

# Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal

*Evaluation of quality of the family health strategy in the Federal District*

*La evaluación de la calidad de la Estrategia Salud de la Familia en Distrito Federal, Brasil*

**Helena Eri Shimizu<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5612-5695

**Maíra Catharina Ramos<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-3829-975X

<sup>1</sup>Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil.

<sup>II</sup>Hospital Israelita Albert Einstein

## Como citar este artigo:

Shimizu HE, Ramos MC. Evaluation of quality of the family health strategy in the Federal District. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):367-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0130>

## Autor Correspondente:

Helena Eri Shimizu  
E-mail: [shimizu@unb.br](mailto:shimizu@unb.br)



**Submissão:** 15-03-2018    **Aprovação:** 18-08-2018

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) participantes do no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Distrito Federal (DF) na perspectiva dos usuários. **Métodos:** Pesquisa avaliativa realizada em 25 unidades básicas do Distrito Federal por meio do questionário validado que avalia as dimensões: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviço, coordenação, enfoque familiar, orientação comunitária e profissionais de saúde. **Resultados:** Foram melhores avaliadas as dimensões sobre oferta de serviços, qualificação dos profissionais, qualidade da relação profissional e usuário e a continuidade do atendimento, enquanto as piores foram o enfoque familiar, enfoque comunitário e o acesso. Observou-se que o acesso à ESF está comprometido, além de ter dificuldade de se configurar como porta de entrada principal para o sistema de saúde do DF. **Conclusão:** Os usuários do DF, quando conseguem acessar o sistema local, conseguem usufruir de diversos serviços, entretanto, o acesso ainda é uma barreira, sobretudo porque o próprio sistema não está preparado para atender as necessidades/preferências dos usuários. As dimensões concernentes ao enfoque familiar e à orientação para a comunidade são precárias, o que revela a necessidade de reflexão sobre o modelo de cuidado adotado no Distrito Federal. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Pesquisa em Sistemas de Saúde Pública; Serviços de Saúde Comunitária; Inquéritos e Questionários.

## ABSTRACT

**Aim:** To evaluate quality of the Family Health Strategy (FHS) in the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care in the Federal District (FD) from the perspective of users. **Methods:** Evaluative research carried out in 25 basic health units of the Federal District through a validated questionnaire assessing the following dimensions: access, gateway, bond, service range, coordination, family focus, community orientation, and health professionals. **Results:** Service provision, qualification of professionals, quality of professional-user relationship, and continuity of care were the best evaluated dimensions, while family approach, community approach, and access were the worst. Access to the FHS was found to be compromised, besides failing to establish itself as gateway to the FD health system. **Conclusion:** When they can access the local system, FD users do enjoy several services, but access is still a barrier, mainly because the very system is not prepared to meet users' needs/preferences. The dimensions regarding family focus and community orientation are precarious, which reveals the need for reflection on the care model adopted in the Federal District. **Descriptors:** Primary Health Care; Health Services Research; Public Health Systems Research; Community Health Services; Surveys and Questionnaires.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de participantes en el Programa Nacional de Mejora del Acceso y la Calidad de la Atención Primaria del Distrito Federal (DF), desde la perspectiva de los usuarios. **Métodos:** Estudio de evaluación del cual participaron 25 unidades básicas del Distrito Federal mediante un cuestionario validado, que evaluó las siguientes dimensiones: acceso, vía de acceso, vínculo, equipo de servicio, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria y profesionales de salud. **Resultados:** Las dimensiones mejor evaluadas fueron las sobre la oferta de servicios, la calificación de los profesionales, la calidad de la relación profesional y el usuario y la continuidad de la asistencia, mientras que el enfoque familiar, el enfoque comunitario y el acceso fueron las peores evaluadas. Se observó que el acceso a la ESF está comprometido, además de tener dificultades para configurarse como vía de acceso principal al sistema de salud del DF. **Conclusión:** Los usuarios en el DF, cuando logran acceder al sistema local, pueden obtener diversos servicios, sin embargo, el acceso sigue siendo una barrera, sobre todo porque el propio sistema no está preparado para atender a sus necesidades/preferencias. Las dimensiones con respecto al enfoque familiar y la orientación hacia la comunidad son precarias, lo que revela la necesidad de reflexionar sobre el modelo de la asistencia ofertada en el Distrito Federal. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud; Investigación en Servicios de Salud; Investigación en Sistemas de Salud Pública; Servicios de Salud Comunitaria; Encuestas y Cuestionarios.

## INTRODUÇÃO

Os países que adotaram a Atenção Primária à Saúde (APS) como base para coordenação do sistema de saúde vêm logrando sucesso na qualidade dos serviços prestados à população e com gastos mais reduzidos. No Brasil, desde a criação do SUS, investe-se na APS, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) para indução na transformação no modelo de atenção à saúde.

Nesse sentido, estudos têm evidenciado avanços na ESF no que se refere à redução da mortalidade infantil por diarreia<sup>(1-2)</sup>, doenças respiratórias<sup>(3)</sup> e desnutrição<sup>(4)</sup>, e ainda diminuição das hospitalizações por causas sensíveis e doenças crônicas<sup>(5-6)</sup>, além da ampliação da cobertura vacinal<sup>(7)</sup>, o que aponta que a sua consolidação está relacionada à melhoria dos seus processos assistenciais e à sua integração à rede de atenção à saúde<sup>(8)</sup>.

No Distrito Federal, em 2014, a cobertura populacional estimada em relação à ESF era de apenas 28,9%<sup>(8)</sup>. A secretaria de saúde reconhece que os modelos assistenciais, mesmo com oferta de serviços de alto grau de densidade organizada, não vêm sendo capazes de responder as demandas de saúde da população brasiliense. Nessa perspectiva, o Programa Brasília Saudável prevê o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF, por meio da expansão das ESF além da reestruturação e ampliação da APS como porta de acesso principal ordenando as redes de atenção à saúde<sup>(9)</sup>.

A despeito das melhorias das condições de saúde promovidas pela ampliação da cobertura da ESF, a qualidade dos serviços prestados à população, assim como a sua capacidade para reorganização do sistema são desafios a serem alcançados, haja vista a fragilidade da APS para firmar-se como organizadora da rede de atenção à saúde.

Para tanto, Starfield aponta que a APS possui atributos essenciais, os quais promovem qualidade aos serviços e melhoram a sua capacidade de interação com os usuários e com as comunidades<sup>(10)</sup>. São eles: o acesso de primeiro contato e o acesso sempre que o usuário necessitar; a longitudinalidade, que diz respeito à relação contínua do usuário com forte confiança no serviço; a coordenação que compreende a articulação e integração de ações e serviços; a integralidade que se refere a todas as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação ofertadas pelo sistema de saúde. O enfoque familiar, que se refere às informações acerca dos fatores familiares atinentes ao processo saúde-doença-adoecimento e a importância da família como sujeito da atenção; a orientação comunitária diz respeito à relevância da saúde da comunidade e a competência cultural, que significa compreensão das especificidades culturais da comunidade atendida<sup>(10)</sup>.

Nessa perspectiva, a avaliação desses atributos destaca-se como uma importante ferramenta de gestão que serve, tanto para mensurar como a política está alcançando os resultados esperados, quanto para orientar o aperfeiçoamento de uma intervenção em curso<sup>(11)</sup>. Destarte, a percepção do usuário é importante para produzir informações sobre os serviços prestados relevantes para a tomada de decisão.

Tendo em vista esses desafios, as recentes diretrizes do Ministério da Saúde em convergência com o processo de implementação da Política Nacional de Atenção Básica<sup>(12)</sup> criaram por meio da portaria nº 1654/2011<sup>(13)</sup>, que foi revogada pela portaria nº1645/2015<sup>(14)</sup>,

o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo principal objetivo é induzir os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados aos usuários do território. O Programa é considerado uma estratégia de afirmação da APS como uma porta de entrada acolhedora e resolutiva para o Sistema Único de Saúde<sup>(15)</sup>.

As avaliações centradas na perspectiva do usuário têm constituído um campo importante na avaliação de serviços e de sistemas, uma vez que o usuário é o principal ator envolvido nos sistemas de saúde e sua percepção é altamente sensível às mudanças nos modelos de gestão e atenção à saúde<sup>(16)</sup>. Não apenas, saber como o usuário avalia o serviço de saúde é fundamental para aperfeiçoar as ações e serviços a serem desenvolvidos, além de envolver o usuário no processo de gestão, tornando-os sujeitos do processo<sup>(16)</sup>.

## OBJETIVO

Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família cadastradas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica do Distrito Federal, a partir da percepção dos usuários a respeito das dimensões relacionadas: à organização dos serviços: acessibilidade, porta de entrada, coordenação, elenco de serviços e orientação para a comunidade assim como as dimensões concernentes a prestação de cuidados: vínculos profissionais e enfoque familiar.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes, de acordo com a Resolução nº 466/12.

### Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa, que está voltada para o julgamento de valor das práticas sociais, especialmente das que resultam de uma ação social planejada, como por exemplo, as políticas, programas e serviços de saúde<sup>(17)</sup>.

### Local do estudo

O estudo foi realizado junto às equipes de Estratégia Saúde da Família do Distrito Federal que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Essas unidades atendiam 55.681 usuários.

### Fonte de dados

Para cálculo do tamanho amostral, considerou-se a divisão proporcional de usuários das áreas rural e urbana, que totalizaram 382 usuários. O erro amostral adotado foi de 5% e nível de confiança de 95%.

Incluíram-se usuários que frequentavam regularmente a unidade da ESF há mais de três meses e que possuíam mais de

18 anos de idade, e excluíram-se aqueles que apresentavam condições físicas e mentais afetadas.

A unidade de análise contemplou 353 usuários das 25 unidades básicas de saúde das dez Regiões Administrativas do Distrito Federal, utilizou-se critério de conveniência, considerando-se a aceitação para participação no estudo. Três Unidades se recusaram a participar do estudo, que acarretou na perda de 29 usuários.

### Coleta e organização dos dados

Foi utilizado um questionário validado<sup>(18)</sup> Primary Care Assessment Tool (PCATool) que é composto por 87 perguntas, associadas às seguintes dimensões: 1) Acessibilidade: horários e dias de atendimento, facilidade de se consultar e obter medicamentos e o quanto a população percebe a convivência dos aspectos do acesso; 2) Porta de entrada: uso de serviços preventivos de consulta médica e atendimento de emergência; 3) Vínculo: qualidade das relações entre profissionais de saúde e população; 4) Elenco de serviços: tipos de serviços de atenção primária oferecidos pelas unidades; 5) Coordenação: articulação de ações que garantam a qualidade na continuidade do atendimento pelos profissionais dos serviços e para consultas referenciadas a especialistas; 6) Enfoque familiar: consideração da família e do ambiente familiar nas consultas de serviço; 7) Orientação para a comunidade: quanto ao serviço considera o contexto social das necessidades de saúde da população no planejamento de suas ações; 8) Profissionais de saúde: qualificação dos profissionais de saúde do serviço.

### Análise dos dados

Os participantes do estudo responderam um questionário com escala do tipo *likert*, portanto foram orientados em relação aos diferentes significados numéricos e opções das respostas, sendo: (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; e sempre = 5). Foi atribuído o valor zero ao pior desempenho e cinco ao melhor desempenho, e pela média aritmética simples obteve-se o escore para cada dimensão avaliada, sendo uma escala de 0 a 5. Com este escore foi possível a avaliação de cada atributo da atenção básica pela vivência dos usuários do serviço. Para a análise dos dados utilizou-se o programa Stata versão 12.0 e o software Excel 2013.

## RESULTADOS

Do perfil dos usuários, demonstra-se na Tabela 1 que houve predomínio das mulheres, com nível de escolaridade mediano, com baixa renda familiar até quatro salários mínimos, com emprego familiar não remunerado ou desempregado.

Das oito dimensões da atenção básica, verifica-se na Tabela 2, que das relacionadas à organização dos serviços: acesso (2,17), orientação para a comunidade (2,18) foram as piores avaliadas. E as dimensões elenco de serviços (4,99), coordenação (3,92) e porta de entrada (3,35) foram as melhores avaliadas.

Pode ser observado, ainda na Tabela 2, que as dimensões concernentes à prestação de cuidados: profissionais (3,99) e vínculo (3,98) foram bem avaliadas, contudo o enfoque familiar (2,64) foi avaliado negativamente.

**Tabela 1** – Caracterização dos usuários entrevistados, por unidade urbana e rural, Distrito Federal, Brasil, 2014

Variável	Localização da Unidade	
	Urbana (%)	Rural (%)
Idade		
Menores de 20 anos	3,3	2,1
De 20 a 39 anos	44,3	43,8
De 40 a 59 anos	44,3	34,7
De 60 a 79 anos	6,6	19
80 anos ou mais	1,6	0,4
Sexo		
Masculino	18	23,1
Feminino	82	76,9
Escolaridade		
Fundamental incompleto	24,6	22,3
Fundamental completo	13,1	9,5
Médio incompleto	21,3	14,9
Médio completo	31,2	34,3
Superior incompleto	4,9	4,6
Superior completo	1,6	7
Pós-graduação	-	1,2
Sem escolaridade	3,3	6,2
Renda		
Até um salário mínimo	42,6	45
De dois a quatro salários mínimos	47,5	42,2
Mais de cinco salários mínimos	8,2	12,8
Ocupação		
Servidor público	1,6	4,6
Empregado assalariado com carteira assinada	9,8	28,9
Empregado assalariado sem carteira assinada	9,8	7
Empregado familiar não remunerado	14,8	24,4
Conta própria/autônomo com estabelecimento	6,6	3,3
Conta própria/autônomo sem estabelecimento	3,3	6,6
Empregador com funcionários fixos	1,6	0,4
Desempregado	18	11,2
Aposentado	6,6	8,3
Pensionista	3,3	2,5
Outro	23	2,9
Tempo que frequenta a unidade		
Entre três e 11 meses	26,2	16,9
De um a quatro anos	32,8	23,6
De cinco a 10 anos	23	18,2
Mais de 10 anos	18	41,3

Na dimensão acesso, três elementos obtiveram escore abaixo de um, sendo eles funcionamento aos fins de semana, funcionamento após as 18h pelo menos um dia da semana e a existência de um telefone para marcar consultas ou pedir informações enquanto a unidade de saúde está fechada. Quando perguntado sobre tempo de espera maior de 30 minutos para atendimento, o escore obtido foi de 4,19, indicando que, em geral, a população entrevistada sempre espera mais de meia hora para atendimento (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta os elementos avaliados da dimensão elenco de serviços. As que obtiveram melhores escores foram o controle pré-natal (4,93), atendimento para adultos (4,89) e atendimento aos idosos (4,88). Na mesma dimensão, atenção à violência (1,81), educação sobre acidentes domésticos (2,00) e problemas de saúde mental (2,37) foram as piores ações avaliadas pelos usuários.

**Tabela 2** – Escores atribuídos pelos usuários segundo dimensões da Atenção Básica, Distrito Federal, Brasil, 2014

RA	Escore atribuído [IC 95%]							
	Acesso	Porta de Entrada	Vínculo	Elenco de Serviço	Coordenação	Enfoque Familiar	Orientação Comunitária	Profissionais de Saúde
Areal	1,73 [1,38-2,08]	3,20 [2,60-3,80]	4,51 [4,28-4,74]	4,59 [4,42-4,75]	4,27 [3,93-4,60]	5	3,06 [2,51-3,60]	4,31 [3,99-4,61]
Brazlândia	1,33 [0,95-1,70]	1,53 [0,83-2,21]	3,63 [3,20-4,06]	2,73 [2,42-3,04]	3,25 [2,70-3,78]	2,08 [1,13-3,03]	1,34 [0,81-1,86]	2,14 [1,59-2,67]
Ceilândia	1,98 [1,60-2,35]	2,39 [1,81-2,96]	3,55 [3,16-3,93]	3,85 [3,56-4,13]	3,60 [3,09-4,11]	2,83 [1,89-3,76]	2,42 [1,78-3,05]	3,83 [3,42-4,23]
Estrutural	2,86 [2,66-3,06]	3,83 [3,54-4,10]	4,05 [3,88-4,21]	4,50 [4,39-4,60]	4,00 [3,77-4,21]	2,59 [2,13-3,04]	1,87 [1,56-2,16]	4,05 [3,86-4,23]
Gama	2,23 [2,11-2,34]	3,64 [3,46-3,81]	3,99 [3,88-4,08]	4,54 [4,48-4,59]	4,05 [3,93-4,17]	2,43 [2,16-2,68]	2,43 [2,25-2,61]	4,15 [4,04-4,24]
Itapoã	2,19 [1,56-2,92]	3,39 [2,39-4,38]	4,40 [4,00-4,80]	4,99 [4,95-5]	4,32 [3,78-4,86]	1,91 [0,59-3,12]	0,81 [0,30-1,30]	4,77 [4,61-4,92]
Paranoá	1,86 [1,56-2,15]	4,02 [3,63-4,40]	4,28 [4,05-4,50]	4,55 [4,40-4,70]	4,32 [4,03-4,60]	2,76 [2,04-3,48]	2,87 [2,39-3,34]	4,63 [4,47-4,78]
Samambaia	1,91 [1,38-2,44]	4,19 [3,50-4,86]	4,39 [4,02-4,75]	4,72 [4,55-4,89]	4,55 [4,16-4,93]	3,89 [2,89-4,87]	2,29 [1,44-3,12]	4,38 [3,92-4,82]
São Sebastião	1,23 [0,90-1,55]	2,14 [1,55-2,72]	3,79 [3,42-4,14]	1,94 [1,67-2,21]	2,99 [2,48-3,48]	2,74 [1,84-3,63]	1,77 [1,32-2,22]	3,00 [2,58-3,41]
Sobradinho	1,98 [1,77-2,17]	2,61 [2,25-2,96]	3,88 [3,68-4,06]	3,51 [3,34-3,67]	3,57 [3,31-3,81]	2,40 [1,94-2,84]	2,06 [1,75-2,35]	3,83 [3,62-4,03]
DF	2,17 [2,09-2,25]	3,35 [3,20-3,51]	3,98 [3,88-4,07]	4,26 [4,16-4,36]	3,92 [3,83-4,02]	2,64 [2,48-2,81]	2,18 [2,05-2,32]	3,99 [3,88-4,10]

Legenda: IC 95% - Intervalo de Confiança de 95%; RA – Região Administrativa; DF – Distrito Federal.

**Tabela 3** – Escores atribuídos pelos usuários para a dimensão acesso, Distrito Federal, Brasil, 2014.

Acesso	Escore
O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta nesta unidade de saúde?	3,16
O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) nesta unidade de saúde no prazo de 24 horas?	1,29
Este posto/centro/unidade está aberto durante os fins de semana?	0,53
Este posto/centro/unidade fica aberta depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	0,63
Durante o período de funcionamento normal deste posto/centro/unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1,41
Quando este posto/centro/unidade está fechado, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	0,78
Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos nesta unidade de saúde antes de ser atendido por um profissional de saúde?	4,20

A Tabela 5 apresenta a avaliação das dimensões porta de entrada, coordenação, enfoque familiar e orientação comunitária. Sobre a porta de entrada, questionou-se aos usuários se eles recorriam à unidade de saúde para controle preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), ou quando possuíam algum problema de saúde, e ainda se quando precisavam de uma consulta com médico especialista, era necessário atendimento prévio com médico da unidade em que frequenta.

Em relação à categoria coordenação, identificou-se que o elemento pior avaliado foi o direito do usuário em ter acesso ao seu prontuário (1,51). Os melhores avaliados foram o porte de documento de identificação do usuário, assim como resultados de exames e cartão de imunização na hora da consulta por parte do usuário (4,87) e o porte do prontuário médico durante atendimento por parte do profissional de saúde (4,75)

**Tabela 4** – Escores atribuídos pelos usuários para a dimensão elenco de serviços, Distrito Federal, Brasil, 2014

Elenco de Serviços	Escore
Vacinações para crianças	4,44
Atendimento para crianças	4,83
Atendimento para adultos	4,89
Atendimento para idosos	4,88
Controle pré-natal	4,93
Serviços de planejamento familiar	4,62
Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	4,30
Programa de controle de tuberculose	4,08
Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	4,22
Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	4,21
Tratamento/controle de diabetes	4,72
Tratamento/controle de hipertensão ou pressão alta	4,82
Tratamento de pequenos ferimentos	4,31
Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	3,64
Problemas de saúde mental	2,37
Conselhos sobre alimentação ou nutrição	3,74
Conselhos sobre atividade física	3,75
Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	3,24
Educação sobre violência doméstica	1,81
Educação sobre acidentes domésticos	2,00
Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, higiene bucal)	3,5
Atendimento odontológico	3,4

Sobre o enfoque familiar, identificou-se que o elemento pior avaliado foi os profissionais perguntarem sobre as condições de vida do indivíduo e família (1,34). O melhor avaliado foi se durante a consulta os profissionais perguntavam sobre doenças da família.

Por fim, sobre a dimensão orientação comunitária, observa-se que a visita domiciliar e o conhecimento dos problemas de saúde mais importantes da comunidade foram bem avaliados pelos usuários. No entanto, a consulta à família para saber se os serviços do posto atendem aos problemas de saúde foi o pior avaliado.

**Tabela 5** – Escores atribuídos pelos usuários para as dimensões, Distrito Federal, Brasil, 2014

Dimensões	Escore
<b>Porta de entrada</b>	
Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade?	3,92
Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vêm a este posto/centro/unidade?	3,16
Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste posto/centro/unidade antes de consultar com um especialista?	2,95
<b>Coordenação</b>	
O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	4,13
O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto/centro/unidade?	4,63
O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?	3,37
Quando o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	4,87
O profissional deste posto/centro/unidade tem sempre disponível o seu prontuário médico quando o(a) senhor(a) está sendo atendido ou examinado?	4,75
Os profissionais deste posto/centro/unidade permitem que o(a) senhor(a) veja o seu prontuário médico?	1,51
<b>Enfoque Familiar</b>	
Durante a consulta os profissionais desta unidade normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família (desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1,34
Durante a consulta os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da sua família?	3,95
<b>Orientação Comunitária</b>	
O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto/centro/unidade atendem aos seus problemas de saúde?	0,95
O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto/centro/unidade sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	3,18
Este posto/centro/unidade oferece serviços de saúde nas escolas?	2,5
Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade fazem visitas domiciliares?	2,78
O(a) senhor(a) acha que este posto/centro/unidade trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	2,19

## DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se a predominância das mulheres como usuárias dos serviços da ESF, corroborando com outros

estudos<sup>(19)</sup>, que reafirmam o papel da mulher como principal responsável pelo cuidado em saúde. Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que boa parte delas possui baixo nível, o que dificulta a inserção no mercado de trabalho formal dessas mulheres com melhores remunerações<sup>(19)</sup>.

Verificou-se que o acesso às equipes da ESF do DF está comprometido, sendo relatado longo tempo de espera para conseguir a consulta, a restrição do horário de funcionamento (segunda a sexta em horário comercial), a impossibilidade de resolução de problemas de saúde urgentes e por telefone. Estas se configuram como barreiras organizacionais relativas ao acesso unidade básica que comumente tem comprometido a qualidade do cuidado na APS<sup>(20-21)</sup>.

O problema no acesso prejudica os avanços no âmbito da integralidade, além de ser grande fragilidade do ponto de vista da gestão e da organização da rede de serviços<sup>(22)</sup>. Nesse aspecto, é relevante ressaltar que as ações de acolhimento e humanização na coordenação do cuidado são imprescindíveis na APS e tendem a se fragilizar quando outros mecanismos de acesso aos serviços não são oportunos, contínuos que visem garantir o acesso a outros níveis de atenção à saúde<sup>(21)</sup>.

Ademais, observou-se que a ESF do DF tem dificuldade de se configurar como porta de entrada principal do sistema de saúde. Nessa lógica, estudos apontam que maior ou menor vinculação da população aos serviços para obter consultas de apoio diagnóstico e terapêutico caracterizam-se como desafios à busca pela integralidade do cuidado na APS<sup>(20-21)</sup>. Outro fator que dificulta a adoção da ESF como porta de entrada é a existência de outras formas de acesso aos serviços, atuando de forma concorrente. Desta feita, faz-se necessário reafirmar a ESF como porta essencial para que haja a organização do acesso em uma rede integrada<sup>(23)</sup>.

É primordial para o fortalecimento do modelo de atenção que a APS esteja com porta de entrada acessível, aberta e que leve em conta as demandas de saúde dos usuários a partir de ações de cuidado entre os níveis assistenciais, com fluxos e contrafluxos ordenados, com o intuito de intervir sobre os determinantes sociais garantindo a integralidade do cuidado.

Em relação à dimensão coordenação, percebeu-se que as ações relativas ao acesso aos exames laboratoriais são satisfatórias, contudo existe certa dificuldade de os usuários receberem comunicação sobre os resultados de exames recebidos pelos serviços. Quanto aos prontuários, verificou-se que os serviços os possuem, mas os usuários não podem acessá-lo. Observa-se que os serviços estão pouco organizados para ter a centralidade no usuário, ou seja, para contar com a sua participação mais ativa no processo de cuidar.

De modo geral, verificou-se que as unidades da ESF do DF possuem um bom elenco de serviços, ou seja, quando os usuários conseguem adentrar aos serviços de saúde podem usufruir de ações comumente ofertadas pela APS, desde vacinação, controle de doenças crônicas, planejamento familiar, até atendimento odontológico, que podem auxiliar na prevenção e promoção à saúde.

O vínculo apresentou-se positivamente na relação entre usuários e profissionais de saúde, reafirmando a importância desse atributo na continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado<sup>(24)</sup>. Além disso, a forma como os profissionais se relacionam com a comunidade foi satisfatoriamente avaliada, contudo, a ausência, principalmente dos médicos, e a falta de capacidade de resolução dos problemas são apontados como fatores causadores de insatisfação.

Observou-se que para a reorganização da ESF é fundamental que o enfoque da família e da comunidade seja a centralidade no cuidado<sup>(25)</sup>. Todavia, constatou-se que ambas continuam sendo as maiores fragilidades, pois o foco no indivíduo e na doença está fortemente presente no contexto da APS, que requer mudanças nos modelos de cuidado, considerando-se o contexto sociocultural e a integralidade da atenção. Aponta-se que a manutenção do modelo clínico individual pode estar associada à insuficiência de conteúdos curriculares que abordem as questões biológicas relacionadas ao contexto de determinação social inerentes à oferta do cuidado<sup>(24)</sup>.

A orientação comunitária implica reconhecer que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num determinado contexto social, sendo de responsabilidade das equipes a mudança para uma conduta mais ativa, estendendo suas ações para toda a comunidade<sup>(25)</sup>. Assim, elaborar, conjuntamente com a população, planos de ação para o enfrentamento de problemas e condições de risco para a saúde da população é imprescindível, para que a coordenação do cuidado seja realizada de forma universal, integral e equânime<sup>(25)</sup>.

Outros estudos sobre a avaliação da atenção primária na visão do usuário foram identificados na literatura<sup>(26-29)</sup>. As dimensões de acesso e orientação familiar foram avaliadas abaixo do ponto de corte em dois estudos<sup>(26,29)</sup>. A dimensão de acesso é a mais sensível à percepção do usuário e verifica o quanto que a ESF está, de fato, orientando o sistema para a APS, enquanto a dimensão de orientação familiar traz a informação de a atenção estar ou não com foco na família atendida e reflete a abordagem do serviço<sup>(16)</sup>. Em ambas as dimensões, ressalta-se a inadequação à filosofia da ESF<sup>(26)</sup>.

Segundo revisão de literatura realizada sobre avaliação do desempenho da atenção básica (AB) mediante o uso do PCATool, o atributo acesso apresenta baixo desempenho, refletindo possíveis vulnerabilidades territoriais e organizacionais do serviço, como horário reduzido de atendimento e longas filas de espera, enquanto o atributo longitudinalidade recebeu a terceira melhor avaliação, demonstrando que há uma relação entre usuário e serviço<sup>(30)</sup>. Ambos os resultados foram semelhantes ao que encontramos neste estudo.

A avaliação da qualidade da APS sob a perspectiva do usuário contribui efetivamente na identificação das falhas da rede de atenção à saúde, subsidiando o processo de tomada de decisão compartilhada e auxiliando as mudanças necessárias para a prática profissional e o processo de trabalho envolvido<sup>(26,28)</sup>. Ainda, tal avaliação contribui para a construção de intervenções adequadas à realidade local<sup>(28)</sup>, além de ser uma ferramenta de empoderamento da população<sup>(16)</sup>.

Embasada em princípios como a universalidade, integralidade, equidade, a proposta da saúde da família foi concebida como uma estratégia de mudança no modelo de atenção que em sua perspectiva sistêmica, articulam-se em três dimensões: gerenciais – se referem à reorganização das ações e serviços; organizativas – articulações entre os serviços; e as técnico-assistenciais – relações

entre profissionais/trabalhadores e sujeitos do cuidado<sup>(25)</sup>. Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade de continuidade do debate sobre a necessidade de mudanças nos modelos de gestão e atenção na ESF.

### Limitações do estudo

Algumas limitações podem ser reconhecidas neste estudo. O sentimento de gratidão (*gratitude bias*) pode dificultar uma avaliação crítica por parte dos usuários acerca do atendimento recebido. Ademais, apresenta vieses comuns de estudos transversais.

### Contribuições para a área da enfermagem

Por fim, destaca-se a contribuição da enfermagem na avaliação da ESF, uma vez que a equipe de enfermagem exerce papel fundamental na atenção básica. Assim, é preciso cada vez mais o aprofundamento nas discussões de como a equipe de enfermagem é necessária nos processos de trabalho fundamentais e na gestão do cuidado para a qualificação da atenção básica e, principalmente, na Estratégia Saúde da Família<sup>(31-32)</sup>.

### CONCLUSÃO

Na perspectiva do usuário, quando conseguem adentrar o sistema de saúde podem usufruir de diversos serviços. Contudo, o acesso ainda é uma barreira, sobretudo porque o próprio sistema não está preparado para atender as suas necessidades/preferências. Ademais, percebeu-se que ainda há precariedade nas relações com as famílias e seu território/comunidade. Em ambos os casos, reflete-se a necessidade de aprofundar a discussão do modelo de cuidado que se tem adotado no DF.

Ademais, este estudo indica a necessidade de se analisar com mais profundidade as barreiras para a integralidade assistencial no DF, bem como dos postos-chave a serem trabalhados para a prestação de serviço de qualidade à população. Por fim, reflete-se que as avaliações centradas no usuário, especialmente na óptica da atenção básica, não devem ser ferramentas pontuais; verifica-se o potencial do uso contínuo de tal ação como forma de diagnóstico da qualidade dos serviços prestados, a fim de subsidiar ações, políticas e programas de saúde.

### AGRADECIMENTOS

À Paloma Ribeiro Pires Simas e Yamila Comes pela contribuição e revisão final do manuscrito.

### FOMENTO

Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia.

## REFERÊNCIAS

1. Ceccon RF, Bueno ALM, Hesler LZ, Kirsten KS, Portes VDM, Viecili PRN. Infant mortality and Family Health units in the Brazilian Federation, 1998–2008. *Cad Saúde Coletiva*[Internet]. 2014[cited 2017 Oct 21];22(2):177-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00177.pdf>

2. Chung A, Fonchezatto A. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde infantil em municípios do Rio Grande do Sul[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 21];343-62. Available from: <https://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/viewFile/3515/3598>
3. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*[Internet]. 2011[cited 2017 Oct 19];32-46. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_2.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf)
4. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*[Internet]. 2013[cited 2017 Oct 19];382(9886):57-64. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60715-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60715-1/fulltext)
5. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*[Internet]. 2014[cited 2017 Oct 19];349(g4014):1-10. Available from: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014.full.pdf>
6. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impact of immunization measures by the Family Health Program on infant mortality from preventable diseases in Olinda, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2009[cited 2018 Feb 16];25(4):868-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf>
7. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. The position of the Family Health Strategy in the health care system under the perspective of the PMAQ-AB participating teams and users. *Saúde em Debate*[Internet]. 2014[cited 2017 Nov 5];38(SPE):13-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf> Portuguese
8. Sousa NP, Rehem TCMSB, Santos WS, Santos CE. Hospitalizations sensitive to primary health care at a regional hospital in the Federal District. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Nov 5];69(1):106-13. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en\\_0034-7167-reben-69-01-0118.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0118.pdf)
9. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde. Programa Brasília Saudável. O Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF[Internet]. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde; 2016 [cited 2017 Oct 23]. Available from: [http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA\\_SAUDAVEL\\_DOCUMENTO\\_REFERENCIAL.pdf](http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf)
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
11. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. Family health strategy coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. *Cienc Saude Coletiva*[Internet]. 2016[cited 2017 Nov 5];21(2):327-38. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en\\_1413-8123-csc-21-02-0327.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/en_1413-8123-csc-21-02-0327.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[cited 2017 Oct 23]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012[cited 2017 Oct 23]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 1.645, de 2 de outubro de 2015[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Oct 21]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html)
15. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. The National Program for Improving the Access and Quality of Primary Care: Reflections on the program design and deployment process. *Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde*[Internet]. 2012[cited 2018 Feb 12];6(2). Available from: [https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/498/pdf\\_305](https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/498/pdf_305)
16. Paiva MBP de, Mendes W, Brandão AL, Campos CEA. [A contribution to the assessment of the Primary Health Care in the user's viewpoint]. *Physis Rev Saúde Coletiva*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 21];25(3):925-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00925.pdf> Portuguese
17. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 110p.
18. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults. *Rev Bras Med Fam e Comunidade*[Internet]. 2013[cited 2018 Feb 13];8(29):274-84. Available from: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>
19. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. [Accessibility to health services: an analysis of the Primary Care in the state of Pernambuco]. *Saúde Em Debate*[Internet]. 2014[cited 2018 Feb 13];38(SPE):182-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf> Portuguese
20. Cotta RMM, Prates LL, Costa GD, Avelar PS, Machado JC, Mendonça ET, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Cienc. saúde coletiva*[Internet]. 2017[cited 2018 Feb 13];22(6):1881-93. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en\\_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf)
21. Silva KL, Medeiros CS. Factors involved in the implementation of the Family Health Strategy in Brazilian municipalities. *Rev APS*[Internet]. 2015[cited 2018 Feb 13];18(3):378-89. Available from: <https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2506/901>
22. Brandão AL da RB, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cienc Saude Coletiva*[Internet]. 2013 [cited 2018 Apr 3];18(1):103-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/12.pdf>
23. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care:

- a literature review. *Cienc Saude Coletiva*[Internet]. 2016[cited 2018 Apr 3];21(5):1499-509. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en\\_1413-8123-csc-21-05-1499.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1499.pdf)
24. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. *Cienc Saude Coletiva*[Internet]. 2016[cited 2018 Feb 13];21(1):119-27. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/en\\_1413-8123-csc-21-01-0119.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/en_1413-8123-csc-21-01-0119.pdf)
  25. Silva CS, Paes NA. Satisfaction of Hypertensive Users and Professionals Based on Primary Care Essential Attributes. *Rev Bras Ciênc Saúde*[Internet]. 2017[cited 2018 Feb 13];21(3):229-38. Available from: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/24192/17789>
  26. Oliva ACD de, Moura CMR, Lima CA, Costa FM, Rocha JFD. Evaluation of attributes of primary health care from the perspective of the user. *Rev Uniabeu*[Internet]. 2015[cited 2017 Oct 21];8(18):196-208. Available from: <http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/1750>
  27. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-Filho OA, Andrade RA. Evaluation of adult health care in a city pole of Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde Em Debate* [Internet]. 2015[cited 2018 Apr 3];39(106):802-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00802.pdf>
  28. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. The comprehensive nature of primary health care: evaluation from the user standpoint. *Ciênc Saúde Coletiva*[Internet]. 2014[cited 2017 Oct 19];19(11):4407-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>
  29. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Filho MB, Silva SL. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2016[cited 2018 Feb 13];50(2):335-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0335.pdf>
  30. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [em 2018 Feb 13];22(6):1881-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en\\_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1881.pdf)
  31. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2018[cited 2018 May 4];52(e03316):1-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en\\_0080-6234-reeusp-51980-220X2017020203316.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en_0080-6234-reeusp-51980-220X2017020203316.pdf)
  32. Galiza FT, Bezerra ALS, Oliveira ASS, Felipe GF, Fernandes MC, Lima MA. Management of the nursing care in the family health strategy. *J Nurs UFPE Line*[Internet]. 2016[cited 2018 Feb 13];10(11):4075-81. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11493/13354>
-