

Avaliação da acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais

Evaluation of accessibility to Primary Health Care services in the view perspective of health personnel

Evaluación de la accesibilidad a los servicios de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los profesionales

Ana Inês Sousa^{ORCID}; Ludmilla Barbosa Bomfim dos Santos^{ORCID}; Maria Helena do Nascimento Souza^{ORCID};
Tatiana Monteiro da Paixão^{ORCID}; Sheila Nascimento Pereira de Farias^{ORCID}

RESUMO

Objetivo: avaliar, sob a ótica do profissional, a acessibilidade à atenção primária à saúde pela população coberta pela Estratégia Saúde da Família no município do Rio Janeiro, Brasil. **Método:** estudo transversal realizado com 349 profissionais de equipes de saúde da família. Para a coleta de dados, utilizou-se o questionário *Primary Care Assessment Tool* PCATool. **Resultados:** o indicador de acessibilidade não foi bem avaliado. O período de funcionamento da unidade, a não disponibilidade de profissional para dar orientações por telefone ou para prestar assistência quando o serviço está fechado e o tempo de espera para o usuário ser atendido, foram relatados como insuficientes. **Conclusão:** tais resultados mostram as fragilidades na rede de atenção primária à saúde no que tange a garantia do acesso da população aos serviços e a possibilidade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família prestarem um cuidado integral e resolutivo.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to assess the accessibility of Primary Health Care to the population covered by the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in the view of the health personnel involved. **Method:** this cross-sectional study was conducted with 349 family health team members. Data was collected using the Primary Care Assessment Tool (PCATool) questionnaire. **Results:** performance, as evaluated by the accessibility indicator, was not good. Unit uptime, staff availability to provide telephone guidance or assistance when the service was closed, and user waiting times were all reported to be unsatisfactory. **Conclusion:** these results show where the primary health care system is weak in guaranteeing the public's access to services and enabling Family Health Strategy personnel to provide effective, comprehensive care.

Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Services Accessibility; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la accesibilidad de la Atención Primaria de Salud a la población cubierta por la Estrategia de Salud de la Familia en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, a la vista del personal de salud involucrado. **Método:** este estudio transversal se realizó con 349 integrantes del equipo de salud familiar. Los datos se recopilaban mediante el cuestionario de la herramienta de evaluación de atención primaria (PCATool). **Resultados:** el desempeño, evaluado por el indicador de accesibilidad, no fue bueno. Se informó que el tiempo de actividad de la unidad, la disponibilidad del personal para brindar orientación o asistencia telefónica cuando el servicio estaba cerrado y los tiempos de espera de los usuarios no eran satisfactorios. **Conclusión:** estos resultados muestran dónde el sistema de atención primaria de salud es débil para garantizar el acceso del público a los servicios y permitir que el personal de la Estrategia de Salud de la Familia brinde una atención integral y eficaz.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é o nível de atenção considerado como porta de entrada para os serviços de saúde no Brasil e foi uma das principais inovações tecnológicas do século XX, trazendo importantes transformações epistemológicas e conceituais ao campo da saúde¹.

A concepção de atenção primária à saúde em *Alma-Ata* contempla três componentes essenciais: Acesso universal e primeiro ponto de contato com o sistema de saúde; indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social².

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos,

cuidados paliativos e vigilância em saúde, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede³.

O debate sobre a atenção básica à saúde permanece atual, dada a incorporação da cobertura universal de saúde na Agenda 2030, como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), e a atenção primária preconizada como estratégia para a cobertura universal².

No Brasil, a principal estratégia de implementação da atenção primária à saúde tem sido a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O acesso aos serviços da APS com ampliação da cobertura populacional pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território brasileiro tem sido crescente nas últimas três décadas, reflexo dos investimentos públicos realizados para o fortalecimento da APS como organizadora da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

Ainda assim, os avanços alcançados em ampliação do acesso e melhoria da qualidade na atenção básica ainda estão longe do que se poderia almejar para um sistema de saúde universal. Daí a necessidade de estudos voltados para a avaliação da qualidade dos serviços oferecidos e, nestas investigações, a visão dos profissionais que trabalham nestes serviços poderá subsidiar a identificação de problemas e a reorientação do modelo assistencial prestado.

A acessibilidade constitui um atributo essencial dos serviços de atenção primária à saúde e permanece como um nó crítico da APS brasileira, com vários problemas associados, sendo um importante indicador da qualidade de tais serviços⁵⁻⁶.

Esse atributo é condicionado por características organizacionais e geográficas, que podem facilitar ou dificultar a entrada dos indivíduos nos serviços de saúde. Abrange características dos indivíduos e dos serviços, que podem viabilizar ou não a utilização dos serviços e a continuidade do cuidado⁵.

Apesar do aumento significativo de pesquisas sobre a relevância dos serviços ofertados pela rede de atenção primária à saúde, na literatura há lacunas no que se refere a percepção dos profissionais sobre as formas de acesso da população aos serviços e a qualidade da assistência prestada nesse nível de atenção.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar, sob a ótica do profissional, a acessibilidade à atenção primária à saúde pela população coberta pela Estratégia Saúde da Família no município do Rio Janeiro, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo seccional, desenvolvido por meio de inquérito com profissionais de saúde das equipes de saúde da família da Área de Planejamento (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro e por meio de aplicação de questionário com a presença do entrevistador, numa amostra de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O cenário do estudo foi constituído pelas vinte Unidades de Saúde da Família do tipo A e sete Unidades do tipo B, distribuídas nas seis Regiões Administrativas da AP 3.1, a saber: Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré, sendo esses bairros caracterizados pela alta densidade demográfica, vulnerabilidade e desigualdade social⁷.

As unidades de saúde da família do tipo A são compostas por equipes de saúde da família enquanto as unidades do tipo B são representadas pelos Centros Municipais de Saúde que apresentam o modelo assistencial tradicional realizados por outros profissionais da atenção básica além de equipes de saúde da família que atende uma parte do território.

No período de coleta de dados a AP 3.1 possuía nestas unidades um total de 134 equipes saúde da família com 1167 profissionais de saúde.

Afim de averiguar de maneira mais abrangente, optou-se a época do estudo, por considerar toda a equipe da ESF no território, a opção pela utilização do instrumento se deu por considerar questões essenciais para avaliação dos profissionais, uma vez o mesmo estava sendo utilizado, inicialmente para avaliação dos profissionais da ESF.

Para a definição da amostra por conveniência inicialmente considerou-se o percentual de 50% das unidades tipo A e B da Área de Planejamento citada, sendo identificados 642 profissionais de saúde, com base na ficha cadastral da Coordenação da Área de Planejamento 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde.

Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais que estavam prestando assistência nas equipes de saúde da família, com período empregatício superior a quatro meses, a fim de possibilitar um maior contato temporal entre tais profissionais e a população atendida nessas unidades. Foram excluídos os profissionais que, durante o período da coleta dos dados, estavam de férias, licença médica ou licença maternidade, e aqueles que não foram encontrados após três visitas das pesquisadoras à unidade. Foram excluídos ainda os profissionais das unidades de saúde localizadas em regiões em que as pesquisadoras estiveram impossibilitadas de comparecer devido à falta de segurança decorrente da situação de violência e conflitos sociais.

Deste modo, participaram do estudo 349 profissionais de saúde, sendo 86 enfermeiros, 24 médicos, 16 dentistas, 30 auxiliares e técnicos, 180 ACS e 13 técnicos de saúde bucal.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2014, por meio de entrevista baseada no questionário de Avaliação da Atenção Primária PCATool *Primary Care Assessment Tool* - versão para Profissionais, validado para uso no Brasil⁸. Deste questionário, foram selecionadas as questões referentes ao atributo da atenção primária à saúde denominado de acesso de primeiro contato – acessibilidade. Além destas questões, foram acrescentadas ao instrumento variáveis sociodemográficas e ocupacionais para possibilitar a caracterização dos participantes.

Com relação à acessibilidade, os profissionais foram questionados sobre o horário e os dias de funcionamento da Unidade Básica de Saúde, incluindo final de semana e período noturno; se, quando o serviço de saúde está fechado, há alguma pessoa para atender o paciente caso adoça; se o serviço oferece aconselhamento rápido pelo telefone quando os pacientes julgarem necessário; se o paciente possui facilidade para agendar consulta no serviço; e se, em média, o paciente necessita esperar mais de 30 minutos para ser atendido pelo médico ou enfermeiro⁸.

Os dados foram processados e analisados com auxílio dos programas Epi-Info versão 3.5 e *Statistical Package for the Social Sciences* SPSS versão 21.

O cálculo dos escores dispostos em uma escala do tipo Likert foi realizado de acordo com os passos descritos no manual do instrumento PCATool. As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” valor=4, “provavelmente sim” valor=3, “provavelmente não” valor=2, “com certeza não” valor=1 e “não sei/ não lembro” valor=9⁸.

Assim, inicialmente, foi realizada a inversão dos valores dos escores, quando indicada. Para cada componente, calculou-se um escore médio, baseado no quociente entre a soma do valor dos itens e o número de itens.

Os escores foram convertidos em uma escala de 0 a 10 mediante a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 valor mínimo] X 10 / 4 valor máximo – 1 valor mínimo. Os valores iguais ou superiores a 6,6 indicaram avaliação positiva com o determinado atributo da atenção primária, refletindo a qualidade do serviço prestado⁸.

Esta pesquisa está vinculada ao Projeto de Pesquisa: “Serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro: Uma análise das dimensões e potencialidades da Estratégia Saúde da Família”, realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais exigidos pela Resolução 466/2012 e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob o protocolo número 90/13, e autorizado pela Coordenação de Área Programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes no estudo.

TABELA 1: Características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais das Unidades de Saúde da Família (n=349). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Características	Categoria Profissional					
	ACS	Dentista	Enfermeiro	Médico	Técnico de Enfermagem	Técnico de Saúde Bucal
	%	%	%	%	%	%
Idade (anos)						
≤34	47,2	60,0	60,5	75,0	44,8	38,5
>34	52,8	40,0	39,5	25,0	55,2	
Sexo						
Feminino	83,3	87,5	89,7	62,5	86,2	100
Masculino	16,7	12,5	10,3	37,5	13,8	0,0
Escolaridade						
Até Ensino Médio	91,7	0,0	0,0	0,0	96,7	92,3
Ensino Superior	7,2	12,5	26,7	45,8	3,3	7,7
Pós-graduação.	1,1	87,5	73,3	54,2	0,0	0,0
Tempo de atuação na Saúde da Família (anos)						
≤ 3	69,9	37,5	44,2	70,8	56,7	23,1
>3	30,6	62,5	55,8	29,2	43,3	69,2
Tempo de atuação na unidade de Saúde da Família atual (anos)						
≤ 2,5	39,5	28,5	63,4	85,7	48,3	38,5
>2,5	60,5	71,5	36,6	14,3	51,7	61,5

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos profissionais entrevistados apresentou idade inferior a 34 anos e era do sexo feminino. Em relação à escolaridade, verificou-se o predomínio de profissionais com Ensino médio completo. Quanto ao tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família e na Unidade de saúde atual, a média foi de 4,2 anos e 2 anos, respectivamente.

A partir dos escores atribuídos pelos profissionais ao atributo da acessibilidade do usuário ao serviço da APS foi possível analisar a qualidade do serviço prestado pelos mesmos, considerando como adequada quando os escores médios se encontravam acima de 6,6 e inadequada quando os valores estavam abaixo de 6,6 (Tabela 2).

TABELA 2: Resultado dos escores: essencial, derivado e geral, se acordo com o PCATool, por categoria profissional (n=349). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Escores	Profissionais de saúde com nível superior	Profissionais Técnicos ou Auxiliares, de nível médio	Resultado geral
Escore essencial			
Média (DP)	7,34 (0,79)	6,67 (0,98)	6,91 (0,97)
Escore derivado			
Média (DP)	8,41 (1,18)	7,97 (1,50)	8,12 (1,41)
Escore geral			
Média (DP)	7,87 (0,90)	7,32 (1,09)	7,52 (1,06)

Observa-se, na Tabela 3, que critérios relacionados à estrutura e ao processo de trabalho foram avaliados de forma negativa, pois apenas as perguntas A1, A3 e A8 ficaram acima da média. Os resultados mostraram ainda que as questões A2, A5, A6 e A7 receberam maior percentual de resposta negativa, evidenciando que o serviço funciona poucas horas por dia, deixando a desejar no que se refere a meios telefônicos e/ou outros meios para comunicação com o profissional.

TABELA 3: Escores médios de cada questão do atributo acessibilidade, analisada pelos profissionais de nível superior ou nível médio, das unidades de Saúde da Família (n=349). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Questões	Escore Médio (DP)		
	Profissional de nível superior	Profissional de nível médio	Resultado geral
A1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	7,70(3,42)	7,19(3,68)	7,37(3,59)
A2. Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até às 20 horas?	3,06(4,41)	4,10(4,36)	3,73(4,40)
A3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	9,30(1,35)	8,61(2,21)	8,86(1,97)
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	6,29(3,05)	5,85(3,38)	6,01(3,27)
A5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	2,08(3,12)	2,25(3,39)	2,19(3,29)
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	1,30(2,60)	0,85(1,94)	1,01(2,21)
A7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	0,45(1,36)	0,89(1,94)	0,74(1,76)
A8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde consulta de rotina, check-up no seu serviço de saúde?	7,76(2,60)	7,22(2,82)	7,41(2,75)
A9. Na média, os seus pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro sem contar a triagem ou acolhimento?	5,06(2,73)	5,95(3,23)	5,64(3,09)
Escore geral de Acessibilidade (Desvio padrão)	4,78(1,20)	4,77(1,33)	4,77(1,29)

DISCUSSÃO

Existe um consenso nas diferentes esferas do governo, na gerência dos recursos humanos e profissionais do SUS que o investimento na qualificação dos profissionais de saúde está intimamente relacionado ao êxito da Estratégia

Saúde da Família. A abordagem da educação permanente com esse enfoque é essencial para o modelo sanitário em questão. Assim, assevera-se a necessidade a criação de polos de educação permanente, para a aprimoramento do acolhimento, abordagem ao usuário e a compreensão do processo-doença, bem como estratégias gerenciais passíveis de execução nos territórios. Assim, a articulação serviço e universidades seria uma possibilidade para aprimoramento dos profissionais no acesso dos usuários na ESF e a gestão do trabalho dos profissionais nesse contexto.

A gestão do trabalho na ESF ainda é um grande desafio, uma vez que encontra interferência da macropolítica, nas questões orçamentárias, redes de atenção deficitárias, dentre outros. A inovação das ações, através do estímulo da potência dos trabalhadores, deve ser adotada em espaços dialógicos, impulsionando a democracia para resolução dos problemas inerentes ao processo de trabalho nas unidades. Nesse contexto, fazer valer os impostos do contribuinte, investindo em qualificação profissional e tecnologias.

Ainda que definir acesso, bem como o que seria um alto grau de acessibilidade, seja uma tarefa difícil, poder-se-ia dizer que um bom acesso é aquele em que o paciente consegue obter o serviço de saúde correto, no tempo e lugar correto, ou seja, aquele em que o usuário consegue o cuidado quando dele necessita⁹.

Nesta perspectiva, percebe-se que a relação usuário-equipe ainda é inconsistente no que tange à procura dos usuários pelos profissionais da atenção primária, pelo fato do horário de funcionamento ser limitado a aproximadamente 12 horas por dia e pela falta de orientação por parte do profissional responsável pelo usuário, fora do âmbito institucional, bem como pela demora nos atendimentos, configurados em tempo superior a 30 minutos.

O tempo de espera por atendimento evidencia uma desvalorização dos princípios da atenção primária, bem como a falta de vínculo e continuidade do cuidado. Seria oportuno repensar as estratégias inovadoras de acesso, uma vez que a organização do trabalho da atenção primária e a gerência poderia contar com o apoio da tecnologia e uso de mídias para aproximação do usuário e a unidade.

Garantir que o acesso da população aos serviços e ações em saúde seja efetivo e eficiente pode trazer um impacto positivo em indicadores de saúde e uma melhor qualidade de vida dos coletivos¹⁰. O desafio é grande, no entanto necessário para o enfrentamento das questões inerentes a promoção da saúde e prevenção de doenças dos usuários no território.

Aí está a potencialidade dos serviços de APS no território, entre eles, as Unidades de Saúde da Família (USF) que, ao se responsabilizar pela produção e oferta de ações e serviços em saúde, afirmam-se como importante e eficiente porta de entrada para o SUS¹⁰.

No entanto, como limitações, ainda encontram-se questões relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais das unidades saúde da família, que, no geral, agem em conformidade com as normas e fluxos impostos, sem conseguir levar em conta o que está implícito nas necessidades de cada usuário que procura por atendimento, apresentando dificuldade em planejar os atendimentos a fim de reduzir o tempo de espera e organizar o acolhimento e fluxo dos usuários, o que pode ser justificado também pela sobrecarga de trabalho, reflexo da grande demanda por atendimento, e pelas inúmeras atividades burocráticas exigidas no serviço^{11,12}.

Mesmo que se tenha ampliado o acesso à rede básica, ainda permanecem dificuldades relacionadas ao acolhimento e à fragmentação da atenção à saúde. Assim, para garantir o acesso ao cuidado em saúde nos serviços públicos, deve-se contemplar tanto as relações interpessoais como as sócio-organizacionais¹².

Se o usuário necessitar, por exemplo, de atendimento após 20 horas ou precisar ligar para um dos profissionais da equipe, não terá essa possibilidade. Portanto, faz-se necessário repensar em estratégias de aproximação do serviço com o usuário. Talvez contar com os meios de comunicação via celular institucional e mídias sociais, se apresente como possibilidade promissora. Ainda quanto a organização do trabalho, faz-se necessário a expansão dos horários de atendimento nas unidades.

Caso não seja repensado a organização do trabalho das unidades. Esta situação pode gerar o aumento da procura da população pelos hospitais, pois ainda há a crença de que, no âmbito hospitalar, a pessoa pode encontrar profissionais capazes de resolver os problemas de saúde a qualquer hora do dia.

A visão biologicista, centrada na perspectiva médica, precisa sair de cena e a Atenção Primária se colocar como força potencial para provocar a ampliação do olhar, requerendo o protagonismo dos seres em relação, em um círculo de novas reflexões¹³.

Entre as limitações do presente estudo deve-se considerar o fato dos resultados obtidos expressarem a realidade específica de profissionais que atuam em unidades de saúde da família de uma das dez áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro. Além disso, a situação de violência urbana e a sobrecarga de trabalho impossibilitaram que a coleta de dados fosse realizada junto a totalidade dos profissionais identificados. O tipo de delineamento desta pesquisa, por ser transversal, também pode ser considerado uma limitação, uma vez que não permitiu algumas

correlações e inferências causais na análise dos escores atribuídos pelos profissionais à qualidade dos serviços prestados na unidade de saúde da família. Desta forma, destaca-se a necessidade do desenvolvimento de outras pesquisas mais abrangentes que permitam a generalização dos resultados e o preenchimento da lacuna existente na produção do conhecimento sobre a temática da avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

Corroborando com os achados deste estudo, porém, uma pesquisa realizada em Fortaleza, no ano de 2019, demonstra que o atributo “Acessibilidade de primeiro contato” obteve escore médio de 2,99, configurando-se como baixo e sendo avaliado pelos profissionais de saúde como insatisfatório na ESF. Em estudo realizado no mesmo ano, em Juiz de Fora, Minas Gerais, a acessibilidade mostrou-se insatisfatória em todas as análises, com melhor avaliação das equipes de Saúde da Família ($p=0,375$), na área rural ($p=0,528$), entre os profissionais que possuem especialização em saúde da família ($p=0,685$) e residência em saúde da família ($p=0,196$), apontando fragilidades estruturais do serviço no que diz respeito à acessibilidade e identificando a importância de investimentos na qualificação dos profissionais como fator que promove melhor acesso ao serviço^{14,15}.

Em estudo realizado no município de Macaé, Rio de Janeiro, em 2017, os resultados apontam utilização satisfatória das unidades no que refere ao acesso de primeiro contato e insatisfatória quanto à acessibilidade aos serviços, o que mostra necessidade de investimentos na reorganização do processo de atendimento às demandas e prioridades dos usuários¹⁶.

CONCLUSÃO

Considerando os resultados deste estudo, verifica-se que houve deficiência na acessibilidade dos usuários aos serviços de atenção primária à saúde, mais precisamente às unidades de saúde da família. O período de funcionamento da unidade, a não disponibilidade de profissionais para dar orientações por telefone ou para prestar assistência quando o serviço está fechado e o tempo de espera para o usuário ser atendido foram aspectos relatados como insuficientes.

Nesse sentido, foram evidenciadas as fragilidades na rede de atenção primária à saúde no que tange a garantia do acesso da população aos serviços e a possibilidade dos profissionais da Estratégia Saúde da Família prestarem um cuidado integral e resolutivo.

Para garantir a integralidade do cuidado de modo qualificado, faz-se necessário que as equipes se empenhem em criar um vínculo individual e coletivo com as famílias, buscando alternativas para facilitar o acesso ao serviço. O aumento do número de unidades de saúde da família ou a ampliação/ flexibilidade do horário de funcionamento pode ser visto como alternativas. A organização do trabalho, bem como os processos de trabalho na ESF precisam ser periodicamente avaliados, para aprimorar o acesso e a promoção de saúde dos usuários do Sistema, a fim de gerar subsídios para as decisões dos gestores no âmbito da macro e da micropolítica.

Considerar a criação de núcleos estruturantes de apoio a gestão, através da educação permanente de profissionais, através de parcerias com universidades, se caracteriza como pertinente nos territórios. Principalmente, aqueles mais vulneráveis, de baixo índice de desenvolvimento humano.

Ressalta-se, ainda, que a avaliação periódica dos serviços de atenção primária pode subsidiar a implementação de ações intersetoriais que visem à continuidade dos cuidados de forma integral e que favoreçam o acesso equitativo e o fluxo dos usuários na Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
2. Giovanella L. Basic health care or primary health care? Cad. Saúde Pública [Internet], 2018 [cited 2019 Nov 03]; 34(8):e00029818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>.
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [cited 2020 Apr 23]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, Seidl H, Bousquat A, Almeida PF, Tomasi E. The future of primary health care in Brazil. Saúde debate [Internet], 2018. [cited 2019 Nov 03]; 42(spe1):12-4. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>.
5. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDF. Adolescent and youth access to primary health care services in a city in the state of Bahia, Brazil. Cad. Saúde Pública [Internet], 2019 [cited 2019 Nov 03]; 35(1): e00044718. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>.
6. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Access to care in Primary Health Care in Brazil: situation, problems and coping strategies. Saúde debate [Internet], 2018 [cited 2019 Nov 03]; 42(spe1):361-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>.

7. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Br). Anexo técnico I: informações sobre a área de planejamento 3.1. Rio de Janeiro; 2020. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [cited 2020 Jan 10]. Available from: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/188552/DLFE-190313.pdf/1.0>.
8. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [cited 2020 Jan 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf.
9. Norman AH, Tesser CH. Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. *Saúde e Sociedade* [Internet], 2015 [cited 2019 Nov 07]; 24(1):165-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>.
10. Quevedo ALA, Rossoni E, Pilotto LM, Pedroso MRO, Pacheco PM. Right to health, access, and integrality: analysis from a Family Health Unit. *Rev. APS*. [Internet], 2016 [cited 2019 Nov 11]; 19(1): 47-57. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168757/001006175.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Rodrigues MSM. Acolhimento à demanda espontânea: processo de trabalho da equipe de profissionais em unidade básica de saúde. [master thesis]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2019. [cited 2019 Sep 23]. Available from: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/50652>.
12. Marin MJS, Moracvink MYAD, Marchioli M. Health service access: comparing professionals' and users' views of primary care. *Rev. enferm. UERJ* [Internet], 2015 [cited 2019 Nov 11]; 22(5): 629-36. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.4238>.
13. Campos KFC, Marques RC, Ceccim RB, Silva KL. Educação Permanente em Saúde e Modelo Assistencial: Correlações no cotidiano de serviço na Atenção Primária à Saúde. *APS em Revista* [Internet], 2019. [cited 2020 apr 23]; 1(2):132-40. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.28>.
14. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Evaluation of primary health care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. *Rev Bras Enferm*. [Internet], 2019 [cited 2019 Nov 11]; 72(1):19-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>.
15. Garcia MCM, Barra JF, Andrade e Silva E, Coelho ACO. Evolution of accessibility in primary health care from the perspective of managers. *HU Revista* [Internet], 2019 [cited 2020 Apr 23]; 45(3): 283-8. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.28759>.
16. Leoneza IL, Paz EPA, Guimarães RM, Castro AA. Access to family health unit from the hypertensive's perspective. *Rev. enferm. UERJ* [Internet], 2017 [cited 2020 Apr 23]; 25:e14442. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14442>.