

Estratégia Saúde da Família *versus* centro de saúde: modalidades de serviços na percepção do usuário

Family health strategy *versus* health center: types of services from the user's perception

Raquel Sousa Leite¹, Ariany Paula Medeiros Santos¹, Cássio de Almeida Lima¹, Cláudia Danyella Alves Leão Ribeiro¹, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito¹

Resumo

Introdução: O processo de reorientação do sistema de saúde brasileiro vem promovendo a transição do modelo assistencial biomédico para um modelo ancorado na promoção da saúde. Objetivou-se compreender a percepção do usuário sobre o processo de transição das modalidades de serviços centro de saúde para Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Pesquisa qualitativa, realizada em Montes Claros, no Estado de Minas Gerais, com equipes de saúde que passaram por substituição de centro de saúde para ESF. Foram conduzidas entrevistas não estruturadas com 12 usuários, submetidas à análise temática de conteúdo. **Resultados:** Houve melhoria do serviço após o advento da ESF, pois propiciou maior oferta de serviços e integralidade da assistência, configurou-se como a principal porta de entrada do sistema de saúde e valorizou a humanização em novas relações com os profissionais. O agente comunitário de saúde se destacou como elemento importante das ações em saúde da família. Todavia, há dificuldade para obtenção de apoio complementar e diagnóstico, além de medicamentos. **Conclusão:** A implantação da ESF permitiu o advento de um novo panorama na atenção primária. Entretanto, deve garantir maior efetividade e satisfação dos usuários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; centros de saúde; promoção da saúde; serviços de saúde.

Abstract

Introduction: The remodeling process of the Brazilian health system has been promoting the transition of the biomedical assistance model to a model anchored in health promotion. This study aimed to understand the user perception on the transition process from health center services to family health strategy. **Methods:** Qualitative research performed in Montes Claros - Minas Gerais with the health teams that have gone through the replacement of health care center by the Family Health Strategy. Non-structured interviews were conducted with 12 users, submitted to Thematic Content Analysis. **Results:** The service improved after the beginning of Family Health Strategy: it offers more services and integrality in the assistance, which is shown as the main entrance of the health system, and values the humanization in new relations with the professionals. The community health agent had an important role as the element of the family health actions. However, there is a struggle in the access to complementary support, diagnosis, and medicines. **Conclusion:** The implantation of the Family Health Strategy has allowed the advent of a new panorama in primary care. However, it should ensure greater effectiveness and user satisfaction.

Keywords: primary health care; family health strategy; health centers; health promotion; health services.

¹Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) - Montes Claros (MG), Brasil.

Trabalho realizado na Estratégia Saúde da Família - Montes Claros (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Cássio de Almeida Lima - Avenida Rui Braga, s/n - Vila Mauricéia - CEP: 39401-089 - Montes Claros (MG), Brasil -

Email: cassioenf2014@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil têm passado por diversas transformações para garantia de melhor qualidade de vida da população¹. Inicialmente, o sistema público de saúde foi marcado por uma atenção curativista, associada a um padrão sanitário com enfoque nas condições infecciosas². A crise econômica e o aumento da população à margem do sistema de assistência marcaram o cenário da saúde na década de 1970^{2,3}.

Diante dessa realidade, em 1986 despontou o movimento de Reforma Sanitária, consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tal movimento se embasava nos ideais de Atenção Primária à Saúde (APS) contidos na Declaração de Alma Ata: equidade, descentralização, integralidade e universalidade^{2,3}. A Reforma Sanitária, que teve como conquista o Sistema Único de Saúde (SUS), almejava, assim, um modelo assistencial norteado pela integralidade e pelas necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS. Ademais, buscava-se um modelo para superar os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma biomédico, o que ainda constitui um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade⁴.

Com o objetivo de reorientar a organização dos serviços de APS, em 1994 foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje com o *status* de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse processo corroborou a transição do antigo paradigma de assistência em um novo modelo de atenção com foco na promoção da saúde^{5,6}, constituindo em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. Ela se apresenta como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, ancorado na APS^{4,7}.

Ainda, a ESF tem sido apontada, por sua extensão e cobertura, como uma modalidade de oferta de serviços de saúde a ser seguida^{8,9}. A APS desenvolvida na ESF diferencia-se da realizada nos clássicos centros de saúde por apresentar enfoque nas ações multiprofissionais da equipe de saúde, responsabilidade pela saúde de uma população adstrita a uma determinada área de abrangência e sistematização da demanda espontânea e programada. Ademais, possui foco holístico no indivíduo e em sua família, com ações integrais embasadas nos determinantes sociais de saúde^{7,10}.

A implementação das ações de promoção da saúde adotadas pela ESF tem desencadeado mudanças no processo de trabalho em saúde. Todavia, após duas décadas do advento do novo modelo de assistência à saúde, ainda há dificuldades em sua consolidação em substituição ao modelo biomédico. Isso porque alguns serviços realizados são de cunho individualista e curativista em detrimento da promoção da saúde¹¹⁻¹³ e por haver uma cultura historicamente enraizada de valorização dessa forma de assistência à saúde pela população^{14,15}.

Nesse sentido, para que a reorientação do sistema de atenção à saúde se efetive, são necessários os esforços de todos os atores em saúde, com destaque para o papel da população, que precisa ser envolvida nesse processo^{9,14,15}. Para tanto, é preciso saber a avaliação do usuário sobre os diferentes serviços de APS.

O presente estudo teve por objetivo compreender a percepção do usuário sobre o processo de transição das modalidades de serviços centro de saúde para ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada na cidade de Montes Claros, no Estado de Minas Gerais, em equipes de saúde da família.

As referidas equipes foram selecionadas por terem passado, há cinco anos, por processo de mudança da modalidade de oferta de serviços: do serviço de centro de saúde para ESF. Os participantes desta pesquisa foram selecionados aleatoriamente. Foram incluídos por meio de sorteio, obedecendo aos seguintes critérios: ser chefe de família, residir na área de abrangência das equipes há mais de dez anos, estar cadastrado nas equipes de saúde da família, já ter feito uso dos atuais serviços da ESF e do serviço anterior ofertado pelo centro de saúde. O número de participantes foi considerado suficiente quando os dados refletiram a totalidade das dimensões do objeto em estudo e se tornaram repetitivos, atendendo ao critério de saturação. Não houve recusas durante o processo, especialmente porque o vínculo existente entre a equipe de saúde e a comunidade facilitou a abordagem dos usuários pelos pesquisadores.

A coleta de dados foi realizada por dois entrevistadores previamente capacitados para sua realização, autores desta pesquisa. Ocorreu entre novembro de 2014 e fevereiro de 2015, após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas durante visitas domiciliares nas residências dos usuários, objetivando garantir a privacidade e o conforto deles. Foram conduzidas entrevistas não estruturadas com as seguintes questões norteadoras: “O que você acha que mudou com a implantação da ESF?” e “Quais os principais benefícios que a ESF e o antigo centro de saúde possibilitam para você e sua família?”.

Para garantir o registro fidedigno de todas as informações fornecidas pelos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. Os participantes foram identificados com legendas (E1 a E12), mantendo o anonimato.

Para a organização e análise dos dados, optou-se pela análise de conteúdo, modalidade temática, de acordo com o preconizado por Bardin¹⁶. Foram seguidas as etapas: pré-análise, exploração dos dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra e realizadas múltiplas leituras com a finalidade de exaustão das informações. Em seguida, realizou-se o mapeamento das falas,

assinando os principais pontos para facilitar a visualização do material como um todo. Na etapa posterior, foram identificadas as unidades de registro e realizados os recortes necessários. Por fim, buscou-se apreender as informações contidas nos relatos para estabelecer as unidades categoriais do estudo¹⁶.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, segundo o Parecer Consubstanciado nº 844.560/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 12 usuários, cuja idade variou entre 33 e 51 anos. Nove entrevistados eram do sexo feminino, e três, do sexo masculino. Entre eles, seis eram casados, três, solteiros, dois, viúvos, e um vivia em união estável. Em relação à escolaridade, quatro cursaram até o ensino básico, quatro, o fundamental, dois, o médio, um possuía curso superior e um era analfabeto. O perfil profissional caracterizou-se por apenas um entrevistado que exercia atividade remunerada, enquanto os demais se enquadravam em aposentado/pensionista ou dona de casa. O tempo de moradia no domicílio variou de 10 a 40 anos.

Os participantes, cujo perfil era marcado pela baixa escolaridade e pela ausência de inserção no mercado de trabalho, influenciados por esse contexto de vida, estavam sujeitos a uma condição de passividade e de maior proximidade do modelo curativista, já que apresentavam pouca oportunidade de vivenciar o processo educativo, necessário para se tornar cidadão, exercer autonomia e controle sobre a sua vida¹⁷.

A análise temática de conteúdo revelou duas categorias temáticas.

1. Centro de saúde versus Estratégia Saúde da Família: diferenças nas modalidades de serviços de saúde

Os usuários relataram que o centro de saúde, ao oferecer uma assistência curativista, individual e por demanda espontânea, não supria suas demandas imediatas e, por isso, procuravam o hospital como porta de entrada do sistema de saúde. Nota-se que, com o advento e a implementação das equipes de saúde da família, houve mudança nessa realidade e, hoje, busca-se primeiramente a ESF.

Uai, antes a gente tinha que correr para o hospital. Pedia os vizinhos um carro e ia para o hospital. [...] Primeiro serviço hoje? A gente procura o PSF, né? Esses dias eu tive uma febre, garganta inflamada. Cheguei lá [ESF] e falei: "olha, estou com febre, minha garganta está inflamada." Na hora, fizeram minha ficha e passei pela médica. Se chegar lá sentindo alguma coisa assim, eles te atendem. (E11)

A gente ia para o hospital. [...] Era o hospital, geralmente o pronto-socorro. Agora, é o PSF. (E4)

Esses achados estão em consonância com os observados em estudo realizado na ESF em Cajuri, no Estado de Minas Gerais¹⁸. Autores ressaltam que a ESF avançou na dimensão do acesso,

aumentando a oferta das ações de saúde para grande parte da população e representa, atualmente, a principal porta de entrada no sistema de saúde^{14,18-22}. Tal função requer a identificação das necessidades do indivíduo a partir da compreensão do conceito amplo de saúde, e a ESF tem maior reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam a doença, com melhor percepção da compreensão de integralidade²². Entretanto, na literatura, pesquisas mostram que os serviços de urgência ainda configuram uma importante porta de entrada para a população^{14,15,18-21}.

No processo de substituição do centro de saúde por equipes de ESF, foi identificada pelos usuários notável mudança no que se refere às relações com os profissionais que atendem na unidade e à humanização da assistência. Aponta-se que os profissionais da ESF têm demonstrado respeito e atenção durante o acolhimento e o cuidar, como verificado nos discursos a seguir.

Era péssimo. O pessoal muito mal educado. Quem servia lá era muito mal educado. Os médicos, prepotentes. Era grosso, era péssimo. Melhorou muito. [...] Hoje todos os auxiliares trabalham bem. Recebem a gente bem. São educados. [...] Eu vejo uma melhora de todo o tratamento, do início ao fim. Eles não deixam a gente na mão. Pra tudo, eles têm tomado providência e iniciativa de atender a gente bem [...]. (E7)

O pessoal hoje é mais educado. Tem mais informação. Tá muito melhor. [...] O pessoal tem mais paciência, tem mais esclarecimento para dar às pessoas. Isso é fundamental para o serviço. (E9)

Percebe-se que a atenção à saúde prestada no serviço do centro de saúde apresentava fragilidades no que concerne à humanização, o que impõe barreiras a um diálogo a ser estabelecido entre as demandas e expectativas da população, à não disponibilidade para desenvolver o vínculo com os usuários, além de haver uma abordagem fragmentada, não integral do usuário e sua família^{13,14,19}. Acrescenta-se uma série de fatores dificultadores, como a deficiência de profissionais capacitados para o cuidado primário e resistentes às peculiaridades da APS, formas inadequadas de funcionamento, fluxos interrompidos, falta ou inadequação de recursos físicos, financeiros e humanos^{13,14}.

Já o trabalho da ESF deve ser permeado por aspectos de caráter ético e humano, o que foi visto no presente estudo. Tal relação não se restringe ao encontro no ambiente clínico, mas apresenta interfaces com a família, a comunidade e os membros da equipe de saúde da família. Os profissionais devem se pautar na relação humanizada, no cotidiano de trabalho, na busca de um relacionamento embasado no compromisso com a saúde dos usuários²³.

De acordo com as percepções dos participantes, houve unanimidade no fato de que, no centro de saúde, o atendimento aos usuários era deficitário, limitado somente a certo número de vagas, ferindo os princípios de acesso e equidade do sistema. Os usuários relatam ainda que, para serem assistidos, eram expostos a condições adversas, como aguardar pelo atendimento

passando a noite no serviço e, mesmo assim, não ter êxito, além do número insuficiente de vagas para o atendimento clínico. Em contrapartida, na ESF, valorizam o sistema de acolhimento à demanda espontânea, relatando mais efetividade na organização dos fluxos assistenciais e, por conseguinte, maior facilidade e agilidade no atendimento.

Oh, eu me lembro que, naquele tempo [centro de saúde], para conseguir, principalmente dentista, você tinha que dormir na fila. Ficava lá e às vezes já tinham pessoas que estavam há uma noite lá, então nem adiantava. [...] Amanhecia o dia, os funcionários falavam "Ah, não vai ter ficha!", "Ah, o número é só X!". Às vezes a gente voltava sem ser atendido mesmo. Nos dias de hoje tá bem melhor, graças a Deus, né? (E12)

Tinha vez que a gente precisava até dormir lá pra conseguir uma ficha. Já cansei de sair daqui três horas da manhã, fazia uma turminha, né? De quatro, né? Ia morrendo de medo, mas ia. Agora não. Agora eu achei que ficou bem melhor. (E10)

Passa pela triagem, se o caso não for tão urgente, que aí marca pra outro dia. Quem tá mais urgente atende no mesmo dia. (E6)

Mas as pessoas, passando pela triagem, acho que é a forma ideal, né? Porque, de repente, ele nem tá precisando de um médico com urgência, né? (E12)

O processo de acolhimento da demanda espontânea com estabelecimento de protocolos de atendimento nos serviços da ESF, em sistemas locais e regionalizados, possibilita a implantação de uma atenção compartilhada com reconhecimento do papel específico de cada nível de assistência. Assim, é admitida a linha de cuidado estabelecida para cada usuário do sistema e assegurado o acesso universal dos diferentes segmentos da população, à qual se oferece resolutividade no sistema de saúde^{14,18}. Nas falas, reconhece-se o acolhimento como um aspecto potencializador da ESF, tornando a relação menos verticalizada e mais contextualizada e humanizada²³.

Diversos estudos na literatura^{3,7,9,19,20,23,24} indicam que a prática de acolhimento realizada na ESF, quando efetuada por profissionais qualificados, facilita o acesso dos usuários ao serviço e permite que estes também se comprometam com o cuidado à saúde. O acolhimento é um mecanismo primordial para a APS, mas somente recebeu destaque nos processos de trabalho das equipes de saúde da família em um passado relativamente recente. Essa prática possibilita a construção de uma relação concreta e de confiança entre o usuário e o profissional e/ou a equipe^{9,24}.

O acolhimento está diretamente orientado pelos princípios do SUS, pode atender às demandas da sociedade e estabelece relação com os outros serviços de saúde. É um recurso destinado a apoiar a qualificação do sistema de saúde, pois possibilita ao usuário o acesso a um cuidado justo, ampliado e integral, a partir do reconhecimento de que esse acesso é um direito humano fundamental^{9,23,24}. Entretanto, faz-se necessário qualificar a

maneira como vem sendo desenvolvido, visto que, se trabalhado de forma desarticulada e pontual, pode ser resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização. Sendo assim, não alcançaria seus propósitos se implantado como medida isolada⁹.

2. Estratégia Saúde da Família: em busca da consolidação de uma nova modalidade de oferta de serviço

Os usuários percebem que o serviço da ESF proporciona maior oferta e qualidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, conforme descrito nos relatos.

Igual no caso, PSF. Hoje tem o quê? Tem um dentista, tem um médico exclusivo para o bairro, né? E as visitas são feitas. [...] Eu não vejo mais aquela dificuldade que tinha. [...] Então, eu acho que melhorou muito. [...] O que a gente precisa é feito com agilidade e bom atendimento. (E12)

Hoje tem o grupo que reúne e a gente é convocado. Tem palestras nesse grupo. Principalmente sobre hipertensão e diabetes. (E8)

Minha mãe já teve AVC. Melhorou muito pra ela, porque tem o planejamento de diabetes, aí ela vai todo mês. (E3)

Com o PSF melhorou demais, pode perguntar para todo mundo [...]. O atendimento é maravilhoso, parece particular. (E2)

Os resultados observados são semelhantes aos verificados em uma pesquisa realizada no Distrito Federal²² e estão de acordo com o que é preconizado nos fundamentos organizativos da ESF, cujas bases são centradas na aproximação da equipe de saúde à comunidade por ela atendida. Entre os seus principais objetivos, destacam-se as ações de proteção e promoção da saúde, além da cura e reabilitação. A proposta da ESF é centrada no binômio usuário-família e no cuidado à família a partir de seu domicílio, fazendo com que os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS sejam alcançados com melhor êxito¹⁵.

A forma de organização e prestação do cuidado permite um maior poder de compreensão das afecções mais frequentes e identificação de fatores de risco para a prevenção do desenvolvimento futuro de doenças. Tal conformação se ancora nos pilares da promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade¹⁵. A definição da ESF como uma inovação tecnológica em saúde não se dá apenas pelo seu possível aparato tecnológico material, mas sim pelos princípios teóricos e políticos em que se fundamenta, consistindo em um caminho profícuo para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde⁷.

Para os participantes, a presença e o trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) constitui uma importante mudança na estruturação da ESF. O ACS exerce papel acolhedor, contribui para o vínculo entre a equipe de saúde da família e a comunidade, além de ser pilar na democratização dos serviços.

As pessoas vêm na sua porta! Isso não existia antigamente [centro de saúde]. Perguntando: "A família tá bem? Precisam de alguma coisa?" (E2)

Tá ótimo. A gente vê o empenho no trabalho. Principalmente nesse bairro aqui que tem agentes que são até exemplo. A gente vê aí as dificuldades. "Oh, moço, você tá precisando disso?" A gente vê o empenho, né? (E12)

Agora tá melhor. Só esse contato com os agentes que a gente tem está melhor, tá mais fácil. (E9)

A figura do ACS aparece de maneira similar em várias pesquisas na literatura acerca da temática^{4,15,22,25}. Esse profissional não deve ser considerado apenas suporte para realização de atividades na equipe, mas reconhecido como um profissional indispensável à reorientação da APS no Brasil²⁵. Nesse cenário, um dos pilares da atual ESF é o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população¹⁵.

Assim, a presença do ACS na ESF é importante, uma vez que estabelece a ponte entre os serviços e as famílias. Os ACS atuam como facilitadores do acesso, como mediadores entre as relações estabelecidas na oferta e na demanda das ações e dos serviços de saúde. O fato de circularem com mais propriedade nos territórios de atuação das equipes de saúde é um aspecto que facilita a coordenação e o desenvolvimento na busca da integralidade²².

Com relação ao acesso aos exames complementares, serviços especializados e medicamentos, os usuários reconhecem que houve melhora, apesar de ainda possuírem dificuldade para sua disponibilização. Contudo, percebem que a morosidade na obtenção de apoio complementar e diagnóstico, assim como falta de alguns medicamentos, não está diretamente relacionada ao serviço prestado pela ESF, mas aos problemas estruturais de gestão.

Os exames que demoram, né? Mas era desse jeito mesmo, demorava até mais, né? (E10)

A questão dos especialistas, por exemplo. Eu acho que eles deveriam marcar, fazer um encaminhamento marcar e mandar a gente direitinho, igual era antigamente. Isso aí eu acho que tem como funcionar direito. (E1)

Pra conseguir um neurologista é difícil demais, porque também é uma especialidade difícil, né? (E9)

A única reclamação que eu tenho, mas isso aí acho que nem é culpa do posto [ESF], é sobre remédios. A gente chega lá, tem muito remédio em falta. (E8)

A única coisa que falta melhorar não é aí no centro [ESF], é ao todo, nos outros órgãos de saúde. Tipo melhorar para liberar mais exames. Liberar os exames com mais rapidez, porque imagina se eu espero uma ressonância, que que tinha acontecido comigo, né? Aí eu tive que pagar. Porque aí você consegue exame de sangue, consegue raio X. Esses mais complicados [...]. (E12)

Apesar dos avanços na assistência com a ESF, ressalta-se que ainda há desafios a serem superados, conforme observado. Em outras pesquisas, entre as principais dificuldades, foram destacadas: o número insuficiente de vagas oferecidas pelos demais níveis de complexidade; o tempo prolongado de espera das consultas; a falta de insumos para o atendimento e tratamento; a escassez de medicamentos que deveriam ser disponibilizados gratuitamente para a população, bem como de materiais para realizar determinados procedimentos nas unidades; a ausência de um efetivo sistema de referência e contrarreferência. Os profissionais da APS se veem sem informações sobre os procedimentos ou condutas realizadas nos serviços referenciados^{15,18-20}.

Ainda, a deficiência de acesso a exames, especialidades e medicamentos fere princípios importantes do SUS e da Constituição Federal do Brasil: a saúde como um direito de todos, a integralidade, a equidade e a universalidade. E isso dificulta uma assistência de qualidade no âmbito da modalidade de serviço ofertado pela ESF, pois esta também possui em seu rol de atribuições as ações curativas e reabilitadoras²¹. Sendo assim, é necessário que o sistema de saúde e os seus profissionais estejam empenhados para que os serviços organizados em uma nova concepção sejam realmente efetivos, gerando credibilidade^{14,15}.

Contudo, é preciso ponderar o que se evidencia nas falas dos usuários – os quais ainda denominam a unidade de ESF pelos termos posto/centro de saúde –: a permanência da lógica de uma concepção curativista, apesar de a ESF ter sido concebida para aumentar as ações de prevenção e de promoção^{5,9,18,20}.

As atividades coletivas de educação em saúde, espaço considerado privilegiado para trocas e construção de saberes, poderiam contribuir para uma maior apropriação pela população de conhecimentos referentes aos objetivos dos serviços e à organização do sistema de saúde^{15,26}. Esse conhecimento precisa ser produzido nos espaços da comunidade, pois, se esta não conhece o sistema, não terá condições de contribuir para sua consolidação¹³. No entanto, para a efetivação dos princípios e diretrizes da ESF e da promoção da saúde, torna-se indispensável repensar o direcionamento da produção dos serviços em saúde, além de refletir sobre como as práticas se arranjam para garantir o cuidado em saúde e que concepção de saúde orienta essas práticas.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, foi possível compreender a visão dos usuários acerca das diferenças existentes entre o serviço do centro de saúde e o da ESF. Houve melhoria do serviço de saúde após o advento da ESF, pois esta garante maior oferta e qualidade das ações integrais de saúde, tem se configurado como a principal porta de entrada do sistema de saúde e valoriza a humanização da assistência em novas relações com a equipe

multiprofissional. Nesse processo de reorientação, destaca-se o ACS, elemento nuclear das ações em saúde da família e ator fundamental na reestruturação da APS brasileira.

Todavia, os usuários relatam dificuldade para obtenção de apoio complementar e diagnóstico, assim como de alguns medicamentos. Reconhecem que esse entrave também era percebido no antigo serviço do centro de saúde e foi amenizado com as ações ofertadas pela ESF, estando relacionado a problemas estruturais de gestão.

A implantação da ESF como uma modalidade de assistência permitiu o advento de um novo panorama na APS, centrado na família e na comunidade em que a equipe multiprofissional está inserida. Espera-se que, assim, possa se garantir efetividade na assistência e, conseqüentemente, maior satisfação dos usuários. Sugere-se que sejam realizados mais estudos e reflexões acerca do assunto, uma vez que, apesar dos avanços relatados pelos usuários, o modelo biomédico ainda influencia a atenção à saúde no contexto da ESF.

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1778-97. PMID:21561655. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
- Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cien Saude Colet*. 2012;17(2):555-60. PMID:22267049. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200028>.
- Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015;20(6):1869-78. PMID:26060965. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;21(2):164-76. PMID:17565803.
- Ponte EMS, Lopes Fo JO, Feijão JRP, Souza FL, Santos EV, Soares CHA. "O Caminho se Faz ao Caminhar": processo de reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saúde Soc*. 2012;21(Supl. 1):234-43. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500020>.
- Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):584-92. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.
- Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av*. 2013;27(78):27-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>.
- Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2015;39(105):514-24. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.
- Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Supl. 1):148-58.
- Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2011;32(1):48-55. PMID:21888202. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100006>.
- Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cien Saude Colet*. 2011;16(11):4415-23. PMID:22124822. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200014>.
- Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cien Saude Colet*. 2013;18(1):221-32. PMID:23338512. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>.
- Marsiglia RMG. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2012;20(3):317-25. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.032>.
- Teixeira C, Silva CCS, Bernardes GS, de Sá NPP, Prado RS. O vínculo entre usuários e equipes em duas unidades de saúde da família em um município do estado do Rio de Janeiro. *Rev APS*. 2013;16(4):444-54.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Freire P. Educação e mudanças. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
- Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde: a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Supl 1):881-92. PMID:21503436. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>.
- Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc*. 2015;24(1):100-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.
- Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015;25(2):635-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.
- Marin MJS, Oliveira LR, Ilias M, Higa EFR. Community contributions to a FHU team work. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(6):1065-71. PMID:18235945. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600002>.
- Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate*. 2015;39(105):387-99. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510500020007>.
- Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev Bioét*. 2014;22(1):152-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100017>.
- Mitre SM, Andrade EG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude*

- Colet. 2012;17(8):2071-85. PMID:22899148. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>.
25. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? Cien Saude Colet. 2011;16(Supl. 1):1023-8. PMID:21503451. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>.
26. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. Interface. 2012;16(41):315-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200003>.

Recebido em: Maio 31, 2016

Aprovado em: Set. 15, 2016