


Foco na satisfação dos usuários como estratégia participativa para fomentar o acesso e a qualidade da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal¹


Focus on client satisfaction as a participatory strategy to promote access and quality of Primary Health Care in the Federal District

Amanda Kellen Pereira da Silva^a

 <https://orcid.org/0000-0001-6612-6130>


E-mail: amanda.tj.96@gmail.com

Claudia Mara Pedrosa^a

 <https://orcid.org/0000-0001-9253-3928>


E-mail: pedrosaclaudia@gmail.com

Mayra Fernandes Xavier^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1885-9513>

E-mail: mayra_xav@hotmail.com

Leonor Maria Pacheco Santos^a

 <https://orcid.org/0000-0002-6739-6260>

E-mail: leopac.unb@gmail.com

^a Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

Resumo

Para construir uma Atenção Primária à Saúde de qualidade deve-se considerar atributos essenciais e participação social. Este estudo, norteado pelo compromisso da saúde coletiva de fomentar processos de cogestão a partir de estratégias participativas, teve como objetivo compreender a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido e o funcionamento de sua Unidade Básica de Saúde. O estudo transversal, qualitativo, de caráter exploratório-descritivo realizou a coleta de dados em 25 unidades de saúde urbanas e rurais do Distrito Federal, entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019. Para elaborar este artigo, foram utilizadas as respostas a uma pergunta aberta de um questionário semiestruturado. Nelas, os usuários fizeram sugestões ou queixas a respeito dos serviços de saúde prestados. As respostas foram analisadas utilizando o *software* AtlasTI e sistematizadas em categorias temáticas. Ao final, foram organizadas nas seguintes categorias: elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura. A escuta qualificada dos usuários permite conhecer as singularidades dos serviços para o planejamento e a construção de um modelo de atenção comprometido com o ato de cuidar, na perspectiva dos atores que compõem os territórios de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária; Satisfação dos Usuários; Acesso aos Serviços de Saúde; Planejamento em Saúde.

Correspondência

Amanda Kellen Pereira da Silva

Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte, Universidade de Brasília (UnB). Brasília, DF, Brasil. CEP 70910-900

¹ O estudo foi contemplado na Chamada Pública FAPDF/MS-DECIT/CNPq/SESDF n° 001/2016, financiado pela FAP/DF e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

Abstract

Quality in Primary Health Care can only be endured by considering essential attributes and social participation. This study, guided by collective health and its commitment to foster co-management processes based on participatory strategies, examined user perception regarding the care received and the functioning of their Basic Health Unit. A cross-sectional, qualitative, descriptive exploratory study was conducted with data collected at 25 urban and rural Primary Health Units in the Federal District, between August 2018 and February 2019, using a validated semi-structured questionnaire. Answers were analyzed using the AtlasTI software and grouped into the following thematic categories: professional staff, working shifts, available services and infrastructure. Qualified listening to users allows us to know the singularities of the services for planning and building a care model committed to the act of caring, from the perspective of health care users.

Keywords: Primary Care; User Satisfaction; Access to Health Services; Health Planning.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um nível de assistência considerado a principal “porta de entrada” dos usuários nos serviços de saúde (Starfield, 2002). No entanto, nos últimos anos, esse nível de atenção vem sofrendo mudanças em sua estrutura, organização e financiamento, comprometendo, assim, o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e prejudicando a integralidade da assistência e o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

No ano de 2022, segundo o Portal da Transparência, foram despendidos 26,15% do total de despesas executadas na saúde em atenção básica. Quando comparada às áreas de assistência hospitalar e ambulatorial (46,18% do total de recursos da saúde), observa-se que a atenção básica apresentou investimento consideravelmente menor. Pode-se inferir que o fator causal foi a pandemia de covid-19. Porém, é perceptível na análise que em 2019 os gastos com a atenção primária já eram menores em comparação com a atenção secundária e terciária (serviços ambulatoriais e especializados em hospitais, respectivamente) (Brasil, [20--]).

Para compreender a integralidade da assistência é preciso defender e aprimorar os atributos essenciais da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade (Starfield, 2002). O primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde é fundamental para que eles se sintam acolhidos e tenham suas demandas ouvidas (Cunha; Giovanella, 2011). A longitudinalidade pressupõe a continuidade da atenção ao longo do tempo (Cunha; Giovanella, 2011; Starfield, 2002). Com relação à coordenação do cuidado, destaca-se que esta preconiza o funcionamento do sistema em forma de rede. Por fim, a integralidade do cuidado, que propõe que os serviços de saúde atuem de forma integrada, permite que o cidadão seja encaminhado para o nível de atenção mais adequado, acessando o serviço mais apropriado de acordo com suas demandas (Araujo et al., 2014).

Para alcançar os atributos citados, pode-se contar ainda com a avaliação de tecnologias em saúde (medicamentos, materiais, equipamentos, programas assistenciais, sistemas organizacionais, entre outras). A partir dessa avaliação, surge a possibilidade de, aplicando-se os resultados, potencializar os recursos

disponíveis e garantir à população tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade. Dessa forma, deve-se considerar “segurança, acurácia, eficácia, efetividade, custos, custo-efetividade e aspectos de equidade, impactos éticos, culturais e ambientais relacionados” (Brasil, 2010, p. 17).

Ainda no sentido de desenvolver uma APS resolutive, cabe destacar que Bousquat et al. (2017), em estudo que propõe uma tipologia das Unidades Básicas de Saúde (UBS), elencam cinco dimensões a serem analisadas para estratificar a estrutura das UBS: tipos de equipe, elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura. Para cada dimensão avaliada pelos autores, há um padrão de referência a ser alcançado que indica condições mínimas para a oferta de qualidade na atenção primária, com base nos dados do Censo Brasileiro de Infraestrutura das UBS, realizado no ciclo 1 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) (Bousquat et al., 2017).

Para construir uma APS consistente, potente e de qualidade, além de considerar os atributos já citados e a estrutura das UBS, é imprescindível estimular a participação dos usuários do SUS. A partir dos seus relatos, é possível compreender os pontos de atenção que precisam ser melhorados (Brasil, 2017). Nesse sentido, as pesquisas referentes à satisfação dos usuários do SUS se destacam, pois favorecem a participação social e complementam estudos quantitativos que analisam a resolutividade dos serviços de saúde ofertados à população. Assim, por meio delas, conseguiu-se utilizar evidências científicas para subsidiar a tomada de decisão de gestores (Makdisse; Katz, 2013). Na saúde coletiva, no campo de planejamento e gestão, a avaliação do grau de satisfação é uma ferramenta fundamental para estruturar processos de cogestão para adequar os serviços à realidade local, dada a possibilidade de identificar a vivência enfrentada pelos usuários.

A partir de pesquisas de satisfação dos usuários, pode-se, portanto, ampliar os instrumentos de participação popular na avaliação da APS e, assim, contribuir para o processo de elaboração de futuras políticas públicas na área da saúde. Pode ocorrer, dessa forma, maior participação social ao se priorizar ações

que privilegiem a escuta direta dos usuários quanto à qualidade dos serviços (Brasil, 2017).

O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido e o funcionamento de sua UBS de referência, analisando como as dimensões – elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura – interferem no acesso e na qualidade do atendimento e no vínculo dos usuários na APS.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo. Analisa-se parte dos dados de um projeto que teve por objetivo geral investigar a satisfação dos usuários e alguns aspectos da capacidade de resposta dos serviços, como tempo de espera, privacidade e autonomia do usuário.

A coleta de dados foi realizada em 25 UBS, por meio de entrevistas com usuários localizados em zonas rurais e urbanas de uma região de saúde do Distrito Federal, entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019. A pesquisa foi feita nas Unidades Básicas de Saúde, em local que garantisse autonomia e privacidade do respondente.

O questionário semiestruturado, que foi desenvolvido e validado (Xavier, 2019), tinha um bloco de questões fechadas e a seguinte pergunta aberta: “Você gostaria de fazer alguma sugestão ou queixa em relação ao funcionamento e atendimento recebidos nesta Unidade Básica de Saúde?”. Neste artigo, foram analisadas somente as respostas à pergunta aberta. A seguir, consta o Quadro 1, que contém todas as perguntas realizadas. Neste estudo, foi analisada somente a última.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz - Brasília, DF - e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs-DF), Parecer 3.164.060. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos usuários e, somente após anuência e assinatura, foram iniciados a entrevista e o preenchimento do instrumento, que ocorria em *tablets* manuseados por uma equipe composta por 12 bolsistas de graduação de cursos da área da saúde. O procedimento foi coordenado por quatro profissionais com *expertise* em coleta de dados em campo de pesquisa.

Quadro 1 – Instrumento previamente validado para avaliação da satisfação de usuários da Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF, 2019

1. Dados sociais e demográficos (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, trabalho, renda, benefícios sociais, composição da família)
2. Qual foi o principal motivo da sua visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) hoje?
3. Há quanto tempo você procura o atendimento que motivou a visita à UBS? () Dias () Meses () Anos
4. Você conseguiu realizar o atendimento que motivou a visita? () Sim () Não
5. Como você classificaria o tempo de espera para o atendimento de hoje? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder
6. Como você classifica as condições de estrutura física, mobília e equipamentos dessa UBS? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder
7. Como você classifica o conforto da sala de espera, da sala de exames e do consultório? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder
8. Como você classificaria a sinalização dos espaços da UBS? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder
9. Como você classificaria a limpeza dos banheiros desta UBS? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder
10. Como você classificaria a limpeza dos demais espaços desta UBS? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder
11. Qual é a sua opinião sobre o tempo que teve para tirar dúvidas ou fazer perguntas sobre o seu problema de saúde ou tratamento no atendimento que recebeu hoje? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder () Não tive dúvidas/não fiz perguntas () Não fui atendido
12. Como você classificaria a clareza das informações passadas pelos profissionais que o(a) atenderam? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder () Não tive dúvidas/não fiz perguntas () Não fui atendido
13. Em relação à experiência de ter sido escutado(a) com atenção pelos profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje, qual é a sua avaliação? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder () Não tive dúvidas/não fiz perguntas () Não fui atendido
14. Como você avalia o respeito com que os profissionais o(a) trataram hoje? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder
15. Qual é a sua avaliação sobre a forma como os profissionais de saúde que o(a) atenderam hoje pediram sua permissão antes de realizar tratamentos, exames ou procedimentos de saúde? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim () Não sabe/não quis responder () Não foi atendido/não fez exames ou procedimentos
16. Você recomendaria os serviços desta unidade para amigos(as) e familiares? () Sim () Não () Não quis responder
17. De forma geral, que nota, de 1 a 5 (sendo cinco a melhor), você daria para o atendimento que você recebeu hoje nesta UBS?
18. Você gostaria de fazer alguma sugestão ou queixa em relação ao funcionamento e atendimento recebido nesta UBS? Qual ou quais sugestões?

Fonte: Xavier (2019).

Para este artigo, foram analisadas as sugestões e queixas apresentadas nas respostas abertas do instrumento. Esses relatos estiveram presentes em 1.674 questionários e foram exportados para o *software* AtlasTI, por meio do qual foi realizada outra leitura para identificar e examinar o que foi

respondido pelos usuários. Após a etapa de revisão e análise, as opiniões expressas pelos participantes foram organizadas nas seguintes categorias finais, sistematizadas a partir da literatura consultada: elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura.

Essas categorias foram analisadas em diálogo com o referencial de Bousquat et al. (2017), que apoiou a compreensão das sugestões ou queixas dos usuários a respeito dos serviços de saúde prestados nas UBS da região investigada e permitiu realizar inferências sobre potências e fragilidades da APS na localidade de estudo.

Dessa forma, as respostas dos usuários foram categorizadas em quatro das cinco dimensões apresentadas por Bousquat: elenco de profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e infraestrutura. A dimensão “tipo de equipe” não foi objeto de abordagem nas falas dos usuários e, portanto, não será explorada neste artigo. Cabe destacar ainda que, no processo de revisão, foi possível identificar consonâncias entre os padrões avaliados por Bousquat et al. (2017) e percepções espontâneas manifestadas pelos entrevistados, o que pode indicar que há problemas coincidentes encontrados pelos usuários no acesso aos serviços de saúde em diferentes localidades do país.

Por fim, buscaram-se autores na literatura científica que também dialogassem com os pontos centrais suscitados em trechos das respostas dos usuários. Neste artigo, os participantes estão identificados com nomes fictícios como forma de preservar sua identidade. Os excertos citados ao longo deste estudo destacam a ideia central contida nos relatos dos usuários e, portanto, estão ora localizados no começo, ora no meio e no fim da resposta à pergunta aberta. Os trechos omitidos e que não eram de interesse para esta análise estão sinalizados com reticências entre colchetes.

Resultados e discussão

Uma vez que houve consonâncias entre os problemas evidenciados nas falas dos usuários entrevistados em 25 UBS da região leste do Distrito Federal e as dimensões analisadas por Bousquat et al. (2017), foram consideradas na construção deste artigo as respostas que explicitaram anseios similares aos já encontrados pelos autores ao tratar de padrões ideais para a qualidade da APS. A seguir, se explicita a análise realizada neste artigo em diálogo com as demandas apresentadas pelos entrevistados e cada dimensão apontada por Bousquat et al. (2017).

Elenco de profissionais

De acordo com as falas dos usuários, há falta de médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários, entre outros profissionais, influenciando, assim, a qualidade e a resolutividade do acesso aos serviços de saúde, conforme preconizam Giovanella et al. (2015) e a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (Brasil, 2017).

Os usuários relataram que o quantitativo de profissionais presentes nos serviços de saúde não é suficiente para atender às demandas da população. Uma relatou: “*A unidade apresenta uma falta constante de médico nas equipes. Isso atrapalha, pois prolonga um tratamento que eu poderia fazer mais rápido*” (Clarice). Outro informou: “*A unidade funciona com falta de médicos. Isso é muito ruim [...]*” (Heitor).

Dessa forma, ter profissionais em quantidade suficiente para atender todos os usuários do serviço é imprescindível, pois estes são importantes para a produção do cuidado e influenciam na assistência e qualidade dos serviços prestados. Assim, todos os profissionais de saúde são relevantes para instituir uma assistência integral à saúde, ou seja, é a equipe de saúde como um todo que pensa em estratégias/ações para atender e resolver os problemas apresentados pela população (O SUS..., 2013).

De acordo com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (OSUS..., 2013), a falta de médicos é um dos sintomas crônicos do descaso por parte dos governantes com o SUS, o que foi reforçado pelas falas dos usuários: “[...] *atendimento feito por enfermeiro. Sem médicos desde dezembro [...]*” (Benjamim); “[...] *[na] maioria das vezes não se consegue atendimento por falta de médicos*” (Aurora); “*não tem médicos*” (Alana). A falta de médicos em algumas regiões é resultado das desigualdades em sua distribuição geográfica no país. Em determinadas áreas, há grande oferta de trabalhadores, mas em outras é insuficiente para atender às necessidades básicas dos usuários, constituindo uma barreira para o acesso aos serviços de saúde.

Em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) para diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS e, conseqüentemente, reduzir desigualdades regionais no atendimento das necessidades de saúde da população

(Pereira; Pacheco, 2017). A falta de cobertura e acesso eram aspectos da atenção básica que precisavam ser melhorados. Uma opção para solucionar esse problema foi a contratação de mais de 18.000 profissionais brasileiros e estrangeiros para atuar nas regiões com maior necessidade e vulnerabilidade. Assim, o PMM buscou reduzir as iniquidades e fortalecer a integralidade na assistência à saúde (Oliveira et al., 2019). Além disso, um estudo robusto, nos 5.565 municípios brasileiros, empregou um desenho quase experimental e mostrou o impacto do programa na redução significativa da mortalidade por causas evitáveis (Hone et al., 2020).

Reitera-se que os relatos dos entrevistados ocorreram entre agosto de 2018 e fevereiro de 2019. Portanto, o Programa Mais Médicos já tinha sido implementado e mesmo assim não foi possível resolver totalmente o problema da carência de profissionais no SUS.

É importante ressaltar que manter o quantitativo adequado de médicos para atender a população deveria ser uma política de Estado, e não de governo. No entanto, em 2019, com a mudança de direcionamento no âmbito do Governo Federal, foi criado o Programa Médicos pelo Brasil, em dezembro daquele ano, com o objetivo de substituir o PMM.

No entanto, o novo programa abriu o seu primeiro edital de convocação de médicos em janeiro de 2022, dois anos após ter sido instituído, chamando 529 médicos e tutores (Gomes, 2022) - um quantitativo irrisório em comparação aos 8.300 médicos cubanos que deixaram o país no fim de 2018 (Dyer, 2018). Além disso, criou-se um arcabouço para implementar o novo programa, que resultou na instituição e operacionalização da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Esse modelo de gestão promove impactos para os serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde, pois possibilita a privatização do SUS. Ademais, a Adaps restringe a atuação do Estado e da sociedade em relação à promoção do acesso e do controle social quanto aos serviços ofertados (Melo Neto; Barreto, 2019).

Outra categoria, a dos enfermeiros, tem um papel importante no processo da atenção básica. No entanto, de acordo com os relatos dos usuários, esses profissionais estão em quantitativo deficitário e/ou sobrecarregados, conforme uma usuária informou: “[...] muita demanda para pouca oferta de médicos e enfermeiros” (Bela).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) conta em sua composição com os profissionais de saúde bucal, que atuam na promoção da saúde e prevenção das doenças de boca e que também estão em quantitativo insuficiente, comprometendo, assim, o acesso da população brasileira aos serviços odontológicos (Matos et al., 2020), o que vai ao encontro das falas dos usuários entrevistados. Durante a pesquisa, eles relataram que o número de odontólogos não é suficiente para atender a população: “a demanda na odontologia é alta e é muito difícil conseguir atendimento” (Pedro); “carência dos serviços de odontologia” (Carlos).

Uma usuária relatou ainda que “deveria ter mais atendimento de dentista” (Melinda). Para outra, há a percepção de “falta dentista, porque nunca tem vaga” (Pérola). A falta de profissionais da odontologia prejudica o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, pois eles encontram uma barreira quando buscam a UBS e não conseguem atendimento.

Ainda, no que tange à completude da equipe, é necessário destacar os agentes comunitários de saúde (ACS), pois eles são uma figura fundamental que possibilita que as necessidades da população cheguem à equipe (Costa, et al., 2013). Usuárias entrevistadas informaram: “não fazem mais visita em casa e seria importante que voltassem a fazer” (Luana); “faltam visitas em casa para idosos e pessoas com depressão” (Manuela); “[...] gostaria que tivesse visita em casa” (Carolina); “mais visitas de ACS” (Joaquina). É possível, portanto, inferir que os relatos indicam um quantitativo insuficiente de profissionais. Cabe lembrar que a nova Pnab, de 2017, diminuiu a quantidade mínima de ACS por equipes para apenas um, ou seja, as equipes, que já não tinham profissionais ACS suficientes para apoiar as atividades próprias da ESF, tendem a reduzir ainda mais esse quantitativo com o passar dos anos (Brasil, 2017). Estudo recente com 4.476 usuários do SUS em Brasília apontou a importância da visita domiciliar como fator relacionado à satisfação do usuário (Furlanetto et al., 2020).

Além dos profissionais já citados, os usuários relataram falta de profissionais sem especificar a área de atuação, por exemplo: “[...] ter mais funcionários para o atendimento” (Marcos); “aumentar quadro de funcionários [...]” (Paulo Henrique). Todos os profissionais são essenciais para que os usuários se sintam acolhidos e possam desenvolver vínculo com o serviço. Assim, é importante a equipe de saúde estar completa para que, dessa forma, possa prestar

a melhor assistência à população. A coordenação do cuidado é afetada com a falta dos profissionais, já que o usuário sofre com a ruptura da capacidade do serviço de garantir a continuidade e a integralidade da atenção (Starfield, 2002).

Além de um quantitativo suficiente de determinada categoria de profissionais, identificou-se a importância de equipe multiprofissional para um atendimento mais completo das demandas de saúde da população. Uma equipe constituída de pessoas com formação profissional em diferentes áreas permite que haja maiores chances de se alcançar êxito diante de variados determinantes sociais e culturais, especialmente em um país diverso como o Brasil.

Portanto, é necessário levar em conta os diversos determinantes sociais que influenciam em uma multiplicidade de diagnósticos e, assim, os profissionais da APS devem considerar as características individuais dos usuários no momento do atendimento. Com isso, é preciso desenvolver atendimentos humanizados que situem o indivíduo no centro do cuidado.

Apesar de, ao longo da realização desta pesquisa, nenhum dos usuários entrevistados destacar a necessidade de considerar fatores culturais na abordagem terapêutica, é importante incluí-los entre os aspectos relativos ao atendimento humanizado. Isso ocorre porque os indivíduos têm especificidades que podem ser melhor abordadas quando os elementos da cultura são contemplados no atendimento.

Turnos de funcionamento

O conceito de acesso varia entre os autores e muda ao longo do tempo, de acordo com o contexto. Além disso, pode sofrer mudanças de acordo com o enfoque: para uns, concentra-se nas características dos indivíduos (determinantes sociais que influenciam antes mesmo da busca pelo serviço de saúde); para outros, nas características da oferta (vagas disponíveis e disponibilidade de exames, por exemplo); e, ainda, há os que defendem a junção de ambos - “indivíduos e os serviços (oferta)” (Travassos; Martins, 2004, p. S191).

Com relação à oferta, cabe destacar que durante a pesquisa alguns usuários relataram que é preciso ampliar os dias e horários dos atendimentos nas unidades básicas. Uma usuária sugeriu “*augmentar os dias de atendimento*” (Maitê). Outra pediu para

“*disponibilizar mais dias para marcação de consulta*” (Marina). Uma terceira informou: “[...] *a entrega de senha atrapalha no funcionamento [...], pois tem um horário fixo e não posso vir no horário*” (Gabriela). É necessário ampliar a flexibilidade do atendimento nas UBS para acolher as demandas dos usuários, facilitando, assim, o acesso da população e dos(as) trabalhadores(as) aos serviços e potencializando a ESF (Cordeiro et al., 2014). Porém, somente a ampliação dos dias e horários não se mostra suficiente para solucionar as demandas dos cidadãos. É preciso, ainda, que os atendimentos sejam resolutivos e restabeleçam a saúde dos usuários, além de promover acolhimento às suas demandas.

Serviços disponíveis

Nessa categoria, foram considerados os relatos dos usuários a respeito da necessidade de atendimento sem agendamento prévio e da dificuldade para conseguir ser atendido (incluindo críticas sobre a organização do processo de marcação de consultas), além do acesso à dispensação de medicamentos.

Para que o usuário tenha integralidade na assistência, é preciso que o modelo de saúde considere as reais necessidades e demandas da população, pois o indivíduo, ao buscar os serviços de saúde, chega com seus sintomas físicos e psíquicos, sua cultura, sua história social e suas questões econômicas. No entanto, na lógica atual, o sistema de saúde fragmenta as necessidades desse usuário, ou seja, ele é atendido de forma segmentada. Assim, é preciso que o modelo presente no SUS passe por uma reformulação para que consiga atender às demandas dos usuários de forma integral (Costa, 2014).

É importante destacar que os atendimentos por demanda espontânea foram alguns dos principais pontos levantados: “*deveria atender às demandas por mais que não houvesse marcado*” (Guilherme); “*disponibilizar mais tempo para encaixes*” (Alicia). A equipe de saúde tem de disponibilizar para a população uma quantidade de vagas tanto para agendamentos programados quanto para as demandas espontâneas. A expressão “demanda espontânea” na APS é utilizada para o atendimento não programado de acometimentos de saúde agudos, classificados entre leves e moderados nas unidades básicas (Brasil, 2013a). Essa forma de atuação contribuirá para desafogar as

unidades de urgência e emergência, que poderão focar seus esforços nos casos graves e complexos.

A falta de organização nas UBS pode influenciar diretamente o acesso da população aos serviços presentes no SUS e a garantia do atendimento. Por exemplo, os usuários relataram dificuldade ou falta de oferta para marcação de consultas: *“deveria ser mais organizado o atendimento para marcar consultas”* (Paulo); *“dificuldade de marcar consulta”* (Fernanda); *“[...] é muito difícil marcar consulta”* (Patrícia). Outro reforça a desorganização no atendimento: *“[...] falta de organização entre os profissionais, atendimento desorganizado”* (Lucas). Os problemas relacionados ao acesso na atenção básica levam os usuários a uma descrença cada vez maior em relação ao SUS, uma vez que não encontram um espaço para encaminhar suas demandas em momentos de sofrimento (Azevedo; Costa, 2010).

Outra subdimensão analisada em serviços disponíveis é o acesso a medicamentos. Apesar de demonstrar que há uma valorização da mentalidade curativista em vez de se realizar a promoção e prevenção de doenças, a indisponibilidade de remédios foi bastante destacada por parte dos usuários entrevistados. Além disso, é um indicador da qualidade de acesso ao SUS, segundo parte da bibliografia consultada. Quando o cidadão não tem acesso aos remédios, isso compromete sua melhora e os usuários retornam aos serviços de saúde, interferindo, assim, na integralidade do cuidado (Paniz et al., 2008; Starfield, 2002).

Conforme relatos dos usuários, essa dimensão não tem sido atendida com êxito nas UBS em que procuraram o serviço: *“[...] vários medicamentos estão em falta e faz seis meses que eu não consigo pegar meus medicamentos”* (Gustavo). Muitos entrevistados também relataram *“falta de medicamento para problemas crônicos”* (Sarah) e *“falta de medicamentos para diabetes e colesterol alto”* (Jorge). O sistema de saúde tem princípios fundamentais que o norteiam – que são a universalidade, a equidade e a integralidade – e, juntos, proporcionam ao indivíduo um cuidado longitudinal (Starfield, 2002). No entanto, quando um usuário não consegue seus medicamentos no sistema, ocorre o rompimento da longitudinalidade do cuidado, pois o processo de restabelecimento de sua saúde, após todo o esforço para conseguir uma consulta, é interrompido, interferindo, assim, em um dos atributos da atenção básica (Starfield, 2002).

Dessa forma, as falas sinalizam que é preciso proporcionar à população acesso aos medicamentos em quantidade suficiente, como sugere uma usuária: *“[...] melhorar a quantidade de medicamentos na farmácia”* (Esther).

Infraestrutura

Foram incluídas nesta categoria as falas dos usuários que se relacionam à falta de insumos, materiais e equipamentos e ao conforto de salas/consultórios. Uma entrevistada relatou, por exemplo: *“falta material para o exame de prevenção”* (Janaína). Outra informou: *“[...] não tem material”* (Maya). Não há um único responsável por eventuais deficiências de infraestrutura, tendo em vista que todos os entes federados têm atribuições explícitas e concomitantes. O Ministério da Saúde é o principal responsável pelo planejamento, financiamento e compra de insumos. Em contrapartida, cabe aos estados, municípios e ao Distrito Federal recebê-los, armazená-los e distribuí-los (Brasil, 2017). Portanto, é fundamental garantir acesso aos materiais e insumos em quantidade suficiente para todos os usuários do sistema de saúde.

A infraestrutura é o conjunto de instalações, equipamentos, mobiliários e serviços necessários para que haja funcionamento efetivo nos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2017). Além disso, oferecer um serviço com boa infraestrutura é um dos atributos da APS (Starfield, 2002). No entanto, a infraestrutura das UBS foi um dos assuntos levantados com recorrência pelos usuários durante a pesquisa. Uma entrevistada relatou: *“gostaria que melhorasse a estrutura física”* (Maddalena). Outra reforçou: *“melhoria nas condições da estrutura física da UBS”* (Batina). Os usuários também pediram melhorias nas salas de espera: *“melhorar a sala de espera”* (Davi); *“melhorar a estrutura física, principalmente na sala de espera”* (Ada); *“melhorar sala de espera, área odontológica, área da farmácia, melhorar estrutura da frente, pois não há cobertura”* (Fernanda).

Algumas unidades básicas têm problemas nas instalações ou em sua estrutura física, não se adequando ao que é recomendado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2008). De acordo com um usuário, *“a estrutura é péssima e sem cobertura total”* (André). Outro informou que *“deveria ter uma área pra não*

ficar na chuva na parte de fora da unidade” (Afonso). Dessa forma, conforme os entrevistados, eles são expostos a ambientes inadequados, comprometendo, assim, sua experiência com o serviço. Segundo estudo que analisou dados da avaliação externa do segundo ciclo do Pmaq-AB, realizado em 2014, houve associação entre a percepção de boa infraestrutura das UBS e o maior nível de satisfação dos usuários (Cantalino et al., 2021), o que corrobora a inferência de que a infraestrutura das unidades básicas interfere no acesso aos serviços de saúde e compromete o desenvolvimento e a qualidade das ações da atenção básica.

A população tem buscado muito o SUS nos últimos meses devido à pandemia de covid-19. No Brasil, essa doença já infectou, até 28 de agosto de 2022, 34 milhões de pessoas e causou 682 mil mortes (Brasil, 2021). Ela tem um grau muito alto de transmissão, principalmente em ambientes fechados (em que o ar não circula) e em lugares com aglomerações de pessoas. Conforme relatado por um usuário, a estrutura física das unidades básicas era deficitária antes mesmo da pandemia, já que o sistema já estava cheio e sobrecarregado: *“infraestrutura defasada. Muita gente amontoada num mesmo lugar”* (Pedro). Dessa forma, cabe destacar que a estrutura da unidade já não estava adequada para a população, o que provavelmente piorou diante do enfrentamento da pandemia. Já outro levantamento realizado entre 2020 e 2021, em todas as 165 UBS do Distrito Federal, analisou a estrutura e a capacidade de resposta à covid-19. Foram identificados: readequação da estrutura física; fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e de testes de covid-19; busca ativa de usuário sintomático respiratório/suspeitos de covid-19; monitoramento de fluxos de transferência de usuários sintomáticos respiratórios; e serviços de telessaúde. O estudo concluiu que as UBS reorganizaram seus serviços para atender às necessidades impostas pela pandemia (Furlanetto et al., 2022).

Outra subdimensão avaliada em termos de infraestrutura é a disponibilidade de sistema informatizado que permita organizar melhor e agilizar tratativas relacionadas ao atendimento e acompanhamento dos usuários. Nesse sentido, uma das usuárias respondeu que *“deveria ser tudo mais informatizado para não ter que vir aqui pra buscar informações perdendo um grande tempo”* (Aline). Outros relataram: *“[...]precisa ter prontuário eletrônico [...]”* (Sandra); *“uma melhor comunicação e informação do sistema”* (Carlos); *“gostaria que na farmácia*

o sistema fosse informatizado” (Erick); *“melhora no sistema, internet”* (Paula). Atualmente, existe o prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do sistema e-SUS na atenção básica. No entanto, ainda há dificuldades com esse instrumento, pois em muitas regiões ele funciona *offline*, ou seja, o preenchimento das informações ocorre sem conexão com a internet e *a posteriori* elas são encaminhadas em conjunto para base de dados do sistema.

Considerações finais

Escutar as demandas da população permite a todos os profissionais do SUS, pesquisadores e gestores visualizar características das UBS que permitirão compará-las a um padrão ideal preestabelecido nas quatro dimensões analisadas e, assim, identificar as melhorias para o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

O estudo comprova que é necessário, em diferentes contextos e locais onde o SUS está presente, analisar a percepção do público-alvo em relação aos serviços de saúde, de modo a se identificar, por meio de uma visão ampliada, o que está indisponível e o que pode melhorar nas UBS. Isso permitirá que a gestão, provida dessa avaliação, possa propor soluções a eventuais problemas relatados por quem utiliza o sistema.

Dessa forma, escutar os usuários é uma iniciativa que contribui para o alcance do padrão ideal das UBS. É importante destacar que não basta somente escutar, é preciso levar em consideração as opiniões da população nos planejamentos e nas propostas de iniciativas locais de melhoria. Porém, o cotidiano da gestão nem sempre favorece a construção de processos político-organizacionais capazes de abarcar a participação dos usuários na tomada de decisões. O que o estudo destaca é que momentos de escuta, que oportunizam o acesso direto à percepção dos usuários dos serviços, permitem conhecer e dar visibilidade às demandas que precisam ser aprimoradas. Destarte, ao incorporar essa percepção nos processos político-organizacionais para melhorias no acesso aos serviços de saúde, a gestão consolida os preceitos que implementam um Sistema Único de Saúde potente e responsivo.

Referências

ARAUJO, J. P. et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. Acta Paulista de Enfermagem,

- São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/TNtYFBbGkGvNq8GJ9BGFYts/?lang=pt>>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. DOI: 10.1590/S1414-32832010005000029
- BOUSQUAT, A. et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-15, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00037316
- BRASIL. Controladoria-Geral da União. Portal da Transparência. Portal da Transparência, Brasília, DF, [20--]. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br>>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf>. Acesso em: 5 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde. Brasília, DF, 2013b. (Série Ecos - Economia da Saúde para a Gestão do SUS, eixo 1, v. 1). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf>. Acesso em: 5 maio 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Coronavírus Brasil, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 1 maio 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 5 maio 2023.
- CANTALINO, J. L. R. et al. Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, p. 1-10, 2021. DOI: 10.11606/S1518-8787.2021055002533
- COSTA, S. M. et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013000700030
- CORDEIRO, M.P.; CURADO, J.; PEDROSA, C. Pesquisando redes heterogêneas: atribuições da teoria ator-rede. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Suplemento. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700036
- DYER, O. Cuba begins pulling 8300 doctors out of Brazil following Bolsonaro's comments. *BMJ*, Bethesda, v. 363, 2018. DOI: 10.1136/bmj.k5027
- FURLANETTO, D. L. C. et al. Satisfação do usuário da atenção primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1851-1861, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.33332019
- FURLANETTO, D. L. C. et al. Structure and responsiveness: are primary health care units prepared to face COVID-19? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 630-647, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213403

GIOVANELLA, L. et al. Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. [S.l.]: Região e Redes, 2015. (Novos Caminhos, Nota Técnica n. 5/2015). Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.

GOMES, P. H. Sucessor do Mais Médicos faz primeira contratação após 3 anos; Queiroga culpa pandemia. G1, Brasília, DF, 18 abr. 2022. Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2022/04/18/programa-que-sucedeu-mais-medicos-faz-primeira-contratacao-apos-3-anos-ministro-culpa-pandemia.html>>. Acesso em: 5 maio 2023.

HONE, T. et al. Impact of the Programa Mais Médicos on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities. BMC Health Services Research, [s.l.], v. 20, n. 873, p. 1-11, 2020. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05716-2>>. Acesso em: 1 ago. 2022.

MAKDISSE, M.; KATZ, M. Gestão em saúde e a medicina baseada em evidências. Einstein, São Paulo, v. 11, p. 9-10, 2013. DOI: 10.1590/S1679-45082013000300002

MATOS, E. M. O. et al. A importância da atuação do cirurgião-dentista na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS): uma revisão bibliográfica. Brazilian Journal of Health Review, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 4383-4395, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-038

MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1-9, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2162

O SUS precisa de Mais Médicos e de muito mais! Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 200-203, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6y3FXbRBBYxhsQxqydRWDjv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 maio 2023.

OLIVEIRA, R. A. D. et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema

Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-13, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00120718

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200005

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 21, p. 1181-1192, 2017. Suplemento. DOI: 10.1590/1807-57622016.0383

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2022.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014

XAVIER, M. F. *Satisfação de usuários e responsividade de unidades básicas de saúde: elaboração de um questionário e evidências de sua validade*. 2019. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38527/1/2019_MayraFernandesXavier.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2022.

Contribuição das autoras

Todas as autoras contribuíram igualmente para a produção do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem todos os envolvidos na construção desta pesquisa, em especial à população da Região Leste do Distrito Federal pela disponibilidade e colaboração.

Recebido: 23/12/2022

Reapresentado: 4/4/2023

Aprovado: 19/4/2023