



ORIGINAL

## Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária

*A qualitative study of hypertensive and diabetic users' perceptions of health in primary care*

Priscila Nicoletti Neves CAMARGO<sup>1</sup>  0000-0002-1279-7219

Carla Fabiana TENANI<sup>1</sup>  0000-0001-7203-2763

Jaqueline Vilela BULGARELI<sup>2</sup>  0000-0001-7810-0595

Luciane Miranda GUERRA<sup>1</sup>  0000-0002-7542-7717

Renato Pereira da SILVA<sup>3</sup>  0000-0003-3893-969X

Marília Jesus BATISTA<sup>1,4</sup>  0000-0002-0379-3742

### RESUMO

#### Objetivo

O estudo descreveu a percepção dos usuários hipertensos e diabéticos sobre atenção à saúde prestada em Unidades Básicas de Saúde.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Ciências da Saúde e Odontopediatria. Av. Limeira, n. 901, Bairro Areião, 13414-903, Piracicaba, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: MJ BATISTA. E-mail: <mariliajbatista@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Uberlândia, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Viçosa, Faculdade de Nutrição, Departamento de Nutrição e Saúde. Viçosa, MG, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdade de Medicina de Jundiá, Departamento de Saúde Coletiva. Jundiá, SP, Brasil.

Artigo elaborado a partir da dissertação de PNN CAMARGO, intitulada “Percepção de hipertensos e diabéticos sobre a atenção à saúde na atenção primária: uma análise qualitativa”. Universidade Estadual de Campinas; 2016.

Como citar este artigo/How to cite this article

Camargo PNN, Tenani CF, Bulgareli JV, Guerra LM, Silva RP, Batista MJ. Estudo qualitativo da percepção de usuários hipertensos e diabéticos sobre saúde na Atenção Primária. Rev Ciênc Med. 2021;30:e215047. <https://doi.org/10.24220/2318-0897v30e2021a5047>



### **Métodos**

Métodos básicos adotados: estudo qualitativo ocorreu no município de Itapeva (SP), no ano de 2015. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 usuários acima de 18, durante mês e uma análise temática para interpretação.

### **Resultados**

Foram identificados 2 eixos principais, a saber: 1) “Vivência do cuidado em Saúde” e 2) “Acessibilidade na atenção à Saúde”. No eixo 1, foram identificados subeixos: acolhimento, dificuldade de atendimento, agenda programada, atendimento a demanda espontânea, concentração nas especialidades médicas, acesso ao serviço de urgência. Já no eixo 2, os seguintes subeixos: dificuldade e facilidade de transporte do paciente ao serviço de urgência.

### **Conclusão**

No cenário estudado, os usuários que se sentiram acolhidos perceberam como resolutive a atenção. Esse cenário propõe que, nos espaços estudados, há limitações na execução de tarefas que são da competência da Atenção Primária à Saúde, e o modo como estão efetivando a atenção não favoreceu o entendimento correto do funcionamento da Atenção Primária à Saúde proposto pelo Ministério da Saúde. Priorizar a educação em saúde e o empoderamento do usuário perante sua condição crônica são estratégias possíveis, consolidando a clínica ampliada. A necessidade de continuar estudos que explorem a percepção dos usuários com relação à atenção à saúde é relevante para compreender as barreiras e pontos positivos do serviço, e assim auxiliar no seu planejamento estratégico de ações, programas e atividades destinados aos usuários com doenças crônicas não-transmissíveis.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Diabetes mellitus. Hipertensão. Pesquisa qualitativa.

## **A B S T R A C T**

### **Objective**

*The study describes the perceptions of hypertensive and diabetic users regarding the health care provided in Basic Health Units.*

### **Methods**

*The basic methods adopted were a qualitative study that took place in the city of Itapeva (SP) in 2015, semi-structured interviews that were conducted with 12 users older than 18 during the course of one month, and, finally, a thematic analysis for interpretation.*

### **Results**

*Two main axes were identified, namely: 1) Experience of health care and 2) Accessibility in health care. In the first axis, six sub-axes were identified: reception, difficulties in service, scheduled agenda, meeting spontaneous demand, concentration on medical specialties, access to emergency services. On the second axis, the sub-axes discussed were the difficulty and ease of transporting the patient to the emergency department.*

### **Conclusion**

*In the studied scenario, users who felt welcome perceived the attention received as resolving. This scenario suggests that there are limitations in the studied spaces as to the execution of tasks that are the competence of Primary Health Care and that the way that care is being provided has not favored the correct understanding of the functioning of Primary Health Care as proposed by the National Ministry of Health. Health education and user empowerment in the face of their chronic conditions are possible strategies consolidating the expanded clinic. There is a relevant need to further study and explore the users' perception of health care in order to understand the barriers and positive points of the service, and thus assist in their strategic planning of actions, programs, and activities aimed at users with chronic non-communicable diseases.*

**Keywords:** Health services accessibility. Primary health care. Diabetes mellitus. Hypertension. Qualitative research.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde no Brasil configura-se como estratégia organizacional da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de “(...) responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações curativas e preventivas, bem como atenção a indivíduos e comunidades” [1-3]. Assim, Atenção Primária à Saúde é um conjunto de funções que compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe [2].

Um dos desafios atuais da Atenção Primária à Saúde é o novo cenário de transição epidemiológica e demográfica [3]. A pirâmide etária brasileira passa por uma modificação em sua estrutura, caracterizada por uma rápida transição demográfica, refletindo no envelhecimento da população, crescente e predominando as doenças crônicas não-transmissíveis nos serviços de saúde, hoje também responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países [4]. Estão nesse grupo as doenças crônicas cardiovasculares, câncer, diabetes, doença mental e doenças respiratórias crônicas [5].

Em relação às doenças crônicas não-transmissíveis, dados da Organização Mundial da Saúde mostram que em 2016, 1.6 milhões (2.8%) de mortes foram relacionadas à diabetes, e, segundo o Ministério da Saúde, somente no Brasil, entre 2006 e 2016, houve um aumento de 60% no diagnóstico da doença [6,7]. Aponta-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no país apresenta prevalência variando entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, constituindo assim um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo [8].

A Atenção Primária à Saúde, como organizadora de entrada ao sistema de saúde, deve garantir a atenção integral ao usuário, pois, mesmo que ele necessite ser referenciado para níveis de maior complexidade, sempre será acompanhado pela equipe de Atenção Primária à Saúde [9]. O referencial teórico adotado para o presente estudo foi o conceito de Atenção Primária à Saúde de Bárbara Starfield [2], que a define como o meio de acesso fácil para a entrada do usuário ao sistema de serviços em saúde fornecendo atenção para todas as novas necessidades e problemas no decorrer do tempo. Segundo a autora, o acesso é importante para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, e as barreiras existentes consistem principalmente em não conseguir agendamento, horários incompatíveis ou a presença de profissionais para o atendimento [2].

Com isso, explorar a percepção dos usuários com relação à atenção à saúde é relevante para compreender as barreiras e pontos positivos do serviço; auxiliar no planejamento estratégico de pacientes com doenças crônicas não-transmissíveis que o utilizam de forma prolongada e necessitam aderir ao tratamento; estimular ações de prevenção e promoção da saúde para esses usuários. Realizar pesquisas que analisem, avaliem e interpretem as necessidades e demandas é essencial para identificar dificuldades e consequentemente construir propostas de atuação [10].

Ainda são escassos estudos qualitativos de percepção abordando a organização e a capacidade da rede de atenção à saúde em atender às necessidades dos portadores de doenças crônicas [11]. Com isso, este estudo teve como objetivo descrever a percepção dos usuários hipertensos e diabéticos sobre o atendimento na atenção à saúde prestada nas Unidades Básicas de Saúde.

## MÉTODOS

A fim de apreender a percepção dos usuários hipertensos e diabéticos sobre a atenção à saúde prestada na Atenção Primária à Saúde, foram realizadas entrevistas, que, de acordo com Minayo [12], é a “técnica privilegiada de comunicação”, pois permite identificar trajetórias, percepções e sentidos trazidos

pelos entrevistados acerca do tema de estudo. A pesquisa foi realizada no município de Itapeva, no estado de São Paulo. O município foi considerado o segundo do estado com maior extensão territorial, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,732, sendo considerado médio, com renda *per capita* de R\$630,48 [13]. O município possuía 23 Unidades Básicas de Saúde, apresentando modelos de atenção variados: Estratégia de Saúde da Família (ESF) com 42% de cobertura e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) com 20%. O município apresenta atualmente 62% de cobertura de ACS. Foram coletados dados no período de março de 2015, quando o município possuía cerca de 88.823 habitantes.

Fizeram parte do estudo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que utilizavam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ainda vigente na ocasião da pesquisa, implementado (visto que o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) estava no início de implantação no município) e posteriormente transferido para o e-SUS, o qual busca reestruturar e integrar as informações da Atenção Básica em nível nacional. A pesquisa buscou abordar usuários com doenças crônicas, tendo sido escolhidos os hipertensos e diabéticos. Os usuários deveriam residir na área de abrangência da UBS há pelo menos um ano, ser cadastrados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) como hipertenso e/ou diabético, frequentar regularmente a UBS e ter mais de 18 anos, fatos comprovados por meio do cadastro do ACS.

Previamente ao estudo, a pesquisadora já estava inserida nos locais de pesquisa, visto que há oito anos era enfermeira da Prefeitura Municipal de Itapeva, atuando em diferentes UBS e na coordenação das equipes do município. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os 12 usuários das 23 UBS, separando-as entre urbanas, rurais, ESF e EACS. Foram selecionadas as residências de acordo com o cadastro. O tamanho da amostra foi definido pela ferramenta conceitual saturação teórica utilizada em pesquisas qualitativas da área da saúde, a qual é usada no estabelecimento do tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes ao considerar que suas informações pouco acrescentariam à pesquisa [14].

Foi realizado um contato prévio com as equipes para agendamento da coleta de dados nas UBS, a fim de que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) acompanhasse a pesquisadora no território e residência dos usuários, contudo, o ACS não acompanhou a entrevista, para não interferir nas respostas dos usuários. No decorrer da coleta dos dados, quatro usuários não estavam em casa no momento da entrevista e um por motivos particulares recusou-se a participar da pesquisa.

Quanto à forma de coleta de dados, foi aplicado um roteiro semiestruturado com duas questões norteadoras: 1) "*Poderia me contar como faz para ser atendido quando o senhor(a) não tem consulta agendada?*". 2) "*Poderia me contar como foi atendido quando o(a) sr.(a) precisou dos serviços da UBS?*". Com a finalidade de familiarizar-se com o método e corrigir possíveis falhas, foi realizado um pré-teste (com dois usuários) no início da fase de coleta, permitindo concluir a compreensão e autenticidade das perguntas e respostas, não havendo necessidade de alteração do instrumento.

As entrevistas tiveram duração média de 15 a 20 minutos. As conversas foram gravadas e posteriormente transcritas. O sigilo e o anonimato foram garantidos a todos os participantes, bem como às equipes, que tiveram seus nomes substituídos por códigos de identificação, para facilitar as análises.

Para a análise dos discursos, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática de acordo com a trajetória de análise descrita por Minayo e Gomes [15], sendo organizado o processo do estudo qualitativo em três etapas: fase exploratória, trabalho de campo, análise e tratamento do material empírico e documental. Após a construção do referencial teórico e do trabalho de campo (coleta de dados), a análise consistiu da leitura exaustiva do material transcrito, com a finalidade de identificar um conjunto inicial de categorias, objetivando atingir níveis mais profundos, fluindo uma leitura compreensiva [15].

Os dados foram agrupados segundo os temas-destaques do texto. Na exploração do material, os textos das entrevistas foram distribuídos para encontrar núcleos de sentido, que posteriormente foram agrupados em eixos e subeixos, identificando os temas principais, que posteriormente foram distribuídos em quadros, e por último foi elaborada a redação final, visando a uma síntese interpretativa, entrelaçando um diálogo entre temas, objetivos, questionamentos do estudo e com o referencial teórico [15]. A execução do trabalho teve prévia aprovação do Comitê de Ética (CEP) com o n. 144/2014.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 12 indivíduos, sendo que 9 dos entrevistados eram mulheres, com faixa etária de 52 a 75 anos, aposentadas, morando em área urbana, portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis e usuárias de UBS, das 23 existentes no município na ocasião. Na análise temática das entrevistas, identificaram-se 2 eixos principais, a saber: “Vivência do cuidado em Saúde” e “Acessibilidade na atenção à Saúde”. No eixo Vivência do cuidado em Saúde, foram identificados subeixos: acolhimento, dificuldade de atendimento, agenda programada, atendimento a demanda espontânea, concentração nas especialidades médicas, acesso ao serviço de urgência. Já no eixo Acessibilidade na atenção à Saúde, os seguintes subeixos: dificuldade e facilidade de transporte do paciente ao serviço de urgência.

Entre os princípios que se destacam na orientação da reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, pode-se citar a ampliação do acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde. Nesse contexto o acesso está relacionado diretamente à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e demanda espontânea, procedimentos de enfermagem, exames, medicamentos, atividades coletivas, atendimentos em grupo, entre outros [16].

Os usuários, a partir de sua necessidade de acesso, aprendem determinadas “regras sociais” vigentes nos serviços de saúde e constroem diversas estratégias que visam a abrir-lhe as portas do sistema, como, por exemplo, a procura por prontos-socorros e hospitais, relatando apresentar maior resolutividade [17].

É impossível abordar o acesso sem correlacioná-lo com acolhimento, pois é considerada uma importante ferramenta que amplia e facilita o acesso nos serviços de saúde [18]. No contexto do acolhimento, um grande nó crítico ainda é a demanda espontânea, condizendo com a necessidade momentânea do usuário, que pode ser desde uma informação, uma condição aguda, a agudização de uma condição crônica, uma urgência ou uma emergência, e se refere aos atendimentos não programados na UBS [16]. Foram encontrados no estudo alguns usuários que relataram dificuldade para serem atendidos na Unidade Básica de Saúde, quando não agendados, os motivos são diversificados, como a demora do agendamento: “[...] *porque tá muito difícil o postinho ali, eles marcam muito longe [...]*” (U8). Outro usuário comentou sua dificuldade devida a intercorrência acontecida com a equipe de saúde local: “*Quando a gente não tem agendado lá, e às vezes o médico não vem... da vez passada que fomo lá, esperamos, esperamos, não veio o médico, daí no outro dia careceu e não tinha médico no outro dia também [...]*” (U4).

A organização por ordem de chegada bem como o número estipulado de consultas diárias são problemas comuns enfrentados no dia a dia das equipes de saúde, e muitas vezes acabam contrariando o princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada [18].

Na fala a seguir, o usuário expõe a dificuldade para ser atendido: “*Eu aguardo vaga, né, e na maioria das vezes não consigo [...]*” (U9).

No relato seguinte, além da dificuldade de atendimento na UBS, percebe-se que o entrevistado não está satisfeito com o atendimento da equipe: “*Aí não atende ninguém, aí não atende a gente, não... Pode*

*contar pra eles, que não adianta nada, eu posso contar pra eles lá que tá sofrendo, não adianta, se não tiver consulta marcada” (U3).*

O acolhimento envolve uma postura ética e de cuidado, interesse, um tratamento empático e respeitoso ao usuário e ao mesmo momento avaliação de risco, vulnerabilidade, elencando prioridades chegada, fazendo com que possa ser garantido um acesso com equidade [18,19].

O cuidado continuado/programado faz-se necessário ao portador de doença crônica, buscando benefícios em seu estado de saúde, envolvendo equipe com a corresponsabilização pelas pessoas de seu território, no estudo nota-se positivamente esse tipo de agenda [18]: *“No Posto é tudo agendado... é normal, é igual nos outros, eu converso lá e eles atendem na hora, tem a espera, tem a posição de chegada, se eu chego primeiro, sou atendido primeiro, se chego terceiro... sempre sou atendido” (U10). “[...] eles marcam, pra daí passar [...]” (U2).*

O paciente a seguir relatou facilidade de agendamento para seu cuidado continuado, com resolutividade: *“[...] eu agendei com o médico, agendaram pertinho, um diazinhos daí já passei e ele aumentou a medicação [...]” (U12).*

Alguns usuários também deixaram explícito explícita nas falas a facilidade de agendamento, preferindo ter um dia agendado para realizarem os cuidados da sua condição crônica: *“ [...] eu vou, eu conto pra eles e marco o dia que é pra mim ir lá passar, aí eu passo” (U5). “[...] pra mim, quando eu quero a consulta, eu vou e marco, daí eles agendam para mim, aí e já tenho o dia para ir” (U6).*

O usuário, em sua fala, além do cuidado continuado, demonstra acesso ao cuidado demandado por sua condição crônica: *“No posto eu vou mais pra medir pressão, no dia que tá marcado, né, se eu quero passar no médico, eu vou lá e marco [...]” (U11).*

Percebe-se nos relatos dos usuários que algumas equipes de saúde conseguem atender a demanda espontânea: *“Eu falo que tô sentindo muita dor de cabeça, dor na nuca, daí eles veem a pressão tá alta, daí eu falo que eu queria passar no médico, daí eu passo, não tem dificuldade, não tenho queixa” (U12).*

Garantir essa flexibilidade na agenda da Atenção Primária à Saúde, conseguindo acolher a demanda espontânea implica responder à necessidade atual e organizar o acompanhamento da condição crônica do usuário, revendo o plano de acompanhamento e, de acordo com riscos e vulnerabilidade, traçando a periodicidade de contato com a equipe de saúde, sendo que o episódio pode servir de alerta para a possibilidade da não utilização das medicações prescritas, ou tratamento não adequado [16].

A seguir o portador de doença crônica descreve que vai aguardar vaga para tentar ser atendido: *“Quando eu não tenho assim... consulta agendada, tem que aguardar vaga, né? A gente vai de manhã cedo lá, e daí elas veem se sobra alguma vaga pra poder a gente passar com o médico” (U6).*

A agudização das condições crônicas, na maioria dos casos, pode ser entendida como uma falha no sistema de atenção às condições crônicas, especialmente na Atenção Primária à Saúde, e envolve melhoria na atenção programática do portador de doença crônica. Um sistema de saúde fortemente centrado na atenção a demanda espontânea é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas; sistemas fragmentados de atenção à saúde apresentam uma relação desequilibrada entre a atenção a demanda espontânea e a programada, privilegiando a primeira [3].

A atenção a demanda espontânea concentra-se na queixa-conduta e geralmente termina sem a necessidade de uma nova consulta clínica, diferente do atendimento programado, no qual o usuário já sai com o próximo atendimento agendado, podendo ser individual ou em grupos de profissionais, e deve ser realizado como previsto nas diretrizes clínicas baseadas em evidências e de acordo com os estratos de riscos de

um portador de doença crônica, definindo o tipo de atendimento, quem faz e qual frequência, organizando um plano de cuidado da equipe com o usuário, reformulando quando necessário [3].

A demanda programada no cuidado do portador de doença crônica, com a realização de planos de cuidados, acaba sendo postergada em decorrência das demandas atuais da Atenção Primária à Saúde. As metas, inúmeras campanhas, demandas, risco de epidemias atuais, informatização e toda a efetuação burocrática, as relações verticais ainda existentes, somadas a recursos humanos insuficientes, acabam por tirar o foco desses atendimentos e priorizar a resolução das agudizações e demandas momentâneas [16,20].

Quando são citados planos de cuidados e diretrizes clínicas baseadas em evidências, correlacionam-se estes com a importância da educação permanente para as equipes da assistência. Gestores sensibilizados a essa necessidade tornam-se essenciais na qualidade da atenção prestada a esses usuários [16].

Em outra fala, percebe-se a insatisfação do usuário quanto aos cuidados prestados pela UBS. Embora ele tenha sido atendido, a visão de atendimento do usuário está vinculada somente à consulta médica, não valorizando as ações da equipe em seu acolhimento: *"Pois é, ali eles sinceramente não faz nada pra a gente, faz nada, então mede a pressão, faz o teste de diabetes e é rápido que você vai ter que ser encaminhado para a cidade, mas eles não levam [...]"* (U4).

Em outra fala, a usuária, pertencente à área rural, mostra-se satisfeita com o atendimento e acolhimento recebido na UBS: *"[...] fui bem atendida, sim, cheguei lá, eles mediram tudo, a pressão, a diabetes, tava tudo alta, me encaminharam pra Itapeva, até ela me deu uma folha de encaminhamento e já fui lá, cheguei lá, fui bem atendida [...]"* (U1).

O estudo de Turrini *et al.* [21] corrobora os resultados encontrados, pois relata que os critérios que o usuário usa para definir a qualidade do serviço são desconhecidos, uma vez que se trata de uma visão particular desse usuário, sendo difícil identificar o que significa para ele um serviço ser capaz de resolver seu problema de saúde. Assim, enquanto o mesmo serviço é percebido como resolutivo e acolhedor para um, pode apresentar outra percepção para outro.

Salienta-se também que a humanização e acolhimento começam pela forma como os trabalhadores do SUS se sentem no ambiente de trabalho, como são reconhecidos pelos gestores e sistema de saúde local, e se há resolutividade neste. Participar como cogestores de seu processo de trabalho, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional, com equipes valorizadas, recursos humanos adequados para as diversas burocracias que envolvem o serviço de atenção primária, é imprescindível para humanizar o atendimento e realizar um trabalho de modo digno e criador de novas ações, caso contrário, a equipe torna-se cada vez mais mecanizada, diminuindo a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades [20].

A Atenção Primária à Saúde orienta-se por eixos estruturantes; na literatura internacional são classificados como atributos exclusivos da atenção primária: primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação; e atributos derivativos: centralização na família, orientação para a comunidade e adequação cultural [2]. Cabe à Atenção Primária à Saúde ser resolutiva, identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, tanto no individual como no coletivo, por meio da clínica ampliada, sendo capaz de construir vínculos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, buscando a autonomia dos sujeitos e grupos sociais. Nas ESF a coordenação do cuidado pode ser buscada com a elaboração e acompanhamento de projeto terapêutico singular, para que seja criada uma relação de horizontalidade no cuidado, sendo a Atenção Primária à Saúde o centro da comunicação entre os diversos pontos de atenção [9].

Os serviços de urgências são apoios para a Atenção Primária à Saúde, uma iniciativa de destaque para facilitar o acesso são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), porém, precisam estar integradas aos cuidados



crônicos fornecidos pelas UBS, para que não se torne uma segunda porta de entrada para a Atenção Primária à Saúde, sendo um modelo inadequado para o cuidado aos portadores de doenças crônicas [4].

Algumas falas dos usuários também deixam explícito o acesso ao serviço de urgência: *“Eu vou no Pronto Socorro... se eu ver que eu tô mal eu vou lá no UPA”* (U7). *“Às vezes eu vou aguardar vaga, aí quando não tem aí eu vou lá em cima (UPA)”* (U12).

A realidade percebida nesta fala a seguir é que observam-se problemas na adequação de equipes, prontas a prestar cuidados quando necessário, e o usuário nesse caso acaba indo ao pronto atendimento como única opção: *“Quando a gente não tem agendado lá, e às vezes o médico não vem, aí tem que ir em Itapeva, no UPA [...]”* (U4).

Para Mendes [3] a organização dos serviços de Urgência e Emergência foi pensada nacional e internacionalmente com um hospital e um sistema de logística para que a pessoa pudesse chegar ao hospital mais próximo no menor tempo possível, porém esse pensamento hospitalocêntrico não considerou a Atenção Primária à Saúde como um ponto crucial nas urgências menores. Dessa forma, as ESF são um ponto fundamental nessa rede, tornando-se condição para organizar a Rede de Urgência e Emergência. Quando isso não ocorre, continuam as longas filas e macas nos corredores de hospitais.

Percebe-se, nos relatos a seguir, que o usuário procura o acesso à sua demanda de saúde nesses serviços: *“Aí vou no hospital [...]”* (U8). *“[...] vou ali na Santa Casa ou na UPA”* (U11).

Classificar o risco nas unidades de Atendimento Primário favorece a eficácia ao atendimento das condições e eventos agudos e que, a partir do risco definido, seja estabelecido o tempo-resposta e o local adequado do atendimento, que poderá ser um hospital, UPA ou a ESF [3].

Quando os profissionais do primeiro nível de atenção estiverem capacitados e orientados sobre essa questão, a tendência será de mudar esses indicadores e de se investir na promoção e prevenção desses agravos, garantindo que o sistema de saúde seja capaz de diagnosticar prontamente, tratar e cuidar de pessoas com doenças crônicas, diminuindo a evasão desses pacientes aos demais níveis de atenção. Caso contrário haverá uma inversão de papéis, e os serviços secundários sempre serão a primeira opção do usuário, de modo que os gestores valorizarão cada vez mais esse serviço, havendo investimentos e gastos em um serviço que seria para outras demandas. Na fala da usuária U1, também se percebe que houve acolhimento e seguimento do usuário ao atendimento adequado, demonstrando satisfação com a atenção dispensada.

As UPAs são procuradas por atendimentos não urgentes do ponto de vista biomédico, passíveis de resoluções na Atenção Primária à Saúde, e estão se tornando uma alternativa assistencial à população. A escolha da população de procurar atendimento em uma UPA, ao invés da UBS, demonstra que essa população não está esclarecida o suficiente sobre a organização em rede do atendimento às urgências, sendo essa decisão permeada por aspectos subjetivos e/ou experiências prévias em relação à utilização desses serviços [22].

No mesmo estudo, Santos *et al.* [22] ainda ressaltam que as doenças crônicas não-transmissíveis aparecem como umas das principais razões de procura por atendimento nas UPA citadas pelos entrevistados. Isso demonstra que o usuário ainda necessita de muita educação em saúde no que diz respeito ao empoderamento de seu estado de saúde, com apoio ao autocuidado, e aceitação de sua doença crônica com vistas a um cuidado contínuo, garantindo a autonomia perante sua condição de saúde, modificações em seus hábitos e maior qualidade de vida [16]. Outro ponto a ser ressaltado é a importância do vínculo com o profissional e equipe de referência, o qual, uma vez construído, contribui na orientação do usuário na procura da atenção básica, quando necessário, ainda que não esteja programada a consulta. Além disso, o vínculo aumenta a possibilidade de adesão ao tratamento, o que resulta em maior controle das condições de saúde [20].



Corrêa *et al.* [23], em estudo realizado, ressaltam um problema comum a várias unidades de Atenção Primária à Saúde frente ao processo de consolidação desta. Os autores enfocam que há necessidade de reavaliação dos processos internos para otimizar sua organização, rede de serviços do município e a proposta ministerial, pois, para seus usuários, caracteriza-se como demora no atendimento, absenteísmo e baixa capacidade resolutive, fatores que os levam a não retornarem à unidade e buscar a solução na atenção secundária, sendo esta a porta de entrada preferencial para a resolução de suas necessidades.

O município de Itapeva tem como característica grande extensão territorial. Os bairros em sua maioria possuem UBS, porém as equipes não possuem meios próprios para transporte dos pacientes. Assim surgiu relato sobre a dificuldade de transporte do paciente ao serviço de urgência: “ [...] *você vai ter que ser encaminhado pra a cidade, mas eles não levam [...]*” (U4).

Silva Junior *et al.* [24] afirmam que avaliar o processo de trabalho das equipes, principalmente a acessibilidade geográfica, é imprescindível para avançar na consolidação do SUS, apoiando a gestão municipal no planejamento da ampliação de cobertura da estratégia ESF nos próximos anos e na reorganização dos serviços de saúde em nível local. A U4 é usuária de uma ESF na área rural, que apresenta distância da área urbana e acessibilidade mais difícil às UPA.

Em contrapartida, as falas referem facilidade de transporte do paciente ao serviço de urgência em outras regiões da cidade ou em outras UBSs, de área urbana, onde o serviço móvel realizou os atendimentos e encaminhamento do paciente: “[...] *já viram que a minha pressão tava alta, já chamaram a ambulância e já me levaram lá [...]*” (U11). A paciente deixa explícito que foi contatado o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) para transporte do usuário, visto que no acolhimento demandava a necessidade desse transporte como suporte necessário, não podendo o usuário ir por meios próprios.

Nas dificuldades elencadas acima anteriormente, ter a visão do território como dinâmico com relações e expressões do processo saúde-doença faz a necessidade de revisar o desenho da territorialização com efeito a uma melhor organização da assistência, fazendo-a de acordo com as necessidades de saúde da população [24].

Outro desafio que a Atenção Primária à Saúde encontra é a desmistificação do modelo biomédico fragmentado, observado neste estudo, pois se encontrou um subeixo em que se teve a percepção do usuário centrada na especialidade: “[...] *a gente pede alguma coisa pra ele encaminhar, ele refuga, não quer encaminhar e não encaminha memo, não sei por quê, outro dia falei pra ele encaminhar eu co médico de tireoide, que eu tenho, eu pedi pra ele, ele falou ‘eu também sou médico’ e não quis fazer o encaminhamento*” (U8).

O usuário, ao dizer isso, entende como se o profissional estivesse negando sua solicitação, não considerando que esse profissional pode estar realizando o atendimento necessário para sua condição de saúde. É provável que o paciente pense dessa forma por entender que sua solicitação não foi atendida.

Oliveira *et al.* [17] enfatizam que a insuficiência de recursos tecnológicos e a inexistência de especialista nas UBS, associadas à percepção do usuário sobre a importância desses recursos na obtenção de alívio para o seu sofrimento, são componentes significativos na desvalorização por esse usuário do cuidado em saúde a ser recebido no nível primário, ficando as UBS com imagem de “Postinho” ou “quebra-galho”, e na percepção dos usuários prevalece a visão limitada de resolver os problemas demandados, com grande limitação de recursos humanos e materiais, além das barreiras de acesso.

Se os gestores dos sistemas desejam que a Atenção Primária à Saúde, além de realizar ações de promoção e prevenção, ainda consiga atender à demanda espontânea de seu território, terão que ter o usuário como foco de suas reais preocupações e se empenhar para garantir a resolutividade dessa Atenção Primária à Saúde. É importante resgatar a imagem de credibilidade do nível primário de atenção, tornando

as condições de acesso e acolhimento mais favoráveis, evidenciando a sua confiabilidade, e, como desejável, fazer com que o usuário se aproxime de sua UBS de referência territorial, não sendo de uma forma imposta e necessariamente espontânea [17].

No presente estudo, a partir das percepções dos usuários portadores de doenças crônicas, constatou-se que há uma necessidade de reavaliação dos espaços pesquisados, seus princípios e efetividade. Os usuários são os receptores diretos desse cuidado, que é percebido como acolhedor, resolutivo, fornecedor de acesso e acessibilidade, por alguns usuários, enquanto outros percebem ainda necessidade de acesso, principalmente pela falta do acolhimento. A reorganização da Atenção Primária, fortalecendo seus princípios de integralidade e longitudinalidade, além da coordenação do cuidado, poderia colaborar com a ampliação do acesso, diminuição das filas, e uma maior resolutividade baseada no acolhimento com equidade [20].

A assistência ao portador de doença crônica, no aspecto do seguimento e adesão ao tratamento, foi um dos problemas encontrados observando a organização do serviço. Por isso, conhecer a percepção do usuário nesse contexto pode elucidar questões importantes para o planejamento das ações em saúde.

Esse cenário propõe que, nos espaços estudados, há limitações na execução de tarefas que são da competência da Atenção Primária à Saúde, e o modo como estão efetivando a atenção não favoreceu o entendimento correto do funcionamento da Atenção Primária à Saúde proposto pelo Ministério da Saúde. Priorizar a educação em saúde e o empoderamento do usuário perante sua condição crônica são estratégias possíveis, consolidando a clínica ampliada. A necessidade de continuar estudos que explorem a percepção dos usuários com relação à atenção à saúde é relevante para compreender as barreiras e pontos positivos do serviço, e assim auxiliar no seu planejamento estratégico de ações, programas e atividades destinados aos usuários com doenças crônicas não-transmissíveis.

## CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo evidenciam que a percepção dos usuários entrevistados sobre as UBS que frequentam está relacionada a fatores de acesso e acessibilidade. As visões de acesso relatadas conectam-se com a presença e a ausência de acolhimento; dificuldade de atendimento; necessidade de agendamento prévio; atendimento a demanda espontânea e com cuidado em saúde centrado nas especialidades médicas. A percepção de acessibilidade captada no estudo restringe-se a facilidade e dificuldade de transporte ao serviço de urgência.

## COLABORADORES

PNN CAMARGO e MJ BATISTA colaboraram na concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo. CF TENANI, JV BULGARELI, LM GUERRA e RP SILVA colaboraram na análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

## REFERÊNCIAS

1. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2009 [citado 17 set 2018] Disponível em: [http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao\\_Primaria\\_a\\_Saude\\_-\\_recortado.pdf](http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf)
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

3. 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 da Saúde; 2012. 512 p.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011[citado 2 mar 2016];377(9781):1949-1. Disponível em: [http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal\\_lancet2011.pdf](http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf)
5. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. World Health Organization. The top 10 causes of death. Geneva: Organization; 2018 [cited 2018 Jun 29]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
7. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: Organization; 2016 [cited 2016 Dec 17]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257eng.pdf?ua=1>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério; 2013.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério; 2012.
10. 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 Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):48-55. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100006>
11. Medeiros CGM. Redes de atenção a saúde: o dilema dos pequenos municípios [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400030>
13. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil dos municípios paulistas: Itapeva. São Paulo: Fundação; 2015 [citado 29 out 2015]. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/>
14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
15. Minayo CS, Gomes SFDR. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 32a. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério; 2014.
17. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1929-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500035>
18. Ministério da Saúde (Brasil). Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério; 2011.
19. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3615-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>
20. Ministério da Saúde (Brasil). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a. ed. Brasília: Ministério; 2010.
21. Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública*. 2008 ;24(3):663-74. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>
22. Santos JLG, Pestana AL, Higashi GDC, Oliveira RJT, Cassetari SSR, Erdmann AL. Contexto organizacional e gerência do cuidado pelos enfermeiros em unidades de pronto atendimento. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(4):58-64. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45221>
23. Corrêa ACP, Ferreira F, Cruz GSP, Pedrosa ICF. Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(3):451-7. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300003>
24. Silva Júnior ES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilasbôas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(1):49-60. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005>

Recebido: 30 julho 2020  
Versão final: 17 novembro 2020  
Aprovado: 19 novembro 2020