

A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família *

Ana Lucia Martins de Azevedo¹
André Monteiro Costa²

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

This study has the purpose of analyzing users' perception of the accessibility to *Estratégia Saúde da Família* (ESF - Family Health Strategy) in its geographical, organizational, socio-cultural and economic dimensions. Process evaluation with qualitative approach through open interview, direct observation and documental analysis was performed in the city of Recife, northeastern Brazil. The main problems were: the deficient referral and counter-referral system; delayed return of laboratory test results; excessive number of families per team; difficulties in scheduling medical consultations; expenditures on medicines. Facilities were observed in the professional-user relationship, as well as in the geographical proximity of the health unit. ESF proved to be a narrow entrance door to *Sistema Único de Saúde* (SUS - Brazil's National Health System). Therefore, it deserves to be evaluated with a more critical look that takes into account, as a starting point, the needs of individuals who request its actions, as well as the reasoning which guides the actions of the subjects involved in care.

Keywords: National Health System (SUS). Healthcare quality, access, and evaluation. Family Health Strategy. User satisfaction. Primary healthcare.

Este estudo objetivou analisar a percepção dos usuários sobre o acesso à *Estratégia de Saúde da Família* (ESF) em suas dimensões geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica. Fez-se uma avaliação de processo com abordagem qualitativa por meio de entrevista aberta, observação direta e análise documental, em Recife, Pernambuco. Os principais problemas foram: deficiente sistema de referência e contra-referência; demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais; excessivo número de famílias por equipe; dificuldades para marcar consultas; despesas com medicamentos. Foram observadas facilidades na relação profissional-usuário, bem como na proximidade geográfica da unidade de saúde. A ESF revelou-se uma estreita porta de entrada do SUS, merecendo um olhar distinto, que adote como ponto de partida as necessidades dos indivíduos demandatários de suas ações, bem como as lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos no cuidado.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso e avaliação da qualidade da assistência à saúde. Estratégia de Saúde da Família. Satisfação do usuário. Atenção primária à saúde.

* Elaborado com base em Azevedo (2007); pesquisa sem financiamento, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz/CPqAM.

¹ Ministério Público de Pernambuco. Av. Santos Dumont, 508, apto. 403. Afritos, Recife, PE, Brasil. 52.050-050. anazevedo.pe@gmail.com

² Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz).

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi criada em 1994³ e vem se expandindo sensivelmente desde então. Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas (Giovannella, Mendonça, 2008). Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica (Brasil, 2006), assumindo esta a função de porta de entrada do SUS.

Porém, essa ideia de “porta de entrada”, presente no sistema de saúde brasileiro, apresenta-se, segundo Merhy e Queiroz (1993) e Cecílio (1997), inconsistente com um modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em sua plenitude. Compartilham dessa opinião Friedrich e Pierantoni (2006), para quem o modo como se organiza o processo produtivo das equipes na ESF apresenta sérias contradições entre o propósito dessa estratégia e a demanda dos usuários. Para esses autores, a ESF desenvolve-se predominantemente de forma “parcelada, fragmentada e isolada”, comprometendo o principal sentido da “porta de entrada”, que é o acesso integral ao sistema de saúde.

Como objeto de análise no presente artigo, o acesso⁴ assumido aqui parte do entendimento de que a existência de um serviço em um determinado local, apesar de constituir um aspecto importante, não garante sua efetiva utilização (Viera da Silva, 2005). Portanto, ao se examinar o discurso dos sujeitos, seu modo de ver e experimentar o acesso aos serviços de saúde de que necessitam, muito provavelmente ver-se-á que a população constrói seus próprios conceitos e estratégias de acesso; que reage em face das inúmeras vezes em que se cogita induzi-la a aceitar certos modelos de organização do sistema de saúde de cuja criação não participou. Neste aspecto, o acesso deve ser analisado à luz de uma relação de poder, na acepção de Foucault (1979), que envolve diversos interesses e “agendas ocultas nem sempre imediatamente reveladas” (Cecílio, 2002, p.295).

A análise do acesso tem se colocado na agenda de muitos estudiosos da política de saúde, mesmo quando este não é o tema central. Em estudo sobre a qualidade em saúde desenvolvido na rede básica de Natal (RN), Dimenstein et al. (2003) observaram que o acesso constituiu uma dificuldade. Mais recentemente, Elias et al. (2006), comparando o PSF e as UBS (Unidades Básicas de Saúde) na cidade de São Paulo, a partir da avaliação de usuários, gestores e profissionais, identificaram que a acessibilidade foi considerada a pior dimensão da atenção básica nos dois modelos.

Para Fekete (1996, p. 116) a acessibilidade pode ser um eixo de análise interessante para se operacionalizarem processos avaliativos porque favorece a “apreensão da relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’, e a oferta de recursos para satisfazê-las”. Esta perspectiva - o acesso relacionado fundamentalmente às necessidades dos indivíduos - sugere que as dificuldades postas à utilização dos serviços de saúde têm valor substancial (Viera da Silva, 2005).

Visto deste modo, o conceito de acesso atrela-se profundamente ao princípio da integralidade com que Mattos (2001) e Cecílio (1997) trabalham no campo da saúde. A integralidade consiste em abolir os reducionismos na atenção, e exprime-se na concretização do “direito universal ao atendimento das necessidades de saúde”. Isto é, o direito do indivíduo ao acesso (sem impedimentos de qualquer natureza) a todas as tecnologias que o sistema oferece para o atendimento de suas necessidades (Mattos, 2001, p.63).

³ Quando foi criada, em 1994, a Estratégia de Saúde da Família era denominada Programa de Saúde da Família (PSF).

⁴ O conceito de acesso não é consenso na literatura, sendo também variável a terminologia empregada. No presente estudo, acesso e acessibilidade são tratados como sinônimos, adotando-se, predominantemente, o termo acesso.

Neste sentido, a experiência de acesso dos indivíduos no contato direto ou indireto com os serviços de saúde diz muito a respeito da capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes um direito humano e social - o direito a ter saúde - que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária. É nesta perspectiva que Bobbio (2004, p.65) entende os direitos sociais, em face dos quais, segundo ele, "os indivíduos são iguais só genericamente, mas não especificamente". Essa pode ser considerada a razão pela qual a abordagem sobre o acesso não tome o todo pela soma de suas partes, antes tenha por foco que o todo é multidimensional e indissociável, retroalimentado e recodificado no cotidiano objetivo e subjetivo das experiências humanas.

Nessa linha de pensamento, operacionalizar o conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas.

É dessa perspectiva que Donabedian (1984) parte quando define o acesso como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Esta visão é compartilhada por Starfield (2002), para quem o acesso consiste no primeiro requisito para que a atenção primária, de fato, torne-se porta de entrada para o sistema de saúde, sendo necessária a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais.

Também baseada nesta concepção Fekete (1996) identifica quatro dimensões da acessibilidade: i) *Dimensão geográfica* refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos. ii) *Dimensão organizacional* refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço: a) na entrada - demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário; b) pós-entrada - demora na espera pelo atendimento médico; continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e contrarreferência. iii) *Dimensão sociocultural* refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação. iv) *Dimensão econômica* refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento.

A expansão da cobertura da atenção básica proporcionada pela ESF tem sido espantosa e sua população adscrita deve, em breve, coincidir com toda a população mais necessitada do Brasil. Em Recife, de 2000 para 2007, o número de equipes cresceu 730%, o que possibilitou um salto, na cobertura populacional, de 6,5% em 2000 para 51% em 2007 (Recife, 2008).

No entanto, a oferta desses serviços parece não satisfazer as necessidades dos usuários, pois não oferece integralmente o acesso, limitando, na prática, os objetivos da ESF, conforme foi explicitado anteriormente. Esta foi a hipótese à pergunta que conduziu este estudo: a ESF possibilita o acesso (integral) à população adscrita? Assim, o objetivo geral deste estudo foi avaliar o acesso à ESF, com base na percepção de usuários.

Metodologia

Esta pesquisa consiste numa avaliação qualitativa do acesso na ESF em uma localidade de Recife/PE, com foco no processo, entendido este como "uma série de atividades que se levam a cabo por e entre profissionais e pacientes" (Donabedian, 1984, p.95).

A abordagem qualitativa, segundo Chizzoti (2005), compreende que o conhecimento não se resume a um conjunto de dados isolados e costurados por alguma teoria que os explica. Como parte integrante do processo de conhecimento, o sujeito-observador assume uma postura interpretativa frente aos fenômenos, aos quais esse mesmo sujeito atribui significados.

No que tange à área de estudo, este ambientou-se no município de Recife, no território correspondente ao Distrito Sanitário IV, onde há 39 Equipes de Saúde da Família, que cobrem 37.916 famílias (136.500 pessoas, totalizando 49% da população do Distrito).

Foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados: a entrevista (com roteiro semiestruturado e perguntas abertas), a observação direta e a análise documental. O roteiro utilizado para a observação e a análise documental consistiu nos subitens de cada categoria de análise, que serviram como guia para as anotações, sendo destacados: forma de acolhimento, horário, vínculo usuário-profissional, demanda e oferta dos serviços e insumos, funcionamento e organização da unidade, disponibilidade de medicamentos e mecanismos de referência e contrarreferência.

Quanto à amostra, em pesquisa qualitativa, o critério de definição não é numérico. Antes, importa enxergar os fenômenos sob vários pontos de vista, perspectivas e de observação, tendo sempre em conta o princípio da saturação do tema (Minayo, 1999). Assim, utilizou-se uma amostra aleatória de 24 sujeitos acima de 15 anos, usuários de duas equipes de saúde da família, selecionados entre a população cadastrada na área de abrangência das duas equipes, por meio da Ficha - A (ficha de cadastro dos usuários). Com o apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS), os indivíduos foram identificados e contatados em suas próprias residências (onde também foram realizadas as entrevistas), porém só participaram aqueles que voluntariamente aderiram à pesquisa, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Todos foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e esclarecidos sobre o conteúdo do TCLE antes de o assinarem. As entrevistas foram gravadas com a anuência dos participantes.

Os sujeitos foram selecionados pelo ciclo da vida, sendo oito jovens, oito adultos e oito idosos, com as seguintes características: 18 eram frequentadores da ESF - sendo 12 do sexo feminino e seis do sexo masculino - e seis não frequentadores, cujos sexos variaram de acordo com o sorteio. A opção por essa diferença numérica tomou por base a proporcionalidade na procura e na utilização dos serviços de saúde, em que a proporção de mulheres e frequentadores é conhecidamente maior do que a de homens e não frequentadores.

Optou-se por ouvir alguns profissionais (total de oito) e o gestor (diretora do Distrito Sanitário), o que permitiu alguns contrastes e comparações, assim como ampliou o universo das reflexões. Os profissionais entrevistados foram quatro de cada uma das duas equipes sorteadas, sendo eles: o (a) médico, a (o) enfermeira e o (a) dentista e um ACS. Todos aceitaram participar da pesquisa (assinaram o TCLE) e foram entrevistados nas suas respectivas unidades de saúde.

As entrevistas foram realizadas de agosto a dezembro de 2006. A observação direta foi realizada nas duas unidades de saúde da família (USF), durante os meses de novembro e dezembro de 2006, e a análise documental foi realizada durante o ano de 2006. Totalizaram-se sete visitas sistemáticas às unidades, distribuídas nos dois turnos de funcionamento das mesmas (manhã e tarde).

As categorias de análise que constituem as dimensões do acesso são: geográfica, organizacional (obstáculos na entrada e pós-entrada), sociocultural e econômica, já detalhadas anteriormente. Tais categorias foram baseadas na sistematização de Fekete (1996) e nas contribuições conceituais de Donabedian (1984) e Starfield (2002).

Para a análise dos dados, fez-se uso da Análise de Conteúdo (Bardin, 2004). Todo o material de caráter discursivo e os registros de campo foram tratados e analisados conforme as categorias adotadas e de acordo com os valores atribuídos aos núcleos de sentido.

Resultados e discussão

A dimensão geográfica do acesso

É amplamente sabido que barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços: quanto menos especializados, mais próximos localizam-se da população, e o inverso é verdadeiro. O acesso nesta dimensão não sofreu críticas por parte dos usuários, o que já era esperado, uma vez que as unidades de saúde em foco estão localizadas no território onde as famílias a elas cadastradas residem. Prováveis barreiras no trajeto (tais como canaletas abertas e calçadas inacabadas ou desniveladas) não foram referidas como limitantes, mesmo quando o entrevistado foi uma pessoa idosa com visíveis dificuldades de locomoção. Assim, sobre a distância para chegar à unidade de saúde, o seguinte trecho resume como os usuários a classificaram:

“É perto daqui, eu vou andando”. (usuário 8, adulto, frequentador, equipe A)

Dimensão organizacional

Obstáculos na entrada

Um dos motivos pelos quais alguns usuários não frequentavam a unidade, e, conseqüentemente, não utilizavam os serviços da equipe, foi a

“dificuldade de marcar a consulta [...]”. (usuária 10, adulta, não frequentadora, equipe B)

Esta dificuldade permanece como um importante problema de acesso na atenção básica, como demonstraram Araújo et al. (2008), constituindo, ainda hoje, um desafio para o SUS. Apesar de reconhecidas conquistas neste sentido - haja vista estudos que demonstram o significativo aumento da cobertura na atenção básica (Sá, 2002), e o avanço no sentido da equidade (Facchini, 2006; Piccini et al., 2006; Travassos et al., 2000) -, ainda persiste, como se vê, uma situação na qual os usuários não encontram espaço para o encaminhamento de suas demandas em momentos de dor e sofrimento agudo.

A dificuldade para marcar consulta também foi atestada pela fala dos profissionais, conforme se vê adiante.

“A gente é muito numeroso, tem muita quantidade de famílias, então eles se queixam [...]”.
(profissional 1)

Neste estudo observou-se, ao contrário do resultado encontrado por Araújo et al. (2008), que esta questão está intimamente relacionada (mas não somente) à insuficiência de profissionais para atender à demanda dos usuários, visto que a população adscrita em uma das unidades estudadas estava muito acima dos limites aceitos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006). Piccini et al. (2006) e Cohn et al. (2002) identificaram problema semelhante, corroborando a ideia de que “a insuficiência quantitativa de oferta implica, em certa medida, na insuficiência qualitativa” (Cohn et al., 2002, p.8).

No caso do acesso ao dentista, essa situação apresentou-se de modo mais evidente, devido ao fato de existir apenas uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família. A fala a seguir reflete esta questão.

“Para conseguir a consulta por odontologia ainda é mais nó. Por fazer mais tratamento concluído, eu ainda restrinjo mais um pouco o acesso”. (profissional 7)

Esse achado é corroborado por Oliveira (2002), em estudo desenvolvido sobre o acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001, pois a autora comprovou que nem mesmo os procedimentos básicos são garantidos em todos os municípios.

Outro aspecto destacado negativamente pelos usuários foi o atendimento de urgência, que, diante de suas necessidades mais agudas, esperam encontrar na unidade de saúde mais próxima:

“eu peguei a infecção [...]. Eu fui praí e ninguém me atendeu, a mulher mandou me levar pra urgência. Isso era pra ter aí”. (usuária 12, jovem, frequentadora, equipe A)

Este achado coincide com o que foi encontrado no estudo de Dalmaso (2000), que destacou as urgências como uma demanda (reprimida) muito frequente nas unidades básicas de saúde. Outros autores (Merhy, Franco, 2005; Merhy et al., 2002; Trad et al., 2002) lembram que, sobretudo na ESF, a falta deste serviço constitui um dos principais motivos de insatisfação dos usuários. Esse resultado é, no mínimo, curioso, diante do fato de a urgência ser um serviço já normatizado na ESF, e constar no plano da gestão como um recurso adicional na garantia do princípio da integralidade no SUS (Brasil, 2006).

É nesta direção que alguns autores criticam a estrutura da ESF e a insuficiência da atenção básica (Merhy, Franco, 2005; Cohn et al., 2002; Cecílio, 1997). Para estes autores, os usuários procuram o

serviço de saúde em situação de sofrimento agudo e, quando a unidade básica não responde às suas necessidades, desembocam nos serviços de pronto atendimento e pronto-socorros, lotando-os com demandas consideradas “simples”, que poderiam ter sido resolvidas no nível da atenção básica. Este aspecto pôde ser constatado por Kovacs et al. (2005), em estudo realizado numa emergência pediátrica do Recife, no qual observaram que a dificuldade de acesso na atenção básica foi um motivo importante para a procura dos usuários pelo serviço de urgência/emergência analisado.

Obstáculos pós-entrada

Para alguns usuários frequentadores o obstáculo estaria na espera pelo atendimento na unidade, conforme reflete a fala de um deles:

“A doutora fica na sala e demora muito a atender a gente. [...]” (usuária 4, adulta, frequentadora, equipe A).

Já outros usuários situaram o problema nos exames de fezes, urina, sangue e de citologia. As dificuldades não estariam exatamente na realização desses exames (a coleta é facilitada por realizar-se na unidade de saúde), mas no retorno dos seus resultados. Este problema só foi referido para as coletas realizadas na unidade, e não nos serviços laboratoriais conveniados - que, em geral, localizam-se em áreas mais distantes das periferias onde funcionam as unidades básicas de saúde. Esta questão é relevante, pois resulta num esforço adicional dos usuários (o deslocamento e o custo financeiro do transporte) na busca por um serviço, no seu entendimento, de qualidade melhor, ou, no que tange a este estudo, mais acessível.

“Eu fiz aí [no ‘posto’], aí demorou um bocado [...] Essa semana ele passou uns exames de sangue pra mim, [...] na cidade, num laboratório [conveniado], eu fiz, e com cinco dias fui buscar o resultado”. (usuária 24, idosa, frequentadora, equipe B)

A explicação encontra-se no fato de as unidades da ESF disporem apenas do serviço de coleta; a análise laboratorial é realizada no Laboratório Municipal, que também é responsável pelo envio dos resultados às unidades de saúde coletoras. O mau funcionamento neste outro plano da atenção (apoio diagnóstico) contribui para desqualificar as ações realizadas no plano assistencial.

No que toca à continuidade do cuidado em serviços de referência, esta não apareceu como problema para os usuários. A dificuldade para a marcação das consultas na unidade local (USF) - a porta de entrada - parece ter sido mais sentida pela população do que a dificuldade para marcar consultas com especialistas ou exames fora da área de abrangência da unidade.

“[...] Demorou um pouquinho. Demorou, mas chegou, para eu poder ir para o Ermírio de Moraes, porque me atendem lá como médico do coração”. (usuária 9, idosa, frequentadora, equipe A)

Identificou-se, neste aspecto, uma certa diferença entre os discursos dos usuários, profissionais e gestora, na percepção do acesso. Para os profissionais e a gestora, o acesso às consultas com especialistas constitui um grande entrave na ESF, e para algumas especialidades a dificuldade é ainda maior.

“Às vezes tem consulta que demora dois meses [...] neurologista, cardiologista, psiquiatra, nem todo mundo consegue”. (profissional 2)

Do ponto de vista da gestora, as dificuldades relacionam-se ao número excessivo de encaminhamentos realizados pela atenção básica, por entender que há casos solucionáveis no âmbito da unidade que, no entanto, são encaminhados:

“Com a organização da marcação de consultas na Policlínica pelas unidades de saúde da família, eu acho que isso facilitou muito o acesso [...]. Encaminha-se muito pra especialista sem necessidade [...]”. (gestora)

Sem entrar na polêmica discussão que envolve a questão da resolutividade ou dos resultados do cuidado de saúde como elemento referencial para o acesso (Travassos, Martins, 2004, p.197), cabe esclarecer que esta percepção deve ser vista com ressalvas. Primeiro porque, como explicam as autoras citadas, “a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde”; segundo, porque, no Documento de Avaliação dos Indicadores do SIAB, produzido pela Gerência Operacional de Atenção à Saúde (GOAS) do Distrito Sanitário IV, identificou-se o contrário, que a média de encaminhamentos realizados pela ESF em 2006 está dentro do esperado nas equipes estudadas - em torno de 13% em uma equipe e 6% na outra -, visto que o Ministério da Saúde preconiza para a ESF o encaminhamento, para os serviços de referência, no máximo, de 20% dos atendimentos. A dificuldade percebida pelos profissionais e pela gestora parece estar associada ao número insuficiente de cotas de especialidades para cada unidade de saúde da família – fragilidade que está intimamente relacionada às limitações nos mecanismos de referência e contrarreferência.

Estes mecanismos são itens considerados “necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família” (Brasil, 2006, p.24) e constituem a “garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”. Este problema está associado à questão da descentralização inacabada da atenção à saúde no município, o qual ainda não exerce a gestão total da rede assistencial do SUS, situação complexa na qual os grandes hospitais públicos ainda se encontram sob a gestão estadual ou mesmo federal.

Quanto aos usuários, sua percepção de facilidade no acesso pode estar associada à sua baixa expectativa em relação aos serviços públicos, cuja demora para se conseguir atendimento especializado já é esperada pelos mesmos, sendo apenas o fato de conseguir o atendimento um fator importante de satisfação. Neste sentido, as representações que os usuários têm dos serviços públicos de saúde encontram-se relacionadas intimamente com as experiências vividas pelos mesmos na busca pelo atendimento de que necessitam (Starfield, 2002; Halal et al., 1994). Percepção semelhante não foi observada no estudo de Escorel et al. (2007), no qual as famílias tiveram uma percepção mais clara desse problema do que os profissionais de saúde, carentes de mecanismo de aferição do tempo de espera e da magnitude das filas.

A fala a seguir chama a atenção novamente para a questão da continuidade da atenção:

“[...] O encaminhamento que ela me deu foi para o Lessa de Andrade, eu tô me tratando lá. Não voltei, não. Continuo fazendo lá”. (usuária 4, adulta, frequentadora, equipe A)

O que se depreende deste depoimento é que a responsabilidade pelo tratamento da doença passou para outro nível da atenção, juntamente com a responsabilidade pelo cuidado com o sujeito em questão, que, a partir de então, desvincula-se da relação profissional-usuário estabelecida na atenção básica. O foco na fala de um profissional reflete esta discussão.

“[...] Isso é importante porque se a gente tem unidade básica com profissional que atende aquele usuário [...] e quer dar continuidade [...] a gente precisa desse retorno. [...] Então esse usuário se perde”. (profissional 6)

A continuidade do cuidado, em outro nível da atenção, quando as tecnologias disponíveis no nível básico já não respondem às necessidades dos usuários, não desresponsabiliza a equipe de saúde à qual os mesmos estão vinculados. Isto porque o acompanhamento sistemático desses usuários é tarefa cotidiana na ESF, e está condicionado ao compromisso (com o outro) tanto de quem encaminha quanto de quem recebe. Conforme Escorel et al. (2007), a comunicação e a troca de informações entre profissionais é muito importante para a função de coordenação atribuída à ESF e para a garantia de continuidade do cuidado.

Esta característica de rede de serviços interligados entre si, com conexões que dão lógica e sentido ao sistema hierarquizado de saúde, constitui um elemento fundamental na questão que vem sendo discutida neste trabalho, posto que o acesso sem integralidade da atenção limita o caráter universalizante do sistema. Nesta perspectiva, cabe lembrar a crítica elaborada por Cecílio (1997) à hierarquia do modelo de saúde dos SUS, pois, além dessa hierarquia, na prática, não funcionar totalmente (por razões que não convém explicitar aqui, em face do limite do espaço deste artigo), este modelo parte da noção de pleno funcionamento de uma rede cujos constrangimentos são sentidos já na porta de entrada. Assim, um mecanismo de referência e contrarreferência com base na ESF tende a fracassar em sua função essencial, que é a garantia do que Cecílio (2006) denominou "integralidade ampliada".

Dimensão sociocultural

Os motivos pelos quais os usuários frequentam as unidades de saúde deste estudo expressaram a busca prioritária por ações e serviços relacionados ao controle ou à cura de doenças e/ ou à redução de algum desconforto ou mal-estar, conforme demonstra a fala a seguir:

"é alguma coisa na boca, ou então nos dentes, na visão também [...]" (usuário 18, jovem, frequentador, equipe B).

Conforme Cohn et al. (2002), a predominância de referências dos usuários ao consumo individual e imediato do serviço demonstra que a saúde dificilmente é vista e baseada numa perspectiva coletiva, situada no âmbito da cidadania. Por outro lado, a oferta de serviços apresenta um caráter semelhante, constituindo-se prioritariamente de ações de natureza assistencial. Trata-se, portanto, de um padrão de oferta e demanda condizente com uma compreensão do processo saúde-doença centrada no modelo biomédico de atenção à saúde, concepção esta muito combatida pelos ideais reformadores da saúde pública brasileira.

No que se refere à preocupação com a saúde, esta foi relacionada, por um dos usuários, à impossibilidade de trabalhar, ou à dificuldade de conseguir um emprego devido ao adoecimento. Esta dificuldade de acesso a um serviço de referência não só manteve como agudizou sua situação de carência, tanto do emprego quanto do tratamento.

"Quando eu trabalhava, eu tive que parar por causa da minha coluna, que dói muito [...]. Aí eu perdi de trabalhar por causa do problema. Não, até agora não [não foi se tratar]. É difícil conseguir encaminhamento para o médico". (usuário 8, jovem, frequentador, equipe A)

O modo de inserção dos indivíduos no mercado de trabalho - e o grau de liberdade que esta inserção proporciona - pode constituir um limite importante, relacionado: às condições materiais de existência nessa sociedade, à frequência do usuário à unidade e à busca pelo atendimento de que necessita, conforme se observa no relato:

"[...] Tinha que pedir duas licenças [...]. Porque eu trabalhava como *office boy* [...], aí não tinha tempo. Quando ela [a empregadora] precisava de mim, eu tava indo pra lá correndo e eu não tava trabalhando com carteira assinada, aí não dava pra ir, aí eu só pedi uma licença a ela, ficava muito ruim". (usuário 23, jovem, não frequentador, equipe B)

Segundo Minayo (1999), na sociedade capitalista, o corpo representa a "força de trabalho", a única forma de os indivíduos não detentores dos meios de produção se reproduzirem, ou, em outras palavras, manterem suas condições materiais de sobrevivência. Daí, portanto, advém uma experiência existencial sofrida, "representadora" de uma realidade em que o corpo constitui a única fonte geradora de bens. Este entendimento encontra eco em outros estudos. Barbosa e Coimbra Júnior (2000) identificaram, em pesquisa sobre a esquistossomose em uma comunidade rural do nordeste brasileiro, que esta doença só passava a ser considerada pelos adultos como grave quando os incapacitava para o trabalho ou impossibilitava as crianças de frequentarem a escola. Seguindo a mesma reflexão, Bercini e Tomanik

(2006), em estudo desenvolvido com mulheres de pescadores no município de Porto Rico, Paraná, observaram que, entre as mulheres entrevistadas, havia a percepção - constituída de significados e valores próprios daquela localidade - de que o indivíduo saudável é aquele com disposição e capacidade para trabalhar.

A participação da comunidade constitui um dos princípios fundamentais do SUS, e implica compartilhamento de poder e responsabilidades na tomada de decisões que, afinal, dizem respeito a todos os envolvidos, e cujo sucesso, caso ele ocorra, será auferido por todos. Por isso, a participação deve ser estimulada e, sobretudo, promovida pelos profissionais da ESF, conforme orienta o Ministério da Saúde (Brasil, 2006). Mas, num contexto de convivência diária (nem sempre pacífica) entre atores em diferentes posições de poder, com interesses e possibilidades distintas, a participação idealizada pelo SUS torna-se um projeto ainda inacabado, haja vista a experiência relatada abaixo.

“[...] eles [os profissionais] não querem nem ver a gente falar. [...] a gente não tem direito de se meter em nada.[...]. A comunidade era pra se reunir e tudo, [...], todo mundo combinar “é aquilo e aquilo”. (usuário 14, adulto, frequentador da unidade B)

A incipiente experiência no campo da participação social, tanto dos profissionais quanto dos usuários, somada à insuficiente capacitação tanto de uns quanto de outros, desenha um quadro conflitante no âmbito local, justamente num espaço em que se dão as relações (em todas as suas dimensões) mais estreitas entre estes atores.

Assim, vistas de modo amplo, isto é, como necessidades sociais dos indivíduos, as necessidades de saúde podem se transformar em *potencialidades*, como alerta Stotz (1991), desde que as carências motivem, comprometam e mobilizem as pessoas.

Dimensão econômica

Questões econômicas são destacadas quase sempre em estudos relacionados ao acesso aos serviços de saúde (Elias et al., 2006; Ribeiro et al., 2006; Travassos et al., 2000.), sendo constante, nesses estudos, a referência a uma relação inversamente proporcional entre a situação socioeconômica dos indivíduos e a possibilidade de acesso.

Um aspecto favorável nesta dimensão foi a disponibilidade de medicamentos na própria unidade. Entretanto, apesar de a farmácia da USF ser abastecida mensalmente, não recebe a quantidade de medicamentos correspondente à necessidade de todos os usuários, o que acaba por tornar a busca pelos remédios um processo que requer agilidade, pois a garantia é para aqueles que chegarem primeiro (antes que acabe). Assim, ao mesmo tempo em que se constituiu numa facilidade - porque, mesmo sendo poucos, os remédios são fornecidos na unidade, que é próxima e os disponibiliza para todos irem buscar -, a despesa com medicamentos também se constituiu numa dificuldade grave para alguns usuários. Esta profunda condição de injustiça social à qual esses indivíduos estão submetidos (que já os exclui do acesso a outros bens e produtos indispensáveis à manutenção da vida e da saúde) priva-os, cotidianamente, do direito de contrair esta despesa:

“Não [não teve despesa com medicamentos]. Eu não tenho esse dinheiro. [...] Já faltou, mas eu nunca comprei [...]” (usuário 11, idoso, frequentador, equipe A).

A fala de todos os profissionais revelou o conhecimento profundo que eles parecem ter da realidade de carecimentos vivida recorrentemente pelos usuários, cujas problemáticas se refletem nas demandas para a unidade. Há também o sentimento de impotência e mal-estar ante uma realidade tão cruel e degradadora da condição humana. Neste sentido, destaca-se a seguinte fala:

“[...] Muitas vezes eles deixam de comer, ou comem muito mal porque o remédio que eles procuram não tem aqui no posto, então, de certa forma, eles ainda gastam, gastam o que não têm”. (profissional 6)

Conviver com uma situação de contato permanente com a dor e tantas carências materiais torna complexo tanto o ambiente de trabalho quanto as inter-relações pessoais e profissionais processadas no cotidiano laboral. Assim, produzem-se “sintomas institucionais”, tais como falhas de comunicação ou excesso de ideologização em defesa do SUS, conforme menciona Campos (2005). Cabe refletir que a compreensão do cuidado em saúde não deve ser descontextualizada das relações de trabalho, das peculiaridades do labor dos produtores do cuidado (Deslandes, 2005).

Nos registros do diário de campo, resultado da observação direta nos serviços, foi possível identificar, além da falta de medicamentos - incluindo os constantes na lista de medicamentos padronizados pelo município -, a falta de preservativos masculinos, que são fornecidos nos serviços públicos desde os anos 1980, conforme esclarecem Ramos e Lima (2003). Estes autores também identificaram esta problemática em estudo sobre o acesso e o acolhimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre (RS).

A fala de alguns profissionais sobre os gastos que os usuários precisam despende quando são encaminhados para outros serviços, componentes ou não da rede municipal de saúde, revela outra realidade, conforme o exemplo:

“[...] Muitas vezes eles deixam de fazer por causa da passagem [...]. Às vezes tem a dificuldade de conseguir o especialista, consegue e não vai por causa da distância”.
(profissional 2)

Estas falas refletem o modo de organização da rede de serviços de saúde; referem-se ao princípio da descentralização com hierarquização e regionalização da rede de serviços. A crônica situação de exclusão social na qual vive a grande maioria dos usuários do SUS põe em xeque tal modelo quando este revela-se desarticulado de outra rede - a de serviços sociais, incluindo os de geração de renda. Este aspecto é fundamental, pois esta rede responde a outras necessidades (de saúde) vinculadas ao meio de (ganhar a) vida das pessoas, às suas precárias condições materiais de existência, resultantes de um quadro de injustiças e desigualdades sociais. Estes aspectos há muito preocupam o conjunto de atores sociais engajados em tornar a saúde pública efetivamente acessível a todos os brasileiros.

Conclusões

Buscou-se, neste estudo, avaliar o acesso à atenção à saúde no SUS, com base na percepção dos usuários da Estratégia de Saúde da Família, triangulando-a e confrontando-a com o ponto de vista do gestor e de profissionais de saúde. Observou-se que a existência de serviços, associada à ampliação da cobertura da atenção básica, ainda que importante, não implica acesso efetivo. Por isso, a mudança organizacional advinda com a ESF tem uma implicação importante na organização do sistema de saúde, pois a atenção básica foi normatizada como forma privilegiada de acesso, assumindo a função de reestruturar todo o modelo de atenção e reorganizar as práticas assistenciais.

No presente estudo, a análise do acesso trouxe à luz aspectos já conhecidos da atenção à saúde no Brasil. A questão relevante, porém, é o fato de que problemas relativos ao acesso na ESF revelam a existência de gargalos no sistema que podem comprometer toda a sua estrutura de organização e funcionamento. E mais, pode implicar a exclusão de milhões de indivíduos cujas condições precárias de vida já os mantêm à margem de muitos direitos de cidadania.

Elementos facilitadores e dificultadores do acesso foram identificados, sendo os facilitadores: o horário, o acolhimento e a proximidade dos serviços da USF.

As situações mais críticas, apontadas nas falas dos usuários, foram:

1 dimensão organizacional:

i) demora para conseguir a consulta; ii) mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, comprometendo o acesso a especialistas; (iii) excessivo número de pessoas adscritas na área das equipes; (iv) demora, na sala de espera, para receber o atendimento; (v) demora no recebimento dos resultados dos exames; vi) baixa resolubilidade da ESF, particularmente pela ausência

de atendimento a pequenas urgências, implicando estrangulamento nos serviços de média e alta complexidade.

2 dimensão sociocultural:

i) despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas; ii) baixa capacidade de visualizar a perspectiva coletiva da saúde, situada no campo da cidadania.

3 dimensão econômica:

i) despesas com medicamentos e outros insumos.

A ESF, como uma estratégia de viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde, revelou-se uma porta de entrada estreita, merecendo um olhar mais distinto, que adote como ponto de partida as situações que particularizam os indivíduos demandatários de suas ações e a organização dos serviços com base nas necessidades dos sujeitos.

Colaboradores

Ana Lúcia Martins de Azevedo revisou a literatura, elaborou os instrumentos da pesquisa, coletou e analisou os dados e escreveu o artigo. André Monteiro Costa orientou a investigação, supervisionou a elaboração dos instrumentos e a coleta de dados, analisou os dados e auxiliou na redação do manuscrito.

Referências

ARAÚJO, M.A.L.; VIEIRA, N.F.C.; SILVA, R.M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Cienc. Saude Colet.**, v.13, n.6, p.1899-906, 2008.

AZEVEDO, A.M.A. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007.

BARBOSA, S.C.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. A construção cultural da esquistossomose em comunidade agrícola de Pernambuco. In: BARATA, R.B.; BRICEÑO-LEON, R. (Orgs.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e contemporâneas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.47-60.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BERCINI, L.O.; TOMANIK, E.A. **Aspectos sobre saúde, ambiente e representações sociais na população de Porto Rico, Paraná.** Disponível em: <http://www.peld.uem.br/Relat2002/pdf/comp_social_econ_aspectos.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2006.

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006.

CAMPOS, R.O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.573-82, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.115-28.

_____. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002. p.293-319. (Saúde em Debate, 108; Série Didática, 6).

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saude Publica**, v.13, n.3, p.469-78, 1997.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

DALMASO, A.S.W. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: SCHRAIBER I.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.151-72. (Saúde em Debate, 96; Série Didática, 3).

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.615-26, 2005.

DIMENSTEIN, M. et al. Avaliação e qualidade em saúde na perspectiva da equipe multiprofissional na rede básica de Natal/RN. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. **Anais...** Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. Suplemento 2, p.521.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. México: Ediciones Copilco, 1984.

ELIAS, P.E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.3, p.633-41, 2006.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.2, n.21, p.164-76, 2007.

FACCHINI, L.A. et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.11 n.3, p.669-81, 2006.

FEKETE, M.C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços**. Projeto GERUS. s.l.. s.n., 1996. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRIEDRICH, D.B.C.; PIERANTONI, C.R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, v.16, n.1, p.83-97, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HALAL, I.S. et al. Avaliação da qualidade da assistência primária à saúde em localidade urbana da Região Sul do Brasil. **Rev. Saude Publica**, v.28, n.2, p.131-6, 1994.

KOVACS, M.H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. **J. Pediatria**, v.81, n.3, p.251-8, 2005.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.39-64.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço de saúde, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2002b. p.113-50. (Saúde em Debate, 108; Série Didática, 6).

MERHY, E.E.; FRANCO, T. **PSF: contradições e novos desafios**. Conferência Nacional de Saúde On-Line, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2005.

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saude Publica**, v.2, n.9, p.177-84, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, L.M.A. **Saúde bucal em Pernambuco: acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em 2001**. 2002. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, Recife. 2002.

PICCINI, R.X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.3, p.657-67, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.1, p.27-34, 2003.

RECIFE. Prefeitura Municipal. **Cadernos de informação: 2001-2007**. Recife, 2008.

RIBEIRO, M.C.A. et al. Perfil sócio demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.4, p.657-67, 2006.

SÁ, D.A. **Atenção à saúde no Brasil: um estudo do acesso à assistência a partir do Sistema de Informação do SUS (SIA-SUS)**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)**. 1991. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1991.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, n.3, p.581-9, 2002.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.5, n.1, p.133-49, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saude Publica**, v.20, supl.2, p.190-8, 2004.

VIEIRA DA SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. La estrecha puerta de entrada del Sistema Único de Salud (SUS): una valoración del acceso en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

Este estudio tiene por objeto enfoca el de analizar la percepción de los usuarios sobre el acceso en la ESF en sus dimensiones geográfica, de organización, socio-cultural y económica. Se ha valorado del proceso con planteamiento cualitativo por medio de entrevista abierta, observación directa y análisis documental en la ciudad de Recife, del estado brasileño de Pernambuco. Los principales problemas han sido: deficiente sistema de referencia, demora en el retorno de los resultados de los exámenes de laboratorio, excesivo número de familias por equipo, dificultad de establecer consultas, gastos con medicamentos. Se han observado facilidades en la relación profesional-usuario así como en la aproximación geográfica de la unidad de salud. La ESF se ha revelado una estrecha puerta de entrada del SUS que merece una observación distinta que adopte como punto de partida las necesidades de los individuos demandantes de sus acciones y también las lógicas que orientan las acciones de los sujetos involucrados en el cuidado.

Palabras clave: Sistema Único de Salud (SUS). Calidad de la atención de salud, acceso y evaluación. Estrategia de Salud de la Familia. Satisfacción del usuario. Atención primaria de salud.

Recebido em 22/07/09. Aprovado em 16/05/10.