados nas USF foram comparados, pelos usuários, com os serviços de saúde prestados pelos centros de saúde tradicionais existentes antes da implantação da ESF. Diante desta perspectiva, ainda a maioria dos entrevistados apontassem satisfação (59,4 %), contraditoriamente, apenas 38,5 % dos usuários consideraram que as USF ofertavam cuidados em saúde melhores que as unidades anteriores. Os entrevistados destacaram que, mesmo com as USF, algumas questões pioraram ou permaneceram iguais, em relação à marcação de consultas (52,9 %), a facilidade para marcar consultas sem agendamento (61,5 %), a agilidade para encaminhamento para realização de exames especializados (54,7 %) e a facilidade para encaminhamento para consulta com especialista (51,9 %).

Por sua vez, a garantia ao acesso a medicamentos, também, pode ser considerada uma estratégia para aumentar

Tabela 1. Resultados selecionados: Conhecimento do Programa Saúde da Família, Santo Antônio de Jesus, BA, 2012

Famílias que ouviram falar ou conhecem a ESF (resposta espontânea + estimulada)	
	N = 430
Sim	95,8
Não	4,2
Famílias que conhecem o local de funcionamento da ESF	
	N = 412
Sim	96,0
Não	4,0
Facilidade de acesso ao local de funcionamento da ESF	
	N = 396
Sim	95,0
Não	5,0
Forma de deslocamento das famílias, da residência até o local de funcionamento da Unidade de Saúde da Família – USF	
	N = 396
A pé	92,1
Ônibus	0,25
Carro	2,5
Moto Taxi	-
Bicicleta	1,3
Van	0,25
Taxi	-
Moto	2,8
Cavalo/carroça	-
Não sabe/não respondeu	0,8
Moradores cadastrados (registrados) na USF (possuem cartão de saúde da família)	
	N = 412
Sim	88,9
Não	0,2
Não sabe/não respondeu	10,9

Nota: O (n) de cada resultado selecionado foi calculado em (%)

a resolubilidade da ESF, desde que a distribuição seja regular aos grupos prioritários e atendam às necessidades das famílias (21). Neste quesito, em relação ao recebimento de medicamentos em geral por famílias atendidas pela ESF, 44,3 % afirmaram que houve melhoria depois da implantação das USF, quando se comparava aos Centros de Saúde. Quanto aos conhecimentos técnicos dos profissionais para resolver os problemas de saúde, maior percentual das famílias acredita que as ações e o atendimento melhorou em relação ao Posto/Centro de Saúde.

DISCUSSÃO

O presente estudo baseou-se na premissa de que o acesso permite o uso oportuno aos serviços de saúde, de forma a alcançar excelência no atendimento aos usuários. Almeida (21) destaca que: "(...) somente uma APS fortalecida, capaz de mobilizar apoios, recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos" (21), pode ser responsável pela resolubilidade do programa/estratégia, bem como, o acolhimento prestado à população.

Entre as famílias que indicaram conhecer a ESF, a quase totalidade conhecia o local de funcionamento da UBS

e consideram fácil, a chegada ao local, demonstrando diminuição de barreiras geográficas de acesso, facilitando assim a acessibilidade. Facilidade de acesso confirmada pela maioria das famílias que relataram chegar às unidades a pé, minimizando os esforços de deslocamento (21). O município de Santo Antônio de Jesus, na avaliação dos usuários, apresentou resultados satisfatórios quando se refere à qualidade do acesso aos serviços de saúde, após implantação do PSF, com a grande maioria dos entrevistados indicando melhorias no acolhimento ao usuário.

Um percentual alto das famílias entrevistadas, afirmou ter o cartão da família e ser cadastrado na USF. O cadastramento das famílias permite conhecer a realidade de cada um dos usuários dos territórios incorporados a estratégia, de tal forma a absorver a complexidade das demandas (22).

Com a implantação do PSF no município, a maior parte das famílias relatou que procuram menos os hospitais e serviços especializados, bem como, serviços de urgência e emergência, o que mostra que as barreiras aos serviços da APS vêm sendo quebradas e os usuários estão se vinculando mais a estratégia. Confirmando a hipótese de que a ampliação da oferta de APS minimiza a procura por serviços de urgência, hospitalares ou especializados como

Tabela 2. Resultados selecionados: Avaliação do Programa Saúde da Família, Santo Antônio de Jesus, BA, 2012

Qualidade do acesso aos serviços de saúde, após implantação da ESF nos bairros		N = 412
Melhorou		63,1
Piorou		5,1
Continuou igual		21,4
Não sabe		10,4
Procura aos serviços hospitalares e especializados, após implantação da ESF nos bairros		N = 412
Procuraram mais		16,5
Procuraram menos		58,7
Procuraram igual		15,8
Não sabe		9,0
Procura aos serviços de urgência e emergência, após a implantação da ESF nos bairros		N = 412
Procuraram mais		19,0
Procuraram menos		51,0
Procuraram igual		18,0
Não sabe		12,0
Recomendação do usuário a algum familiar, com problemas de saúde, para atendimento na ESF		N = 412
Sim		72,0
Não		28,0
Qualidade do atendimento em caso de doença, depois da implantação da ESF		N = 412
Melhorou muito		30,8
Melhorou um pouco		35,0
Ficou igual		18,0
Piorou		3,4
Não sabe		12,8
Existência de um Posto ou Centro de Saúde, nos bairros, antes da criação da Unidade de Saúde da Família		N = 412
Sim		32,8
Não		55,1
Não sabe/Não respondeu		12,1
A atuação da Unidade de Saúde da Família em comparação com o Posto/Centro de Saúde		N = 104
Conhecimento técnico dos profissionais para resolver os problemas de saúde.	Melhor	38,5
	Igual	32,7
	Pior	20,2
	Não sabe	8,6
Facilidade em marcar consultas	Melhor	33,7
	Igual	39,4
	Pior	22,1
	Não sabe	4,8
Facilidade em obter consultas sem marcar (espontâneas)	Melhor	26
	Igual	32,7
	Pior	28,8
	Não sabe	12,5
Facilidade de encaminhamento para realização de exames especializados	Melhor	26,9
	Igual	33,7
	Pior	21
	Não sabe	18,4
Facilidade de encaminhamento ao especialista	Melhor	28,8
	Igual	29,8
	Pior	22,1
	Não sabe	19,3
Facilidade de obtenção de medicamentos	Melhor	42,3
	Igual	35,6
	Pior	13,5
	Não sabe	8,6
Grau de satisfação do usuário		N = 412
Sim		59,4
Mais ou menos		22,6
Não		13,6
Não sabe		4,4

Nota: O (n) de cada resultado selecionado foi calculado em (%)

primeiro contato e, ao mesmo tempo, indica ampliação da resolutividade do PSF (21).

A implantação da ESF proporcionou a uma parcela alta da população acesso aos serviços de saúde, próximo a residência. Famílias que antes da criação da estratégia não tinham Posto/Centro de Saúde no bairro, agora tem a oportunidade de acesso a uma “atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e o levantamento de seus problemas mais expressivo (...) através da intersetorialidade” (22). A ESF tem como um dos principais desafios, reorientar as práticas e ações de saúde integral e contínua, aproximando-os das famílias, para assim melhorar a qualidade de vida da população (23).

Ampliar a acessibilidade, consolidar a função de porta de entrada, aumentar a capacidade resolutiva e articular atuações de saúde pública, vigilância e assistência, são ações identificadas para fortalecer as estruturas de APS, apresentando ao município, a possibilidade de resultados diferenciados no que se refere a acesso, utilização e satisfação da população atendida pelos serviços ofertados (21). Prova disso é que, mais de 70% dos usuários, recomendariam a algum familiar, com problemas de saúde, para atendimento no PSF do município.

A qualidade do atendimento em caso de doenças, depois da implantação do PSF, melhorou um pouco ou melhorou muito para a grande maioria das famílias. Embora o atendimento em caso de doenças seja um desafio para a saúde pública, pela necessidade de coordenar os cuidados, abrir as portas da USF buscando equilíbrio entre o cuidado ao doente e as ações preventivas e promocionais é condição para que a APS se torne serviço de procura regular (21).

Ações específicas desenvolvidas pelas equipes de SF e por Posto/Centro de Saúde preexistentes foram avaliados pelas famílias, em seis aspectos, como mostra a Tabela 2, o maior percentual de respostas apontou atendimento igual ou melhor em relação ao previamente recebidos.

A equação entre demanda espontânea e agendada ainda representa desafios. Estes números confirmam achados que apontam dificuldades em equacionar demanda espontânea e programada nas USF (12). Ainda assim, ¼ dos entrevistados acreditam que o atendimento neste aspecto melhorou se comparando à experiência prévia de atendimento à demanda espontânea em Posto/Centro de Saúde (12). O acolhimento das demandas espontâneas ou programadas da comunidade facilita a coordenação do PSF como serviço de procura regular, indicando que o cuidado a saúde, tornou-se disponível, que a relação é constante e o acesso é facilitado (21). A marcação de consultas tem sido considerada como um problema para a saúde pública

e obstáculo ao acesso ao cuidado, e, por si só, como componente da má qualidade dos serviços ofertados a população, devido a existência de filas evitáveis (24).

Acolher as famílias é a melhor forma de estabelecer relações necessárias no âmbito da saúde, reconhecendo nas estratégias propostas pelo SUS um caminho para exercer o direito ao acesso universal e alcançar a integralidade e equidade da assistência à saúde (25). O acolhimento às famílias é uma forma de tornar o acesso universal, fazer com que as portas dos serviços de saúde estejam abertas para todos os usuários que tenham necessidade de usufruir destes serviços, de forma que possibilite reorganizar o sistema de saúde (26).

Quanto à facilidade de encaminhamentos para realização de exames especializados ou encaminhamentos a especialistas, mostram as fragilidades da conformação das redes para prestação de cuidados integrais em saúde, bem como a fragilidade na regulação e insuficiente oferta de retaguarda terapêutica, conforme apontam outros estudos (15).

A maioria dos usuários entrevistados está satisfeito com o PSF, o que apresenta resultados positivos em relação ao fortalecimento da APS. A frequência de famílias insatisfeitas é pequena, demonstrando que as barreiras de acessibilidade à APS e a longitudinalidade estão sendo quebradas. A alta satisfação dos usuários é importante resultado para a ESF, que através do trabalho dos profissionais e o vínculo com população legitima a organização do sistema de saúde (15).

Contudo, outros atributos como a coordenação dos cuidados e garantia de integralidade permanecem como desafios, sobretudo pela fragilidade da constituição de redes integradas de atenção à saúde, conforme demonstram um conjunto de estudos no país (27,28).

Apesar dos constrangimentos, a ESF apresenta a oportunidade de viabilizar uma nova forma de atenção à saúde das famílias, desde que as equipes de SF assumam o compromisso de transformar as práticas de saúde que fragmentam as pessoas, os saberes e os serviços de saúde, afastando-os da real situação da vida, desumanizando o serviço e dificultando a atenção integral (22).

Neste sentido, a reestruturação da atenção básica precisa ser efetivada através da ESF como porta de entrada para o sistema de saúde municipal, construindo um modelo assistencial que proporcione privilégios a atenção integral e atenda às necessidades dos usuários (29).

Pode-se afirmar que acesso é um desafio na construção do cuidado e reorganização do sistema de saúde pública do Brasil, bem como, um elemento fundamental para a gestão e avaliação de serviços de saúde (10). Nesse sentido, consolidar e fortalecer a APS é um caminho possível para garantia deste importante atributo, embora a baixa coordenação

nação dos cuidados represente entrave a ser superado para garantia de melhor qualidade da atenção em saúde (12) ♦

REFERÊNCIAS

1. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27.
2. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e a Qualificação Profissional. *Trab. Educ. Saúde*, 2011, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 95-108.
3. Brasil. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
4. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à Clientela: Estudo em Unidades Básicas de Saúde no Município de Ribeirão Preto. *Rev. latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto*, 2000, v. 8, n. 4, p. 30-37.
5. 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*, Rio de Janeiro, 2008, 24 Sup 1: S69-S78.
6. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24(4): 809-819.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
9. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <https://goo.gl/C5tWQc>
10. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24 Sup 1: S100-S110.
11. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/umkvVR>
12. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Rev. Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2012, v. 36, n. 94, p. 375-391.
13. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 2002, 7 (3): 401-412.
14. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24(12):2891-2900.
15. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 2013, 18 (1): 35-44.
16. Klein CH, Bloch KV. Estudos Seccionais. In: Medronho RA, organizador. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003. p.125-150.
17. Giovanella L, Moraes SME, Mendonça MHM. Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica. Brasília (DF); 2012 [cited 2013 Oct 1]. Disponível em: <https://goo.gl/fSsYQS>.
19. Santo Antônio de Jesus. Relatório Anual de Gestão. Prefeitura Municipal. Secretária Municipal de Saúde. 1998.
20. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acesso em 12 fevereiro 2014.
21. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam Salud Pública*. (Bogotá). 2011; 29(2):84-95.
22. Guedes JS, Santos RMB, Lorenzo RAV. A Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). *Rev. Saúde Soc. São Paulo*, 2011; 20(4): 875-883.
23. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. Esc. Enferm. UBP*. 2009, 43(2): 253-64.
24. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Viana SV, Alves VS, Lemos DVS, Caputo MC, et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 2010; 10 (supl. 1): 9131-9143.
25. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 2010; 15 (supl. 3): 3569-3578.
26. Nery SR, Nunes EFPA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 2009; 14 (supl. 1): 1411-1418.
27. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saúde Pública*; 2016; 50:80.
28. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(4):1141-1154.
29. Cruz JS, Souza Júnior AV, Barreto EJ, Araújo JG, Almeida MVG, Gonçalves CCT, et al. Gestão da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009-2012. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2014;38(1): 49-66.