

A qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de usuários, gestores e profissionais de saúde*

Quality of Primary Health Care services from the perspective of users, managers and health professionals

La calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud en la perspectiva de los usuarios, gestores y profesionales de la salud

Luana Viviani Borges (Graduanda)

Vivian Aline Minel (Orientadora)

*Trabalho fruto do projeto de Iniciação Científica financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) processo n. 2020/07203-8.

A qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de usuários, gestores e profissionais de saúde

Resumo

Este estudo buscou compreender a percepção de usuários, trabalhadores e gestores municipais em relação ao acesso e a qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizada uma pesquisa exploratória de campo, de abordagem qualitativa, na qual foi utilizado um roteiro semiestruturado individual para cada população entrevistada remotamente, sendo transcritas e analisadas segundo análise de conteúdo e fluxograma analisador. Foi possível identificar alterações no fluxo da APS e sua relação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS); as potencialidades e dificuldades envolvendo o acesso e qualidade dos serviços da porta de entrada da RAS antes e durante a pandemia da covid-19. Essas mudanças afetaram atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade, coordenação do cuidado, vínculo com o usuário e resolutividade de saúde, revelando uma RAS desarticulada, reflexos do processo de desmonte do Sistema Único de Saúde.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde, COVID-19.

Quality of Primary Health Care services from the perspective of users, managers and health professionals

This study sought to understand the perception of users, workers and municipal managers in relation to access and quality of Primary Health Care (PHC) services. An exploratory field research was carried out, with a qualitative approach, in which an individual semi-structured script was used for each population interviewed remotely, being transcribed and analyzed according to content analysis and analyzing flowchart. It was possible to identify changes in the PHC flow and its relationship with the Health Care Network (RAS); the potential and difficulties involving access and quality of services at the gateway to the SAN before and during the covid-19 pandemic. These changes affected essential attributes of PHC, such as longitudinality, coordination of care, bonding with the user and health resoluteness, revealing a disjointed RAS, reflections of the process of dismantling the Unified Health System.

Keywords: Primary Health Care, Access to Health Services, Quality of Health Care, COVID-19.

La calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud en la perspectiva de los usuarios, gestores y profesionales de la salud

Resumen

Este estudio buscó comprender la percepción de usuarios, trabajadores y gestores municipales en relación al acceso y calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud (APS). Se realizó una investigación de campo exploratoria, con enfoque cualitativo, en la que se utilizó un guión semiestructurado individual para cada población entrevistada a distancia, siendo transcrito y analizado según análisis de contenido y diagrama de flujo de análisis. Fue posible identificar cambios en el flujo de la APS y su relación con la Red de Atención a la Salud (RAS); las potencialidades y dificultades de acceso y calidad de los servicios en la puerta de entrada a la SAN antes y durante la pandemia del covid-19. Esos cambios afectaron atributos esenciales de la APS, como la longitudinalidad, la coordinación de la atención, el vínculo con el usuario y la resolución en salud, revelando un RAS desarticulado, reflejo del proceso de desmantelamiento del Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Acceso a Servicios de Salud, Calidad de la Atención de Salud, COVID-19.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na Rede de Atenção à Saúde (RAS) ao proporcionar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, envolvendo equipe multiprofissional que trabalhe essas ações integradas aos usuários¹⁻³.

O Ministério da Saúde, alinhado à Organização Mundial da Saúde (OMS)¹, reorganizou o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir maior acesso à rede e adotou a APS como (co)ordenadora do cuidado. Este rearranjo buscou aumentar o vínculo com a população adscrita; promover ações baseadas na integralidade do cuidado; garantir a longitudinalidade e boa comunicação entre todos os serviços¹⁻⁶; assim como aumentar a resolutividade e contribuir para a redução dos custos de saúde, por meio da prevenção de agudização de doenças crônicas e diminuição da utilização de serviços emergenciais^{7,8}.

A APS é codificada em quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade, coordenação e integralidade; e três atributos derivados: orientação familiar e comunitária, competência cultural³. A longitudinalidade^{3-6,8} garante ao usuário acesso e cuidado continuados na rede de saúde⁴ e, para que isso aconteça, é necessária uma potente comunicação entre os serviços do SUS. O vínculo com os usuários é uma diretriz importante para aproximar a comunidade das equipes de saúde e favorecer as orientações sobre o autocuidado, auxiliar na prevenção de agravos, bem como contribuir para a longitudinalidade e a efetivação do cuidado integral^{4-6,8}. Por isso, o acesso do usuário, via APS, precisa ser eficaz para que estes atributos sejam alcançados e, assim, haja resolutividade na RAS^{3-6,8}.

A APS de qualidade precisa coordenar, também, os indivíduos, pois isso mantém a longitudinalidade do cuidado¹⁻³, e fazer o contraponto ao modelo biomédico³, por meio de equipes articuladas que ofereçam cuidado integral aos usuários, considerando as necessidades biopsicossociais individuais e coletivas e o cuidado integral e humanizado¹⁻³.

A imprescindibilidade de uma APS fortalecida mostrou-se ainda mais essencial no contexto da covid-19⁹, momento pandêmico em que o SUS mostrou (e ainda mostra) seu protagonismo. Esse contexto implicou na redefinição dos fluxos da APS e da RAS, na necessidade de fortalecimento do vínculo e do cuidado integral¹⁰⁻¹³, movimento também realizado em outros países para manter a resolutividade^{14,15}.

Estudos¹⁷⁻¹⁹ mostram a necessidade de compreender a dinâmica e funcionamento dos serviços da APS no contexto da pandemia e, neste sentido, este estudo buscou responder a seguinte questão de investigação: como usuários, profissionais de saúde e gestores percebem o acesso e a qualidade dos serviços da APS no contexto da pandemia da covid-19? Para tanto, traçou como objetivo analisar o fluxo de atendimento, as facilidades e dificuldades no acesso e na qualidade dos serviços da APS no contexto de adequações desse serviço no enfrentamento da covid-19.

Método

Pesquisa exploratória de campo, de abordagem qualitativa, que buscou a identificação da subjetividade e o nexos entre as políticas e culturas, os valores, comportamentos e representações envolvidas nas variáveis envolvidas²⁰ neste caso, o acesso dos usuários à APS. Foi realizada em um município do interior do estado de São Paulo que possui, aproximadamente, 250 mil habitantes e APS composta por 23 Unidades de Saúde da Família (USF) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de, aproximadamente, 25% da população total do município.

A coleta de dados foi realizada de abril a julho de 2021 e envolveu oito USF e duas UBS, selecionadas por terem participado previamente de uma pesquisa maior a qual esta se vincula. A inclusão de unidades com modelos diferentes de atenção à saúde decorre da conformação da APS no município, na qual coexistem a ESF e o modelo assistencial convencional, composto pelas UBS.

Foram convidados a participar profissionais e usuários vinculados às dez unidades selecionadas e gestores municipais da APS, que haviam participado do estudo anterior. Os potenciais participantes foram convidados por meio de mensagens eletrônicas e contato telefônico, sendo agendado horário para entrevista individual com aqueles que manifestaram interesse, conforme a disponibilidade do participante. Não houve estabelecimento a priori do quantitativo a ser entrevistado; a interrupção da coleta ocorreu quanto encontrada a lógica interna do objeto de estudo, ou seja, o aprofundamento, a abrangência e a diversidade na compreensão do objeto pelos grupos sociais aqui representados²¹.

O roteiro semiestruturado para nortear as entrevistas incluiu a caracterização do participante e questões para compreender as dificuldades e as facilidades de

acesso à APS municipal. O conteúdo do roteiro foi validado por cinco juízes com expertise na área de pesquisa e as entrevistas foram realizadas de forma remota, por meio de contato telefônico ou serviço de comunicação por vídeo, tendo sido integralmente gravadas para transcrição e análise.

A análise dos dados seguiu as etapas da análise de conteúdo proposta por Minayo²⁰: as entrevistas foram lidas na fase de pré-análise, com a finalidade de compreensão e familiarização com o *corpus* de forma homogênea e exaustiva; posteriormente, foi realizada a exploração do material e, concomitantemente, iniciou-se o processo de reflexões sobre os assuntos abordados. O conteúdo das entrevistas foi dividido em três categorias principais, com objetivo de sistematizar as informações em unidades de registro que exemplificassem a semântica de cada categoria. Finalmente, o conjunto de dados foi interpretado com base na literatura atual e no referencial teórico de estudo.

Além disso, foi utilizado o fluxograma analisador que compreende os “para que”, os “que” e “como” dos processos na rede, permitindo a identificação e sistematização de dificuldades e facilidades nesse processo²². Optou-se por analisar o objeto de estudo à luz das diferentes percepções dos atores envolvidos, possibilitando compreender os divergentes ou similares olhares acerca do mesmo assunto. Assim, profissionais tiveram suas falas representadas pela letra P e numeração de um a sete; os usuários pela letra U e numeração de oito a 15; e os gestores pela letra G e numeração de 16 a 18.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob pareceres nº 4.109.156 e nº 4.149.846. As entrevistas foram realizadas, respeitando todos os critérios do ofício circular nº 25000.026908/2021-15 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sobre realização de pesquisas em ambientes virtuais. Todos os participantes consentiram verbalmente em participar da pesquisa após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

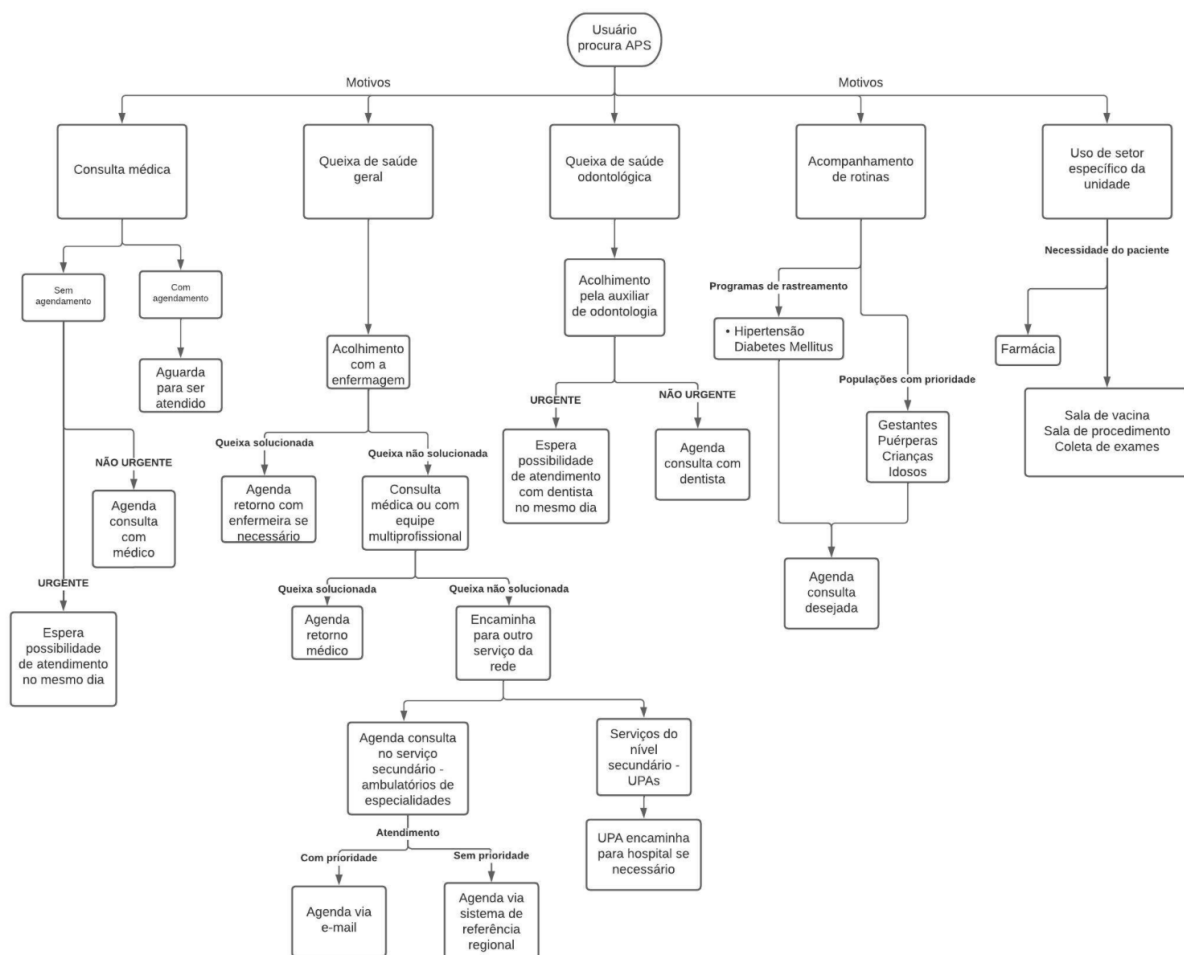
Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 18 participantes, sendo sete profissionais de saúde (dois médicos, dois cirurgiões dentistas, um auxiliar odontológico, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde), oito usuários adultos, sendo que dois responderam referente ao atendimento de seus filhos (crianças até 12 anos de idade) e três gestores municipais da APS. Dentre os participantes, 15

declararam-se do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo a variação de idade dos profissionais de 51 anos (extremos de idade 29 e 67 anos); dos usuários, de 26 anos (extremos de idade dos usuários foi de quatro e 63 anos); e dos gestores de 58 anos (extremos 54 e 63 anos). A escolaridade dos participantes variou do ensino fundamental até pós-graduação *stricto sensu* completa; a variação do tempo de atuação na APS dos profissionais de saúde foi de 14 anos e a variação do tempo de atuação na gestão da APS foi de três anos.

As entrevistas possibilitaram a construção do fluxo de atendimento na APS antes e depois da pandemia, conforme apresentado nas Figuras 1 a 3. A Figura 1 descreve o percurso do usuário na APS conforme demanda apresentada.

Figura 1 - Fluxograma de atendimento da APS antes da pandemia da covid-19

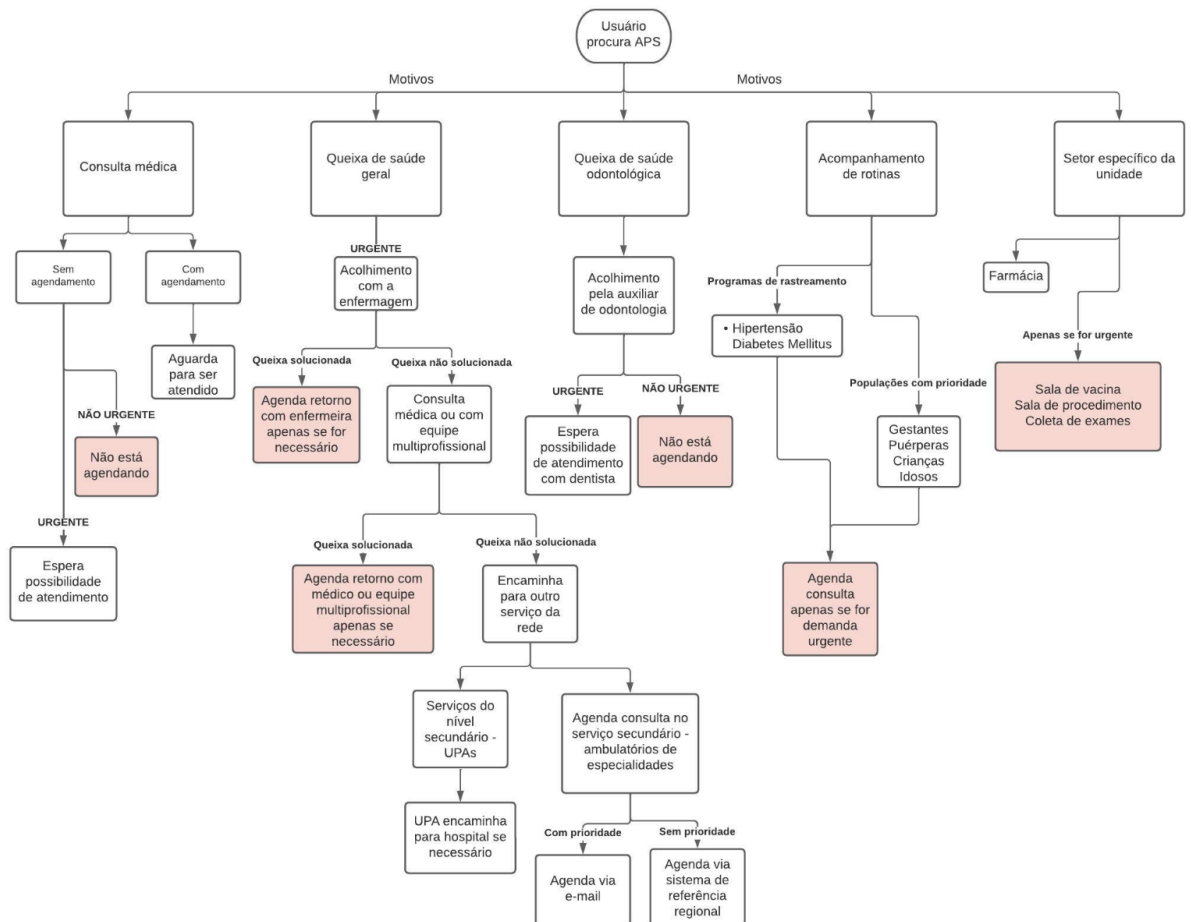


Fonte: Elaborado pelos autores.

A pandemia da covid-19 alterou consideravelmente estes fluxos, conforme representado na Figura 2, vigentes até setembro de 2021. As mudanças têm como

foco diminuir o fluxo de pessoas nas unidades e conter a população em domicílio, contudo, estudos ¹⁰⁻¹³ afirmam que refletem o despreparo da APS e enfraquece seus principais atributos, desestabilizando a RAS.

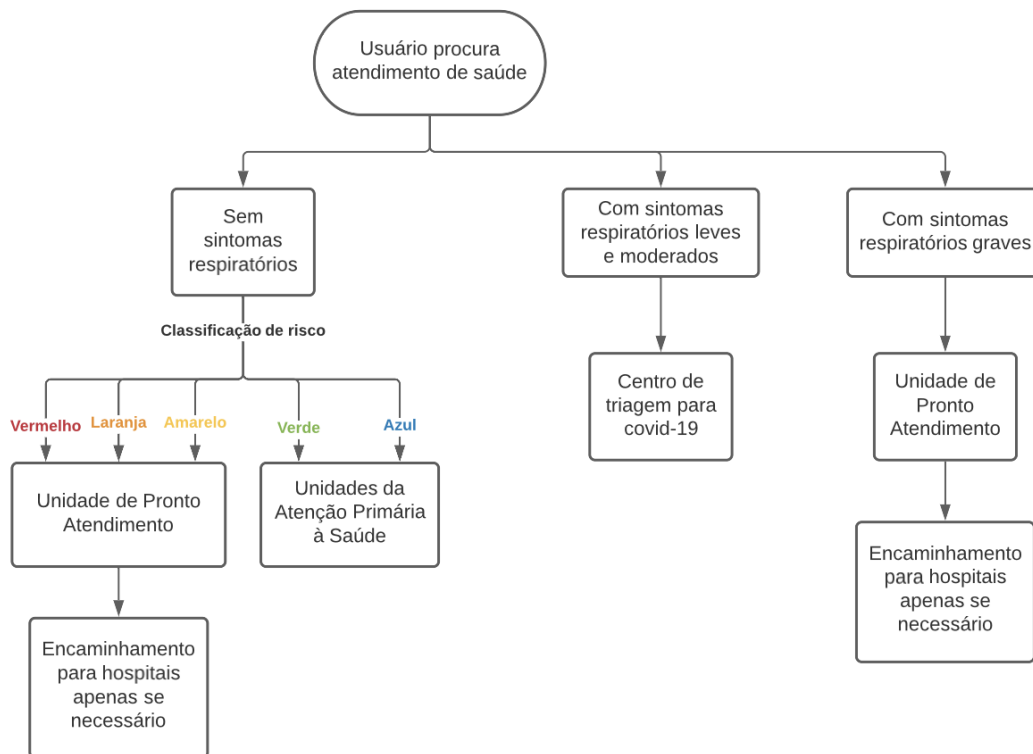
Figura 2 - Fluxograma de atendimento da APS durante a pandemia da covid-19



Fonte: Elaborado pelos autores.

A Figura 3 apresenta em cinza as adequações na RAS durante a pandemia da covid-19. Os usuários com sintomas respiratórios leves e moderados são encaminhados para um centro adaptado de triagem e testagem do vírus, para orientações e acompanhamento, o que demonstra uma alteração do papel da APS enquanto (co)ordenadora da rede. A longitudinalidade também foi afetada, pois as pessoas encaminhadas para esse centro de triagem raramente são contra-referenciadas à APS.

Figura 3 – Alterações na organização da RAS devido ao contexto da pandemia da covid-19.



Fonte: Elaborado pelos autores.

De acordo os participantes, foi possível identificar que os usuários com sintomas respiratórios graves são encaminhados para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou para o pronto atendimento hospitalar, devido à capacidade de cuidados intensivos. Caso não haja sintomas relacionados à covid-19, os casos com classificação de risco verde e azul são atendidos apenas nas UBS e USF, sendo que as outras classificações são atendidas em UPA e, caso necessário, encaminhados para atendimento hospitalar.

Tais adequações foram oficializadas em decreto municipal publicado em abril de 2021, que determinou nova organização no atendimento dos usuários, descaracterizando o papel da APS na rede. Com isso, diversas ações de prevenção, promoção e acompanhamento deixaram de ser realizadas, o que representa uma contradição do papel da AP¹⁰⁻¹³. As dificuldades de fluxo entre a APS e a RAS já haviam sido descritas anteriormente²³, mas agravaram-se ainda mais no decorrer da pandemia¹⁰⁻¹³.

Estudo de revisão²⁴ que explorou a pandemia sob perspectiva da APS e unidades de atendimento às emergências identificou que a avaliação dos sinais de gravidade da doença pode ser realizada na APS, com boa relação custo-benefício. A triagem, diagnóstico e encaminhamento para atendimento de emergência tem papel decisivo na redução das taxas de mortalidade por covid-19 e na sobrecarga dos níveis secundário e terciário. O direcionamento dos usuários, neste contexto, foi afetado e pode ser evidenciado por falas tanto dos usuários, quanto dos profissionais e gestores.

“Hoje, na verdade, a gente tem uma dificuldade de fluxo [...] o paciente não tem essa orientação clara, então, nesse momento de pandemia 'pra' o que ele busca o serviço? Aonde ele deve ir...” (P3).

“Durante a pandemia está sendo bem dificultoso a gente conseguir uma consulta, eles falam que não estão agendando [...] Não tem uma explicação às vezes muito lógica e a gente fica sem entender o que está acontecendo realmente” (U11).

“... e a população tem também uma dificuldade de entender que não está sendo feito exames de rotina, atendimentos de rotina, então estressa todo mundo [...]” (G18).

A readequação dos fluxos e oferta de serviços foi necessária em diversos municípios brasileiros para evitar aglomerações, diminuir o contágio, monitorar os usuários com sintomas gripais, realizar testagem e orientar famílias e usuários sobre estratégias de prevenção do contágio¹¹. Contudo, a longitudinalidade e integralidade do cuidado, atributos essenciais da APS¹⁻³, foram afetados a partir do momento em que a reorganização dos fluxos não foi bem estabelecida, pois o vínculo com os usuários, a prevenção de agravos, acompanhamento de doenças crônicas e a comunicação entre APS e RAS foram prejudicadas.

As falas demonstraram a falta de compreensão sobre os novos fluxos (que dificulta tanto a atuação dos profissionais quanto a busca de serviços pelos usuários), as demandas não atendidas e a queda da qualidade do atendimento prestado. Para compreender como tais mudanças impactaram o acesso e a qualidade dos serviços da APS, serão apresentadas as facilidades e dificuldades antes e durante a pandemia na perspectiva dos participantes, distribuídas em quatro categorias: facilidades relacionadas ao acesso à APS; aspectos que promovem a qualidade dos serviços da APS; dificuldades relacionadas ao acesso à APS; aspectos que comprometem a qualidade dos serviços da APS.

Facilidades relacionadas ao acesso à APS

Para acessar os serviços da APS, os usuários e profissionais citaram como facilidades a proximidade das unidades de onde eles residem; o bom acolhimento; a flexibilidade de atendimento para demandas espontâneas de saúde, a agenda aberta das USF e o vínculo dos agentes comunitários de saúde (ACS) com o território. Por este estudo ter sido desenvolvido no contexto da pandemia da covid-19, é importante ressaltar que as falas sobre facilidades de acesso da APS foram relacionadas ao período pré-pandêmico, o que sugere os impactos negativos dos ajustes para atendimento à crise.

“Ali dentro é um atendimento muito bom, um acolhimento muito bom, a médica também tem diagnósticos muito precisos, tem um acolhimento familiar” (U11).

“Todos são atendidos, todos são acolhidos, todos são ouvidos, o que eles precisam, as queixas [...] na minha equipe, ninguém sai sem resposta” (P1).

“O acesso à minha unidade era muito fácil, é... os pacientes conseguiam consulta é... Quando demandavam no máximo dois dias após a demanda, né?” (P6).

“O fato de não ter uma agenda fechada [...] se esse paciente tem uma queixa aguda, ao invés dele ir lá na UPA ele pode passar aqui, eu aproveito e já faz todos os exames de rastreio, pergunta da família, então o fato da agenda não ser tão fechada ajuda bastante” (P2).

A acessibilidade geográfica é um dos principais atributos da APS de qualidade, pois facilita a aproximação do usuário com a equipe, favorecendo vínculo e²⁵⁻²⁶, assim como o acolhimento, que garante a escuta qualificada das demandas de saúde da população, busca a resolutividade na própria unidade ou coordenação do usuário na RAS¹⁻⁶.

O Acesso Avançado foi desenvolvido como uma estratégia para facilitar o acesso universal dos usuários à APS e um estudo²⁷ demonstrou a importância da 'agenda aberta' dos profissionais para atender as demandas espontâneas de saúde em até 48h. Esta flexibilidade foi enfatizada por usuários e profissionais como um ponto positivo da APS, ao possibilitar o atendimento e encaminhamento das demandas em um curto espaço de tempo, reduzindo eventuais demandas reprimidas do sistema.

A pandemia da covid-19 marcou uma sucessão de alterações na organização da RAS que impactaram o acesso, à medida que houve reorganização geográfica dos locais para atendimentos, suspensão de serviços eletivos e alteração na

dinâmica de atendimento das unidades, comprometendo a qualidade. Portanto, a necessidade de olhar para o passado para lembrar-se de facilidades de acesso denota a instabilidade dos fluxos da rede e a incompreensão desta organização pelos usuários e profissionais, ficando claro nos relatos que não foram encontradas facilidades de acesso no contexto da pandemia.

Aspectos que promovem a qualidade dos serviços da APS

Dentre os aspectos que promovem a qualidade dos serviços da APS destacam-se o bom atendimento dos profissionais de saúde, a boa organização da equipe e a proximidade com a população.

“A agente de saúde que é responsável pela nossa rua [...] uma vez ou outra ela sempre vem para saber como é que está, como está a família... atualizar informações” (U11).

“Olha lá eu sempre achei que eles eram muito organizados, da parte da equipe deles né? [...]” (U12).

“Mas na grande maioria ali o atendimento é bom, são prestativos, né? Então fico satisfeito nisso aí [...]” (U8).

“A busca ativa feita pelos agentes comunitários de saúde, isso realmente agrega muito no serviço, de pedir pra ligar, te pedir para ir atrás e saber se fez os exames, se aconteceu alguma coisa na família [...] pra gente ser um contato mais próximo de convocar, de ficar mais atento” (P2).

“... o diferencial da saúde da família [...] é que você tem um vínculo com esse paciente, você conhece a família desse paciente e você acompanha o paciente desde nenê até a idade avançada. Então acho que é um diferencial, o paciente se sente seguro” (P7).

A qualidade do atendimento e dos serviços prestados pela APS é um fator de extrema importância para a assistência resolutiva^{1-3, 28} e para o fortalecimento do vínculo com a comunidade, sendo que a relação próxima entre os ACS e à população do território fortalece o vínculo e a satisfação^{3, 29}

Mesmo apontando facilidades para o acesso e elementos que qualificam os serviços da APS, predominaram nas falas dificuldades relacionadas ao acesso e qualidade desses serviços no contexto pandêmico da covid-19.

Dificuldades relacionadas ao acesso das unidades da APS

Os participantes sinalizaram diversas dificuldades relacionadas ao acesso à APS, especialmente decorrentes de mudanças nas políticas municipais para

contenção da covid-19. Dentre elas, destacam-se a suspensão de agenda para atendimentos eletivos e a sobrecarga de trabalho nas unidades, que alteraram a dinâmica organizacional e dificultaram o acesso do usuário às unidades, especialmente às à UBS com maior cadastro populacional e territorial.

“... meu filho teve que pagar um médico particular para mim, porque eu não conseguia ter contato com a doutora [...] aí depois quando eu consegui chegar lá e perguntar, ela tinha saído de férias...” (U13).

“Eu acho que a maior dificuldade em relação ao acesso é o profissional estar à disposição, estar disponível para escutar, para acolher, para orientar e atender” (G18).

“Quando o paciente desejava passar em consulta médica ele ia na recepção, fazia a solicitação, geralmente demorava umas três ou quatro semanas pra conseguir vaga [...] minha agenda já ficava cheia pra uns 60 dias [na UBS]” (P2).

“Porque o atendimento [...] tinha muita demora, muita fila [...] os agendamentos eram longos, demorados... [na UBS]” (U15).

“Essa questão do acolhimento ainda é falho. Ele não é 100% nas nossas unidades [...] principalmente nas UBS é muito complicado isso, porque é um território muito extenso, muita gente para atendimento” (G17).

O Acesso Avançado influencia positivamente o acesso aos serviços da APS²⁷. Todavia, isso se tornou instável na pandemia, tanto no acolhimento, quanto na resolutividade das demandas apresentadas, comprometendo a longitudinalidade e acesso universal, duas diretrizes^{1-3, 30} importantes para manter uma APS de qualidade².

O processo de desmonte do SUS em curso há alguns anos^{8,31} tem resultado na precarização das condições de trabalho e consequente negligência aos atributos essenciais da APS, cenário intensificado devido à pandemia³¹. Isso pode ser exemplificado pelo não agendamento de consultas eletivas, diminuição do vínculo com a população, aumento da dificuldade de comunicação entre os serviços e preterimento de ações de prevenção e promoção da saúde.

As recentes mudanças acentuaram o tensionamento entre as diretrizes da APS e a realidade prática, reflexos do subfinanciamento do ^{8,31}, que impactam drasticamente na gestão de recursos e infraestrutura das unidades da APS, qualidade do cuidado e, principalmente, o direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros^{1,2}. Um exemplo no contexto municipal é o novo modelo de financiamento estabelecido pelo Previne Brasil, que implicou em um processo de reorganização dos territórios e população adscrita, interrompido devido às demandas urgentes da

pandemia, o que prejudicou drasticamente o repasse de recursos, o vínculo das equipes com a população atendida e o rastreamento de doenças crônicas.

“O que mais mudou realmente foi a parte do rastreio, a parte também de criar vínculo de conhecer mais a população, tudo isso ficou muito distante [...] por causa da pandemia. O trabalho em rua diminuiu bastante, nosso território é completamente novo desde a mudança da quantidade de pessoas atendidas pela saúde da família” (P2).

“Teve aumento do número da população adscrita, né? A gente trabalhava antes com cerca de 3000 e passou para 4000 [...] dificultou bastante por que [...]tem aquela questão do tempo de consulta, em que tudo que você consegue oferecer, né?” (P6).

As unidades de APS estão espalhadas em todo o Brasil de forma estratégica, com objetivo de alcançar todos os cidadãos e aumentar o acesso no território, respeitando as características e necessidades específicas da comunidade atendida, com base no princípio da territorialização³². Esse componente essencial da APS permite organizar, descentralizar a RAS e coordenar o cuidado, além de aumentar o vínculo com a população – aspectos comprometidos no contexto da pandemia.

Aspectos que comprometem a qualidade dos serviços da APS

Os participantes identificaram aspectos que comprometem a qualidade dos serviços da APS e que se somam às dificuldades de acesso, como dificuldades de comunicação da APS com a população e com outros serviços da RAS; desmonte dos conselhos locais; desmotivação profissional e desvalorização da equipe multiprofissional.

“Nós tínhamos há alguns anos atrás um conselho onde a gente tinha um acesso mais interativo com o paciente do território, de discutir necessidades, mas em algum momento isso também acabou ficando em desuso. A gente ia compreendendo quais as aflições do paciente, o que que ele queria, ele tinha voz ativa nesses conselhos” (P7).

“Acho que essa questão da comunicação é muito falha, eu acho que a gente conversa pouco com o usuário [...] eu acho que a falha na comunicação é grande, tanto entre a rede, como também com o usuário” (G17).

A comunicação da APS com a população já era uma dificuldade enfrentada^{19,33} antes da pandemia, mas foi acentuada com o contexto de crise, sendo que essas dificuldades afetam a participação e controle social e enfraquecem a aproximação da APS com a comunidade, repercutindo negativamente nos atributos essenciais.

A participação social é um componente essencial da APS, pois permite o controle social, gestão participativa, identificação de falhas e aprimoramento dos serviços, aumentando a resolutividade e diminuindo os custos de saúde³⁴. Uma estratégia utilizada para isso são os conselhos locais de saúde, que fortalecem a participação ativa da comunidade e contribuem para aumentar a qualidade dos serviços prestados³⁴. Todavia, no município estudado não há conselhos locais ativos, inviabilizando a participação social organizada dos usuários.

O contexto da pandemia da covid-19 também acentuou as dificuldades de comunicação entre a APS e demais pontos da RAS.

“A gente recebia muito pouco a contrarreferência dos outros serviços”(P6).

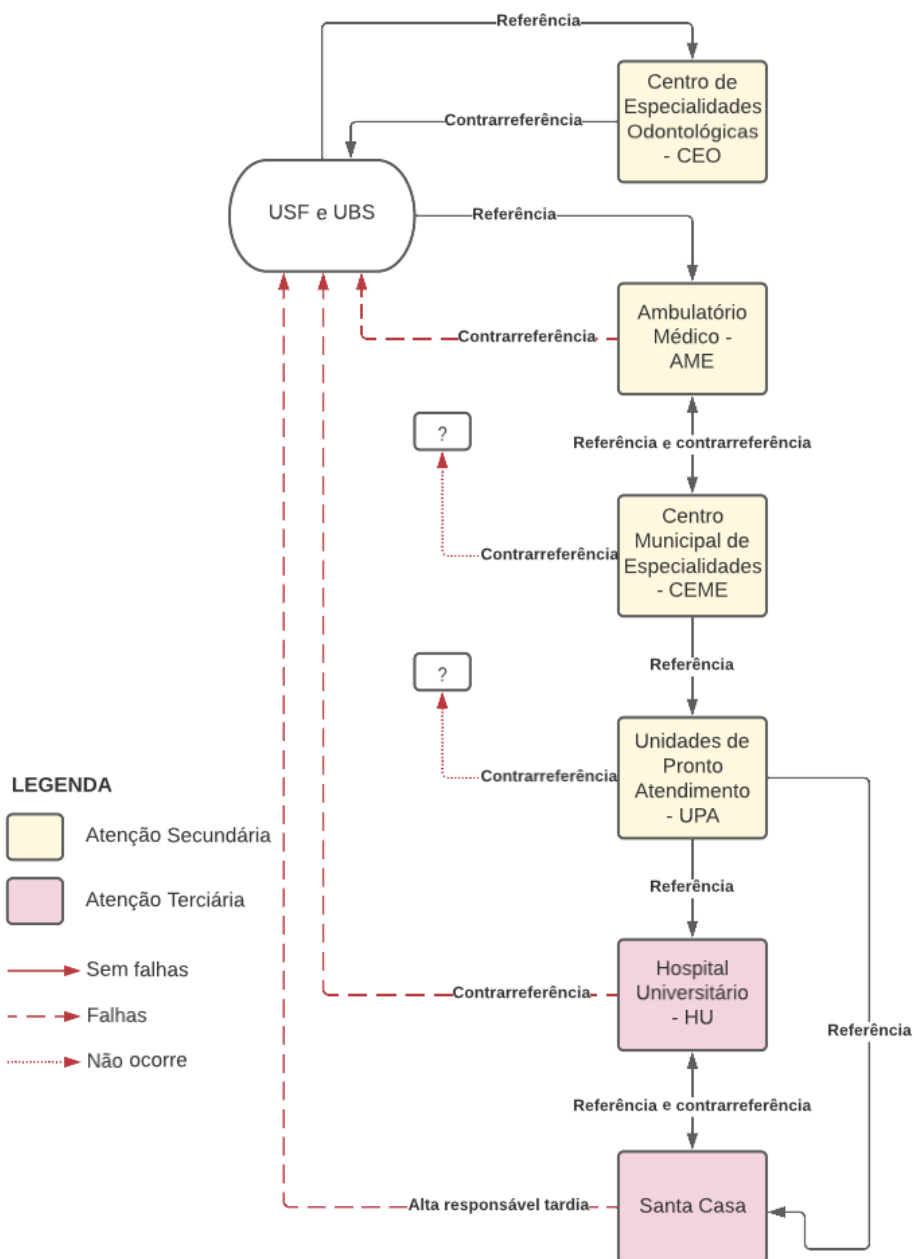
“Então, aí já não retorna mais [da atenção secundária] ... isso eu não tenho informação, não tem esse histórico” (U8).

“A contra referência ainda é um nó, a gente não tem essa contra referência ainda do atendimento, tem só a contra referência de alguns serviços [...] o serviço hospitalar, a gente tem a questão da alta responsável, que muitas vezes também chega tardia” (G17).

“A contra referência é falha antes da pandemia e agora também, não mudou isso. Porque algumas especialidades não empregam contra referência, e mesmo de atenção básica para outra atenção básica também é muito difícil ter contra referência” (G18).

As falhas na comunicação da APS com os usuários e demais serviços faz com que essa porta de entrada deixe de ser coordenadora ¹⁷ do cuidado e ordenadora do fluxo na rede, o que enfraquece a continuidade do cuidado e pode agravar doenças crônicas, com consequente queda da resolutividade e aumento dos custos de saúde⁷. A fala dos participantes permitiu a construção de um fluxograma que exemplifica as dificuldades do sistema de referência e contrarreferência municipal.

Figura 4 – Sistema de referência e contrarreferência municipal



Fonte: Elaborado pelos autores.

Além das falhas na comunicação, a relação profissional-usuário foi apontada como fragilizada em alguns momentos: por um lado, usuários percebem um atendimento pouco humanizado dos médicos; por outro, trabalhadores não se sentem reconhecidos e valorizados em relação a essa categoria profissional.

“Eu percebo que a população quando procura unidade é principalmente por conta de procurar atendimento médico, eles não querem nem ser atendidos pelo acolhimento... eles queriam chegar e diretamente com a médica né?” (P5).

“Muitas vezes eu me vejo assim no sistema [...] numa esteira [...] agora na pandemia eu entendo que é um momento que tem muitas pessoas para serem atendidas, mas antes disso na UBS alguns médicos tratam a gente dessa maneira e eu não gosto, eu gosto de ser uma pessoa, que é o que eu sou né?” (U12).

“Geralmente, tudo é voltado para o atendimento médico, infelizmente né? Acho que a atenção básica não é isso, a gente tem que valorizar os demais profissionais e aí a gente poder fazer realmente promoção de saúde, prevenção das doenças [...] é um estímulo à valorização do profissional médico, então só o que importa para o atendimento é o médico, né? [...] A população acha que o médico é que pode fazer atendimento, então desvalorizou fisioterapeuta, enfermeiro, o nutricionista....” (G16).

A assistência humanizada e integral^{1-3, 35} depende do cuidado multidisciplinar e interprofissional, indispensável inclusive durante a pandemia^{10-13, 36} aspecto comprometido pela desvalorização de profissionais não-médicos, que somada ao aumento da sobrecarga de trabalho, impactam na satisfação profissional e qualidade dos serviços.

“a questão da demanda é aquilo que eu já falei, do número de profissionais por equipe, a população SUS aumentou muito e essas equipes continuam as mesmas [...]” (G17).

“A gente não está conseguindo dar conta da demanda que está vindo mesmo na pandemia [...] a pandemia em si ela trouxe uma série de outras patologias [...] ampliou a necessidade do serviço de saúde, então a demanda está muito grande [...] de pessoas SUS dependentes, por conta da crise que se instalou em 2015, 2016 e principalmente agora na pandemia” (G16).

“uma preocupação grande da gestão é a questão de que esses atendimentos de rotina não estarem acontecendo e o agravamento desses pacientes crônicos que aguardam para serem reavaliados [...] todos esses profissionais hoje só fazem atendimento imediato, atendimento realmente com queixa de dor ou de urgência” (G17).

“Por conta dessa questão da demanda e do número de profissionais, a gente tem uma sobrecarga dos profissionais, profissionais adoecidos, isso é uma coisa que chama atenção, [...] eu nunca tenho uma equipe 100%, desde o início da pandemia eu sempre tenho a equipe fragilizada ou com férias. E aí quem está na unidade nesse dia acaba se sobrecarregando, então isso é muito desmotivador” (G16).

“As unidades da saúde da família passaram também a aplicar vacina, então desencadeou um contingente de pacientes aqui dentro para tomar vacina, junto com os pacientes com síndrome gripal que vão passar pelo médico para serem possivelmente notificados e agendados para fazer a coleta do swab, junto com as puérperas, junto com a

gestante, junto com os pacientes que têm alguma queixa. Começou a ficar muito congestionado” (P7).

“No último ano os servidores tiveram uma perda muito grande salarial, a gente já vinha com a perda de uma gratificação SUS [...] eles tinham quarto salário [...] o município teve que cortar a questão do décimo quarto, eles tinham prêmio assiduidade, que também foi cortado, então a gente só viu perdas né?” (G17).

Para evitar que os usuários fossem até as unidades da APS, o controle e prevenção de agravos das doenças crônicas não transmissíveis deixou de ser feito. Somado a isso, o envelhecimento da população traz consigo inúmeros agravos de doenças crônicas (Da Silva et al 2015), e, mesmo que a prevenção de agravos seja uma recomendação durante a pandemia¹⁹, isso deixou de acontecer, prejudicando o cuidado integral e fortalecendo o modelo biomédico⁸.

Além disso, houve o aumento da população SUS-dependente³⁷, juntamente com os pacientes egressos da hospitalização por COVID-19, com sequelas respiratórias que necessitavam desfrutar da longitudinalidade do cuidado ^{1, 2, 4, 38}. Outro motivo que aumentou essas demandas na APS durante a pandemia foi a vacinação contra os vírus Sars-Cov-2 e influenza; muitas equipes estavam incompletas por férias, afastamento por COVID-19 ou até mesmo por suspeita de contaminação pelo vírus. Por fim, isso implicou em aumento de tarefas para os profissionais que ficaram na unidade, tendo que atender uma grande quantidade de pacientes e gerando estresse³⁸ causado pelo aumento da demanda de trabalho.

Somado a isso, os profissionais de saúde da APS ficaram desmotivados com o aumento dessas demandas de saúde da APS e as perdas salariais que ocorreram até mesmo antes da pandemia, afetando diretamente na qualidade da assistência oferecida para a população. Isso gera estresse no trabalho³⁸ e prejudica a efetivação dos princípios da APS, impactando o vínculo e controle social, a integralidade, a resolutividade, e a qualidade do cuidado oferecido à população.

Essa desmotivação profissional e aumento das demandas da pandemia, também corroborou para o desmonte do SUS que já vem acontecendo desde 2017⁵, sendo importante refletir essa trajetória e os impactos da pandemia na APS de todos os lugares do Brasil. Portanto, é necessário considerar os modelos prescritos da APS e os reais, pois mesmo com recomendações, a realidade dessa porta de entrada durante a pandemia, continua ferindo as diretrizes básicas da APS, prejudicando fluxo da rede, cuidado integral, vínculo com a população, orientação

comunitária e fortalecendo ainda mais o modelo biomédico. Todos esses parâmetros somados prejudicam a resolutividade da APS e pode gerar custos de saúde elevados para todo sistema de saúde.

Considerações finais

Este estudo identificou as facilidades e dificuldades relacionadas ao acesso e a qualidade dos serviços da APS em um município do estado de São Paulo, na perspectiva de usuários, profissionais e trabalhadores de saúde no contexto da pandemia da covid-19, bem como delineou os novos fluxos da RAS neste contexto.

Os achados demonstraram alguns aspectos que facilitavam o acesso à APS e fortaleciam a qualidade do cuidado em momento anterior à pandemia, como o Acesso Avançado, organização das unidades, vínculo e acolhimento das equipes, que tem se perdido nos últimos anos. Também apontaram fragilidades na porta de entrada do SUS, os quais ferem os atributos essenciais e derivados da APS, como a longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, controle social e resolutividade em saúde.

Tais alterações colocaram em evidência os impactos danosos do movimento de desmonte e subfinanciamento do SUS, que ainda resiste bravamente graças ao comprometimento de profissionais de saúde, gestores e usuários com esta importante política pública. Cabe a todos nós, enquanto sociedade, refletir sobre as dificuldades reveladas neste estudo para a busca de caminhos e alternativas que fortaleçam a saúde brasileira, protejam os trabalhadores de saúde e assegurem o acesso e a qualidade do cuidado aos usuários.

Agradecimentos

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) por meio de bolsa de Iniciação Científica (processo n. 2020/07203-8) e faz parte da Pesquisa em Políticas Públicas para o SUS, financiado pelo Convênio FAPESP-CNPq (processo n. 2019-03957-0).

Referências bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

2. World Health Organization. Quality in Primary Health Care. Technical series on Primary Health Care [Internet]. 2021 Aug 02 [cited 2021 Jul 30]:1-28. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/quality-in-primary-health-care>.
3. Starfield, B et al. “Contribution of primary care to health systems and health.” *Milbank Q* [internet]. 2005 [cited 2021 Jul 30]83(3):457-502. Available from: <https://doi.org.10.1111/j.1468-0009.2005.00409>.
4. Kessler, et al. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. *Rev Bras de Enf* [internet]. 2018 [cited 2021 Jul 30]71(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014>.
5. Furlanetto, LC et al. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Ciê & Saúde Colet*, [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]25(5):1851-1863. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>
6. Gomide, MFS et al. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2018 [cited 2021 Jul 30]22(65):387-398. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
7. Terra, LSV e Campos, GWS. Alienação Do Trabalho Médico: Tensões Sobre O Modelo Biomédico E O Gerencialismo Na Atenção Primária. *Trab. Educ. e Saúde* [internet]. 2019 [cited 2021 Jul 30]17(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>.
8. Canadian Institute for Health Information. How Canada Compares: Results From The Commonwealth Fund’s 2016 International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries — Accessible Report. Ottawa. [internet]. 2017 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/text-alternative-version-2016-cmwf-en-web.pdf>
9. Health emergencies: Coronavirus diseases [Internet]. 2020 Mar 12. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic; [cited 2021 Jul 30]; Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
10. Daumas, RP et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]36(6). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>

11. Ribeiro, MA et al. Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. APS em Revista [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]2(2):177-188. Available from: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.125>
12. Dos Santos, MCS et al. Adaptations to primary health care services in front of covid-19: multiprofessional experiences. Estud. Av. [internet]. 2021 [cited 2021 Jul 28]2(2). Available from: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/246>
13. Moraes, RS. Atenção Primária à Saúde no combate da pandemia provocada pela COVID-19. Rev. de Saúde Pública do Paraná [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]3(2): 158-168. Available from: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n2p158>
14. Haines, A., et al. (2020). National UK programme of community health workers for COVID-19 response. The Lancet [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]395(10231):1173-1175. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30735-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30735-2)
15. Nacoti M, et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. Inovations in care delivery [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]1(2). Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/pdf/10.1056/CAT.20.0080>.
16. Halcomb, E et al. The experiences of primary healthcare nurses during the COVID-19 pandemic in Australia. Jof Nurs Scholarsh [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]52(5):553-563. Available from: <https://doi.org/10.1111/jnu.12589>
17. Neto, FRGX et al. Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Enferm. Foco (Brasília) [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]11(1). Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3682>
18. Peiris, D et al. Strengthening primary health care in the COVID-19 era: a review of best practices to inform health system responses in low-and middle-income countries. WHO South-East Asia J. of Public Health, [internet]. 2021 [cited 2021 Ago 26]10(3). Available from: <https://doi.org/10.4103/2224-3151.309867>
19. Moynihan, R., et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. BMJ open [internet] 2021 [cited 2021 Ago 26]11(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>.

20. Minayo, M. C. S. O desafio do conhecimento. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
21. Minayo, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista pesquisa qualitativa [internet] 2017. [cited 2021 Ago 26] 5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.
22. Barboza, TAV, et al. The use of an analytic flowchart to organize healthcare in the Brazilian Family Health Program. Cad Saúde Pública [internet]. 2005 [cited 2021 Ago 26]21(4):1036-1044. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400006> .
23. Amaral, VS et al. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. Physis [internet]. 2021 [cited 2021 Jul 28]31(01). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>.
24. Kumar, R, et al. Emergency and primary care collaboration during COVID-19 pandemic: A quick systematic review of reviews. J. Fam Med Prim Care [internet]. 2020 [cited 2021 Ago 30]9(8). Available from: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_755_20
25. Protasio, AOL et al. User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB. Ciên Saúde Colet [internet]. 2017 [cited 2021 Jul 28]22(6):1829-1844. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.
26. Amorim, JSC de, et al. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. Ciên Saúde Colet [internet]. 2018 [cited 2021 Jul 28]25(9):3625-3634. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.32852018>.
27. Cirino, F et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 28]15(42):2111-2111. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2111)
28. Vasconcelos, MIO et al. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. SANARE (Sobral) [internet]. 2018 [cited 2021 Jul 28]17(1). Available from: <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i1.1224>

29. Lima, JG et al. Essential attributes of Primary Health Care: national results of PMAQ-AB. *Saúde Debate* [internet]. 2018 [cited 2021 Jul 29]42(1):52-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.
30. Santos, ROM, et al. Longitudinality in Family Health: construction based on the care model, interpersonal practices and service organization. *Physis* [internet]. 2018 [cited 2021 Jul 28]28(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206>
31. Marques, RM. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. 2017.
32. Faria, RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciêñ Saúde Colet* [internet]. 2020 [cited 2021 Ago 30]25(11):4521-4530. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>.
33. Bousquat, A et al. Primary care in health regions: policy, structure, and organization. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2019 [cited 2021 Jul 29] 35(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118>
34. Gomes, ACS et al. O papel das ouvidorias e dos conselhos de saúde no SUS: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde* [internet]. 2017 [cited 2021 Ago 26]8(1):140-161. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5821295>
35. Santos, A. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS em revista* [internet]. 2019 [cited 2021 Jul 29]1(2):170-179. Available from: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>
36. Medina, MG et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 29]36(8). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
37. Facchini, L. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia?. *APS em revista* [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 29] 2(1):3-10. Available from: <https://doi.org/10.14295/aps.v2>
38. Jorge, A., et al. Os desafios para manejo da pandemia da Covid-19 em um hospital de Belo Horizonte e sua relação com a APS. *APS em revista* [internet]. 2021 [cited 2021 Jul 29]3(1):24-31. Available from: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i1.143>.

