



DOI: 10.14295/cad.cult.cienc.v18i2.2441

## **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ASSISTÊNCIA POBRE PARA POBRES?**

Loeste de Arruda-Barbosa<sup>1</sup>

**Resumo:** O objetivo com este estudo objetivo identificar a compreensão que o usuário têm da assistência e dos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), avaliando o acesso e infraestrutura nesses serviços. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em 11 unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF) da cidade de Fortaleza-CE. Participaram desse estudo 11 usuários da ESF. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas analisadas pela perspectiva da análise de conteúdo. De modo geral, os usuários relataram dificuldade no acesso aos serviços e avaliaram a ESF como precária. Também identificaram problemas na estrutura física das UESF e falta de medicamentos. A maioria dos entrevistados classificou a ESF como regular ou péssima, porém, relataram satisfação com a visita domiciliar. Tais fragilidades encontradas neste estudo reforçam ideias, já aqui identificadas, de inferioridade dos serviços públicos de saúde em relação à assistência privada. E levanta a reflexão da urgente necessidade para a reformulação dos serviços da ESF na cidade de Fortaleza.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Pacientes. Avaliação.

## **FAMILY HEALTH STRATEGY: POOR ASSISTANCE FOR POOR?**

**Abstract:** The purpose of this study was to identify the user's understanding of the assistance and services offered by Family Health Strategy (FHS), assessing access and infrastructure in these services. This is a qualitative study carried out in 11 units of the Family Health Strategy (UFHS) in the city of Fortaleza-CE. Eleven users of the FHS participated in this study. Data collection took place through semi-structured interviews analyzed by content analysis. In general, users reported difficulties in accessing services and rated the FHS as precarious. They also identified problems in the physical structure of the UFHS and lack of medication. Most respondents rated the FHS as regular or very poor, however, they reported satisfaction with the home visit. Such weaknesses found in this study reinforce ideas, already identified here, of the inferiority of public health services in relation to private assistance. It raises the reflection of the urgent need for the reformulation of FHS services in the city of Fortaleza.

**Keywords:** Family Health Strategy. Primary Healthcare. Patient. Evaluation.

---

<sup>1</sup> Prof. Dr. do Instituto Federal de Roraima - IFRR  
Autor correspondente: loeste.arruda@gmail.com

## Introdução

As primeiras equipes do Programa de Saúde da Família - hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF) - foram formadas no Estado do Ceará em janeiro de 1994, compostas na época, por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS) (ALBUQUERQUE; BOSSI, 2009; MACINKO et al., 2015). A ESF é uma das estratégias que permitem superar o sistema fragmentado vigente através da implantação de redes de atenção à saúde. Ela traz uma abordagem familiar e comunitária através do trabalho em equipe reorientando o modelo assistencial da Atenção Primária sem supervalorizar a assistência à saúde curativa (BARBOSA; DANTAS, 2013; COSTA E SILVA, ESCOVAL; HOETALE, 2014).

Essa estratégia adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento dos determinantes do processo saúde-doença, assim como, propõe a articulação entre saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde (SORATTO et al., 2015). Logo, compreende-se que a ESF se constitui como a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária e para a substituição do modelo biomédico, o qual não está de acordo com os princípios do SUS, por um modelo fundamentado na promoção da saúde que tem como base a produção de cuidados em saúde e empoderamento individual e comunitário.

Importantes transformações sociais ocorreram com a implantação da ESF no Brasil, tais como; deu novo impulso às Reformas Sanitárias iniciadas na década de oitenta em vários países (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HOETALE, 2014), trouxe: o sistema de saúde para mais perto das comunidades; um novo modo de trabalho em equipe centrado na família com *locus* de ação voltado para o território social; fortaleceu a Atenção Primária; incentivou o trabalho fundamentado na promoção da saúde e prevenção de agravos e, desse modo, incorporou e contribuiu para efetivação dos princípios do SUS.

Resultados desse modelo já puderam ser obtidos: o Brasil já conseguiu reduzir os índices de mortalidade infantil e da mortalidade de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, além do número de hospitalização e de complicações provindas de doenças crônicas, a citar: diabetes melito. Não obstante, as doenças tropicais obtiveram reduções satisfatórias de incidência após a implantação da ESF (MACINKO et al., 2015).

No município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Brasil, espaço deste estudo, a implantação da ESF ocorreu em 1999, e vem em constante processo de expansão representando, na atualidade, um nó complexo para a gestão da Atenção Primária (ALBUQUERQUE; BOSSI,

2009). Uma das ferramentas que podem ser utilizadas pela gestão para o incremento na qualidade da ESF é o processo avaliativo na perspectiva do usuário.

Ao refletir sobre as particularidades nacionais e internacionais das concepções de Atenção Primária, observa-se que as pesquisas relacionadas à avaliação da mesma ainda são insuficientes, assim, entende-se que a realização de um estudo que busca na literatura nacional e internacional os instrumentos que vêm sendo utilizados como ferramentas de avaliação nesse nível de assistência à saúde são de suma importância, haja vista a literatura ainda ser escassa em relação à temática (FRANCOLLI et al., 2014).

Assim, a avaliação da qualidade da atenção prestada pela ESF é fundamental, pois possibilita novos investimentos na melhoria da qualidade dos serviços ofertados dentro de cada território de saúde, novas formas de gestão e cuidado, ações mais acessíveis, resolutivas e humanizadas aos usuários (LIMA et al., 2016). Mesmo porque a própria avaliação constitui um dos vários fundamentos da Atenção Primária e conseqüente acompanhamento dos resultados alcançados, pois esses farão parte do processo de planejamento e programação dos serviços (VIEIRA et al., 2016).

Para consolidação e excelência da ESF é importante que seja levada em consideração a avaliação que a comunidade usuária faz dela, o que reflete na sua satisfação geral com os serviços utilizados que englobam, dentre outros pontos; acessibilidade, acolhimento, estrutura física e qualidade dos serviços. Para isso, faz-se necessário possibilitar processos de avaliação que não excluam desta ação os sujeitos envolvidos diretamente que podem colaborar com a construção dos serviços à medida que os valoriza como corresponsáveis pelo conhecimento produzido, incitando a uma maior autonomia comunitária (SILVEIRA et al., 2015).

A avaliação dos serviços de saúde, a partir da opinião dos clientes, tem focalizado sua satisfação como principal indicador de qualidade dos serviços. Contudo, medir a satisfação do usuário com um dado serviço não é uma tarefa simples, pois o conceito de satisfação está sob a égide de diversos fatores, tais como: características dos profissionais (personalidade, habilidade, atitudes), características do usuário (sociodemográficas, estado de saúde, expectativas quanto ao serviço), relacionamento usuário/profissional e fatores ambientais (estrutura, localização e acesso ao serviço) (JORGE et al., 2007). Então, se faz importante entender como os usuários da Atenção Primária avaliam a ESF e seus serviços de modo a repensar a atuação dos profissionais de saúde e gestores no intuito de tornar os serviços mais eficientes e com mais qualidade.

Acrescenta-se que o desenvolvimento e sucesso de uma dada política pública adotada podem ser avaliados com base em diversos indicadores, um deles pode ser a satisfação da

comunidade frente aos serviços disponibilizados, o que certamente reflete num maior ou menor grau de afinidade pelo serviço, resultando, nesse sentido, em aumento ou diminuição de sua busca (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011).

Nessa perspectiva, ao considerar que, acolhimento, satisfação com a estrutura física e avaliação dos serviços são elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada, desenvolveu-se este estudo numa vertente investigativa e interpretativa, com o objetivo identificar a compreensão que o usuário tem da assistência e dos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família, avaliando o acesso e infraestrutura nesses serviços.

Este estudo poderá contribuir para construção de estratégias que promovam a melhoria dos serviços da ESF e Atenção Primária a partir dos resultados encontrados, colaborando, dessa forma, para a melhorar os serviços públicos de saúde.

## **Material e Métodos**

Este é um estudo qualitativo realizado em 11 unidades da Estratégia de Saúde da Família (UESF) em diferentes áreas da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, escolhidas de modo aleatório, com pelo menos uma UESF na área de cada uma das seis Regionais de Saúde da cidade e uma UESF no centro. Estudos qualitativos se interessam pelas experiências humanas que permeiam um dado tipo de investigação, assim, permite conhecer a percepção e subjetividade dos entrevistados envolvidos (BENJUMEA, 2015). O tempo de funcionamento superior a um ano foi o critério utilizado para a inclusão das UESF, tempo suficiente para a construção de vínculo entre a equipe de saúde e a população adscrita.

Para realização do estudo participaram 11 usuários da ESF, convidados quando aguardavam as consultas médicas. Critérios de inclusão dos entrevistados: ter tido pelo menos uma experiência de atendimento na UESF no período do último ano, residir na área adscrita e possuir idade superior a 18 anos, ficando excluídos os que não se enquadraram em algum dos quesitos supracitados. Em cada UESF, apenas um usuário foi entrevistado.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2014, com a aplicação de uma entrevista semiestruturada, elaborada e gravada pelos autores que aproximadamente 20 minutos e ocorreu nas UESF em locais reservados, antes do seu atendimento. As entrevistas tiveram como questões norteadoras: a avaliação da acessibilidade dos entrevistados aos serviços da ESF, relevância dos serviços e a satisfação com a estrutura física das UESF, além da identificação da

influência socioeconômica na utilização da assistência da ESF.

Determinou-se o número de participantes pelo critério de saturação de dados. No que se refere à pesquisa qualitativa, sabe-se que a amostra pode ou não ser constituída randomicamente, quando houver repetição dos mesmos em mais de 50% dos casos poderá ser considerada a saturação dos dados (SAUNDERS et al., 2018)

Utilizou-se o método de análise de conteúdo (BARDIN, 2008) fundamentado com literatura pertinente referente à temática. Nesse estudo as falas foram separadas em unidades temáticas e agrupadas em categorias e/ou subcategorias que contém ideias convergentes sobre um determinado assunto, criadas baseadas nos relatos dos entrevistados.

Quanto aos critérios éticos e legais, obteve-se a aprovação desse estudo pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, 2009182220913, e os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e no intuito de preservar as identidades dos participantes, suas falas ficaram representadas numericamente e acompanhadas da letra 'E' que representa a entrevista em questão.

## **Resultados e Discussão**

Dos entrevistados, nove eram mulheres e três homens com idade no intervalo entre 24 e 64 anos. Uma pessoa havia concluído o ensino superior, seis entrevistados concluíram o ensino médio como escolaridade máxima e quatro tinham apenas o ensino fundamental completo ou incompleto. A renda familiar da maioria era de um salário mínimo (4), porém foram entrevistadas pessoas com renda menor que um salário (2), entre um e dois salários (3) e maior que dois salários (2).

### **Categoria 1: Acessibilidade aos serviços da ESF**

Essa categoria retrata as experiências dos entrevistados no que se refere ao acesso aos serviços da ESF e, a partir dos depoimentos ora relatados, construíram-se duas subcategorias:

#### **Subcategoria: Acesso deficient**

São apontados problemas em relação à marcação de consultas médicas e exames devido ao limitado número de senhas para atendimento, o que leva muitos usuários a saírem de casa ainda

durante a madrugada para tentar consegui-las. Denunciam também o comércio de senhas, tempo de espera alto para atendimento, falta de mecanismos para atender pacientes em condições especiais, como os com deficiência física.

- *“A pessoa enfrenta fila pra marcar uma consulta, pra pegar um remédio, e na hora ainda não recebe! aí volta e vem de novo. É uma humilhação” (E2).*
- *“Você sai 4 da manhã no perigo que está Fortaleza para pegar uma senha, quando chega lá já tem 3 ou 4 pessoas guardando vaga para ganhar dinheiro, eu acho que não funciona desse jeito” (E8).*
- *“Lá quando um pai ou um paciente vai se consultar com deficiência, não tem carro de apoio pra ir deixar o paciente” (E5).*
- *“Meu marido tá esperando um exame da próstata oh, bem uns 2 anos, por que fica no sistema e isso aí vai te enrolando e enrolando...” (E10).*
- *“Uma vez que eu vim e me queixei de 3 coisas e ainda tinha outra, aí me disseram assim: não, você terminou sua cota só pode ser 3 exames, tipo assim, 3 papéis!” (E10).*
- *“O médico passa 60 comprimidos e a gente só recebe 30” (E3).*

### **Subcategoria: Pontos positivos no acesso**

Dois usuários levantaram dois diferentes pontos positivos da acessibilidade na ESF: o trabalho do agente comunitário de saúde e a visita domiciliar. Esses são aspectos importantes que fazem o diferencial das atividades da ESF que os agradam.

- *“A agente de saúde vai na minha casa, eles vem saber se o medicamento acabou, fazem uma consulta completa” (E6).*
- *“Tem nutricionista que vai atender as pessoas em casa” (E5).*

Nota-se que a dificuldade de acesso dos entrevistados à ESF foi uma insatisfação quase unânime, principalmente no que concerne a marcação de consultas e exames, demora no atendimento, falta de medicamentos em algumas UESF e, até mesmo, o comércio de senhas. Contudo, há serviços muito valorizados pela população como o trabalho dos ACS e a visita domiciliar que atenuam a realidade precária da ESF em Fortaleza.

Infelizmente essa problemática encontrada nesse estudo também já foi relatada em outra importante cidade do Ceará, Crato, cujos entrevistados demonstraram também forte valorização das visitas domiciliares pelos médicos e ACS, mas, outrossim, teceram duras críticas sobre a dificuldade de acesso aos serviços da ESF, falta de medicamentos além de valorização em demasia de consultas médicas (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011).

Ressalta-se que o acesso à saúde deve contemplar desde questões sócio-organizacionais, para facilitar a entrada das pessoas no sistema de saúde público, até questões relacionadas a

relações interpessoais (BARBOSA; DANTAS, 2013). Ou seja, o acesso aos serviços de saúde é um processo dinâmico e complexo com diferentes interações entre dimensões e habilidades necessárias para que os serviços de saúde possam ser alcançados e ter impacto sobre a saúde dos indivíduos (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Sabe-se que pelo País a fora existem serviços que mesmo contando com um bom local para espera, não encontraram fórmulas para extinguir as filas. Outros ainda que, pela grande demanda reprimida, existe comercialização de lugares nas filas de espera. A ESF foi concebida para expandir o acesso à Atenção Primária e coordenar a integração com as redes de atenção à saúde, entretanto, em contraste com o esperado, o índice composto da avaliação da dimensão do acesso continua baixo. Isso sugere que a introdução da ESF não implica necessariamente uma melhoria de acesso (RAMOS; LIMA, 2003; STRALEN et al., 2008). Desse modo, empoderar a opinião dos usuários permite, aos profissionais de saúde, a ampliação da capacidade de atendimento e potencializar as intervenções dirigidas aos problemas trazidos pela população, o que se traduz em maior acesso, acolhimento e resolubilidade da assistência prestada, traduzida na humanização defendida pelo Sistema Único de Saúde (TOCCI; COSTA, 2018).

Problemas e dificuldades no acesso, na demanda incompatível com o quantitativo e qualificação dos profissionais, na resolutividade dos serviços, bem como na estrutura física e equipamentos disponíveis, mostraram a fragilidade na universalização e integralidade das ações da ESF e da Atenção Primária no País (TRINDADE; PIRES, 2013). Talvez a característica mais visível no ambiente de cuidados de saúde hoje é a tentativa de transformá-lo - para remediar problemas de qualidade, experiência, custo e, sobretudo, o acesso (PEEK; COHEN; DEGRUY, 2014) que no SUS deve sempre ser universal.

## **Categoria 2: Estrutura física da UESF**

Não houve nenhum elogio no tocante à estrutura física das UESF. Os usuários se mostraram bastante insatisfeitos com a falta de conforto, portas quebradas, ambientes pequenos, maquinários antigos e com defeitos, falta de material para atendimento e, até mesmo, falta de higiene.

- *“As cadeiras são quebradas e são horríveis e, assim, os dentistas não tem como trabalhar” (E3).*

- *“O banheiro falta uma porta boa, as mulheres vão ao banheiro e precisa ficar segurando a porta com a mão, isso tá errado!” (E3).*

- *“O médico atendendo 20, 30 pessoas numa sala que não tem a mínima condição” (E8).*

- *“Você passe por aquele bebedor e dê uma olhada! eu trago uma garrafinha d`agua, eu nem bebo nem deixo meus filhos botar a boca lá! Nem pense que é porque eu sou orgulhosa, não é porque é filho de pobre que bota a boca em qualquer coisa, que bebe qualquer sujeira, tá com 2 mês que é assim”*(E11).

Um dos resultados que mais chamou atenção nesse estudo foi que o aspecto mais criticado pelos entrevistados se referiu à estrutura física das UESF, em que não houve nenhum elogio ou relato de satisfação a esse respeito. Trata-se de um forte motivo de descontentamento utilizar um serviço de saúde com ausência do mínimo de conforto. Os entrevistados denunciaram e lamentaram o precário estado físico que as UESF se encontravam: portas quebradas, ambientes pequenos, maquinários antigos e com defeitos, falta de material para atendimento e até mesmo falta de limpeza nos ambientes.

Sabe-se que a ESF foi implantada primeiramente, em muitas cidades, nas áreas onde se concentram as populações mais carentes, com as piores condições de infraestrutura básica e isso contribui para que as pessoas pensem ser um tipo de assistência voltado para os pobres (BARBOSA; OLIVEIRA; DANTAS, 2012). Entretanto, fica evidente que os usuários não apresentam um comportamento de conformismo com as problemáticas condições estruturais encontradas, mas sim se mostram bastante insatisfeitos com esses problemas na ESF de Fortaleza. Pode-se dizer que no mínimo, configura-se uma falta de respeito com o contribuinte não ter seus impostos revertidos para a melhoria geral dos serviços públicos de saúde.

Portanto, o que se verifica é uma fragilidade de infraestrutura configurando o não cumprimento da humanização preconizada pelo SUS. Quando há ambiência comprometida fica mais difícil proporcionar uma atenção acolhedora e humana (VIEIRA et al., 2016). Infelizmente esse é um problema recorrente em outros municípios brasileiros onde até mesmo os profissionais de saúde e gestores entram em consenso sobre a necessidade de melhorar a estrutura física e o ambiente de trabalho na Atenção Primária (SERAPIONI; SILVA, 2011). Pelo Brasil a fora há serviços com áreas físicas tão pequenas que não dispõem sequer de uma sala de espera (RAMOS; LIMA, 2003). Sendo assim, esta situação requer melhoria para que se possa oferecer uma verdadeira atenção à saúde em que os serviços sejam ofertados com qualidade, de forma humanizada e, sobretudo com responsabilidade sanitária, pois repercute negativamente na realização de atividades consideradas essenciais para a ESF (VIEIRA et al., 2016).

### **Categoria 3: Avaliação da ESF e seus serviços**

A maior parte dos entrevistados demonstra insatisfação com a ESF e seus serviços e ainda



assim, uma pequena parte que demonstra satisfação faz duras críticas aos serviços ofertados. Tais relatos foram agrupados em duas subcategorias:

### **Subcategoria: Insatisfação com a ESF e seus serviços**

Essa subcategoria agrupa os relatos dos entrevistados que demonstraram insatisfação com a ESF e a consideraram regular ou péssima. Para tanto, basearam-se em pontos como atendimento, assistência médica, dispensa de medicamentos e gestão interna e municipal.

- *“Quanto à qualidade do serviço prestado aqui eu diria que é regular porque falta muita coisa, atendimento, remédio em farmácia, uma gestão boa, uma gestão de fora do posto. A gestão interna ninguém conhece” (E3).*
- *“Agora mesmo com enfermeira técnica, o rapaz reclamou da limpeza aí ela falou: eu não trabalho na limpeza nem na minha casa vou trabalhar aqui?! eu trabalho é na assistência técnica...”, aí o rapaz ficou todo sem jeito e saiu. Isso não é a maneira de uma pessoa que tem mais estudo tratar outra. É um absurdo” (E11).*
- *“Aqui falta tanta coisa pra eu dizer que o posto tá bom. Aqui, você é mal atendido leva logo um esparro” (E11).*
- *“Descrevendo o sistema dos postos de saúde de fortaleza, a palavra é PÉSSIMO!” (E4).*
- *“Em uma palavra, para mim a palavra que descreve o serviço de ESF é PRECÁRIA!” (E1).*
- *“O programa de saúde para mim está acabado. Uma vez precisei de um exame de sangue que precisava pagar vinte reais é um absurdo” (E8).*
- *“Aqueles remédio mais caros às vezes tem que comprar” (E11).*
- *“Demora muito para a gente fazer exame de sangue, outra vez eu fiz um exame ginecológico aqui e levou 7 meses para receber o resultado. Eu sei que o atendimento é péssimo” (E10).*

### **Subcategoria: Satisfação com o serviço**

Essa subcategoria agrupa depoimentos que convergem para satisfação com a ESF, tal satisfação está relacionada com a cordialidade, competência dos profissionais e dispensa de medicamentos e principalmente quando conseguem atendimento médico. Contudo, mesmo os que demonstram satisfação com os serviços, ressaltam pontos que precisam melhorar, tais como: pontualidade dos profissionais de saúde, acessibilidade, demora no atendimento e estrutura física.

- *“Não tenho plano de saúde, mas mesmo que tivesse eu usaria aqui porque o atendimento é bom. O serviço me agrada” (E6).*
- *“O que poderia melhorar seria, assim, que os médicos às vezes não são pontuais, a gente fica esperando muito tempo pra ser atendida. Mas quando a gente é atendida o atendimento é muito bom, é só a demora às vezes” (E7).*

Mesmo após mais de 20 anos da criação ESF e o Estado do Ceará ter sido seu pioneiro, ainda é grande a insatisfação com os serviços na visão do usuário. A maioria dos entrevistados classificou a ESF da cidade de Fortaleza como regular ou péssima. Para tal, levaram em consideração inúmeras fragilidades relacionadas à acessibilidade, à dispensa de medicamentos, à estrutura física e à gestão interna e municipal.

Problemas similares na organização dos serviços da ESF lamentavelmente não são uma realidade apenas de Fortaleza, pois estudos mostram que até os profissionais de saúde da ESF de outros municípios brasileiros identificam tais deficiências e consideram o serviço ruim, incluindo a gestão municipal (SERAPIONI; SILVA, 2011; RONZANI; RIBEIRO, 2003).

Os entrevistados que relataram satisfação com os serviços da ESF, também teceram fortes críticas sobre a infraestrutura das UEFS e acessibilidade. A satisfação com os serviços, a primeira vista parece um ponto paradoxal, entretanto, ao se levar em consideração o nível socioeconômico e cultural da maioria dos entrevistados, bem como, as entrelinhas de seus relatos, nota-se que existe um pouco de conformismo com a situação vigente e, o simples fato de conseguir acesso aos serviços e medicamentos já se configura um motivo de satisfação.

Corroborando os achados no presente estudo, a literatura também sugere que, as pesquisas continuam evidenciando um alto grau de satisfação dos clientes, muito embora os serviços de saúde possam apresentar vários problemas, tais como; acessibilidade, dificuldades estruturais e organizacionais, dentre outros. Isso pode ser o resultado de variáveis socioeconômicas e educativas que caracterizam uma significativa parte da população cearense e que podem influenciar a capacidade de assumir um papel ativo, e alguns usuários valorizam o serviço pelo simples fato de serem atendidos (SERAPIONI; SILVA, 2011; VIEIRA et al., 2016).

Sabe-se também que apenas o fato da possibilidade de serem atendidos por médicos e enfermeiros induz, sem dúvida, para algumas populações uma sensação de satisfação. Isso porque a realidade de muitas comunidades é pautada no costume de uma escassa cobertura assistencial (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

Assim, muitos pacientes evitariam criticar os serviços pelo medo de perder o acesso aos mesmos, bem como pela relação de dependência aos profissionais de saúde. Desse modo, o sentimento de gratidão acaba dificultando uma visão mais crítica do atendimento devido a este viés. Já foi comprovado que o nível de escolaridade dos usuários interfere com o valor de satisfação dos mesmos, assim, uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários (DORIGAN; OLIVEIRA; GUIARDELLO, 2015).

Essa realidade evidencia o quanto é importante para a população de baixa renda poder ter

acesso à Atenção Primária, sobretudo naquelas localidades onde antes da ESF não havia outra opção diagnóstica e terapêutica (SERAPIONI; SILVA, 2011). Outro ponto que traz o sentimento de satisfação do usuário com o serviço, mesmo com os problemas por ele percebido, é o bom relacionamento pessoal e a atenção prestada pelo profissional de saúde, principalmente quando se trata do atendimento médico. Contudo, se sabe que uma avaliação positiva não quer dizer necessariamente que houve avaliação crítica; pode expressar ausência de opinião e/ou a aceitação do paternalismo médico (FEITOSA et al., 2016).

#### **Categoria 4: Preferência pela assistência privada**

Essa categoria demonstra que a maioria dos entrevistados apenas utiliza os serviços da ESF por não ter condições de pagar por um plano de saúde privado. Consideram a assistência particular em saúde de qualidade e eficiência muito superior à do SUS.

- *“Não tenho plano de saúde privado, mas se tivesse não utilizaria mais o sistema de ESF. Por que o sistema de ESF é assim, muito doloroso” (E10).*
- *“O plano particular tem suas dificuldades sim, seus pontos negativos, mas não a tal ponto como é aqui” (E1).*

Quatro entrevistados, mesmo desejando poder adquirir assistência por um plano de saúde privado e demonstrando insatisfação com as fragilidades da assistência da ESF ora relatadas, afirmam que continuariam usando a ESF mesmo na vigência de acesso aos planos de saúde particulares. Os motivos que justificam esse posicionamento levam em conta: a redução de gastos com consultas médicas (de quem faz exames particulares, pela dificuldade de acesso no SUS); a proximidade de suas residências; questões afetivas com a UESF; e, o direito legal de usufruir dos serviços de saúde públicos, como se verifica nos discursos abaixo:

- *“Eu fiz exame particular e vim mostrar ao médico aqui” (E8).*
- *“Não tenho plano de saúde privado, mas usaria se pudesse. Mas mesmo com plano de saúde privado continuaria utilizando o posto, por que eu gosto do posto, mesmo com todos os defeitos e nenhuma qualidade” (E3).*
- *“Eu tenho o plano de saúde particular do meu marido, e continuo usando o posto porque lá é perto da minha casa e porque muitas vezes o plano de saúde particular os medicamentos são tudo comprado, e no posto tudo é grátis” (E5).*
- *“Ainda não possuo plano privado, e se tivesse com certeza continuaria usando porque é um direito que a gente tem né como cidadão? É um direito da gente independente se você tem um plano de saúde ou não” (E7).*

Os entrevistados têm uma forte representação social de inferioridade do SUS em relação

ao sistema particular, a maioria só faz uso da ESF por falta de recursos para optar por planos de saúde ou consultas particulares, alguns inclusive tem aversão ao SUS e não o usariam se dispusessem de assistência privada. Parte desse comportamento se fundamenta nas péssimas condições de infraestrutura, dificuldades de acesso aos serviços e outros problemas relatados nesse estudo.

Mesmo após um quarto de século de esforços e pactuações para construção do SUS e fortalecimento da saúde pública nacional, o sistema público é tido como inferior aos planos de saúde. Ainda que, quando no sistema privado o atendimento possa ser de péssima qualidade, o SUS é percebido, por grande parte da população, como pior, mesmo que não seja o caso, pois o provimento estatal atende mal as necessidades da maioria da população pobre, respeitando-se algumas exceções. Assim, se observa que a procura pelo SUS ocorre quanto o indivíduo ainda não possui recursos financeiros próprios suficientes, e assim que consegue uma inserção social com poder de consumo, migra para o mercado assistencial privado ou faz uso misto: compra no mercado um determinado tipo de provimento e usa o estatal para outros (CARON; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2015).

Dizem ainda os autores supracitados que a afirmação do projeto do SUS, tal como desenhado pela Reforma Sanitária Brasileira, é incompatível com o fornecimento de serviços privados em saúde assentado na perspectiva capitalista, pois de modo claro e evidente, para que esse mercado exista o SUS precisa ser pior. A hipótese da existência paralela de dois sistemas concorrentes de mesmo valor e qualidade, um privado e outro público não se sustentam. Aliam-se a esse panorama as culturais práticas patrimonialistas, clientelistas e paternalistas enraizadas num comportamento político tradicional e convencional no Brasil que também desvalorizam o SUS. Embora o Estado produza serviços de saúde extremamente qualificados, principalmente os de alta complexidade, o acesso é restrito e disputado inclusive pelos planos de saúde nos equipamentos de porta dupla, que diferenciam o usuário SUS do cliente de planos privados (CARON; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2015).

Com base nessa linha de raciocínio é plausível concordar que para o sucesso da assistência privada com conseqüente demanda de migração de usuários para o crescimento dos planos de saúde privados, o SUS necessariamente deve ter qualidade inferior. Contudo, algumas reflexões podem ser levantadas: haveria interesses ou vantagens por parte da gestão pública em manter o SUS em qualidade inferior em relação à assistência privada? Por que as diferentes gestões municipais em Fortaleza desde a implantação da ESF ainda não conseguiram resolver os problemas relatados pelos entrevistados? Por que muitas vezes é mais fácil estruturar e viabilizar

o acesso em hospitais ou outros centros de maior complexidade do que fazê-lo na ESF? Embora, esse estudo não possa responder essas indagações, fica claro que ainda permanece distante a completa substituição do modelo biomédico em Fortaleza pelo modelo de promoção da saúde com assistência de qualidade.

Outros usuários mesmo desejando acesso ao sistema privado e criticando os serviços da ESF, afirmam que continuariam usando esses serviços por ser um direito adquirido, para não ter gastos com compra de medicamentos, pela proximidade de suas residências ou por vínculos afetivos. Entretanto, ressalta-se que não existiu nenhum relato que levantasse a possibilidade de satisfação em uso apenas da ESF caso houvesse condições financeiras para uso de planos de saúde privado. Essa realidade nos sugere os fortes impactos negativos que podem ser gerados por: deficiências de gestão dos serviços prestados na ESF; pelo subfinanciamento do SUS; pela má administração dos recursos financeiros e humanos; pelas influências da sociedade de consumo de bens e serviços; e até mesmo, opiniões vinculadas na mídia que interferem na desvalorização da ESF e do SUS.

Outras complexas associações de fatores socioculturais condicionam a população a uma representação social de inferioridade do SUS em comparação aos planos de saúde privados, tais como: a associação do SUS à população que vivem em áreas pobres e de baixo índice de desenvolvimento humano; a desvalorização da Atenção Primária, dos seus usuários (pobres) e dos seus profissionais (pouco especializados); a associação da saúde pública a campanhas e programas focais; a falta de atenção humanizada; a redução do SUS a um sistema assistencial; a precarização de vínculos de trabalho; a falta de conhecimento sobre o SUS entre profissionais e na sociedade (SANTOS, 2013).

Cada um desses fatores pode ser entendido como resultante das relações entre o SUS e uma sociedade capitalista que privilegia o consumo de produtos e serviços com valorização do que é privado em detrimento do público e coletivo. Nessas condições o Estado nunca poderia prover diretamente para a população em sua totalidade uma assistência em saúde considerada de qualidade ou superior, ou mesmo idêntica ao que é dispensada nos melhores expoentes do sistema privado (CARON; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2015).

Percebe-se que o Brasil legalmente tem de natureza pública, o SUS, e um Sistema de Saúde Suplementar de natureza privada, ou seja, de fato, o ‘Sistema Único’ não é único porque existe o privado. Nesse sentido, pode-se afirmar, também, que a assistência em saúde privada não é propriamente complementar, pois concorre com o sistema público e age dentro do poder político e na mídia, no sentido de menosprezar o SUS e de drenar os recursos públicos para os serviços

privados exemplo disso é o financiamento público de planos de saúde populares (BAHIA, 2009; SILVA 2017). Somado a isso, pode também ser entendida como resultado da permeabilidade do interesse privado a fragilidade regulatória da administração municipal, em uma perspectiva política (CONTREIRAS; MATTA, 2015).

Acrescentam-se também os estímulos aos planos de saúde privados, inclusive ampliando o seu mercado mediante a inclusão da chamada ‘classe C’ e de funcionários públicos. Esse panorama aponta para a reprodução de um SUS deficiente para os pobres, e complementar para o setor privado, sobretudo nos procedimentos de alto custo (PAIM, 2012).

Parece inconcebível que o próprio setor público possa contribuir para o estímulo a desvalorização do SUS, mas é a realidade vista em Fortaleza e pelo Brasil a fora, pois inúmeras empresas e órgãos públicos, tais como; bancos, universidades, corretoras, órgãos do judiciário, executivo e legislativo, dentre outros dispõem de planos privados de assistência à saúde. Isso claramente reforça a ideia social de que se o SUS fosse realmente bom, a própria administração pública não desestimularia seu uso.

Ademais, o Governo paga de forma indireta parte das despesas em saúde dedutíveis no imposto sobre a renda beneficiando àqueles que ganham mais, possibilitando o acesso aos melhores e eficientes serviços particulares de saúde o que logicamente atrai os que desses benefícios podem desfrutar (pagar). Em outras palavras, quem possui maior renda se beneficia, porque tem gastos com os “melhores serviços de saúde” enquanto as pessoas de baixa renda provavelmente utilizarão apenas o SUS, caso esse não supra suas necessidades, pagarão novamente, sem dedução de nenhum outro imposto, para usar um serviço de saúde particular.

Com base no raciocínio ora relatado, pode-se dizer que esses fatos contribuem significativamente para o fortalecimento da ideia de superioridade dos planos de saúde, e que apenas usam o SUS os que não podem pagar pela assistência privada. Ou seja, infelizmente a sociedade constrói a imagem, e em muitos lugares é uma realidade, de que o SUS é uma assistência pobre para pobres.

## **Conclusões**

Os entrevistados compreendem a ESF e seus serviços como uma assistência em saúde precária voltada principalmente para as pessoas de baixa renda. Também tem a percepção de que os serviços da ESF têm qualidade inferior aos serviços particulares. Parte dessa compreensão se fundamenta nas péssimas condições de infraestrutura, dificuldades de acesso aos serviços da ESF.

Outros problemas, tais como: falta de medicamentos; dificuldades na marcação, realização e recebimento de exames; comércio de senhas; impontualidade dos profissionais de saúde, dentre outros, foram relatados e lamentados pelos usuários nesse estudo. As instalações físicas da ESF geram unânime insatisfação para os usuários em todas as UESF investigadas, muitas das quais são totalmente inadequadas para atendimento digno e com o mínimo de conforto. Embora a maioria dos entrevistados avalie a ESF como regular ou péssima, houve relatos satisfação com a visita domiciliar e com o trabalho do ACS.

Como limitações desse estudo, citam-se: o fato de que todos os entrevistados, quando selecionados, estarem aguardando consulta médica pode ter influenciado na homogeneidade de alguns resultados centrados em ideias medicalocêntricas; também a seleção de um maior número de UESF poderia ter sido utilizado e bem como divididas proporcionalmente entre os bairros de maior e os de menor índice de desenvolvimento humano. Esse estudo abre um leque para outras investigações qualitativas sobre avaliação e satisfação na Atenção Primária a partir da ótica dos gestores e profissionais da saúde, bem como estudos quantitativos para construção de um panorama estatístico da satisfação usuários da ESF em Fortaleza.

Essa triste realidade levanta a reflexão da urgente necessidade para a reformulação dos serviços da ESF na cidade de Fortaleza, pois a situação mostrada nesse estudo dificulta a promoção da saúde, fortalece o modelo biomédico, valoriza o consumo, aumenta os gastos em saúde das famílias que podem optar pela rede privada, desacredita o SUS, enfraquece o *empowremment* individual e comunitário e traz prejuízos generalizados à Nação.

## Referências

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 5, p. 1103-1112, 2009.

ARRUDA-BARBOSA, L.; DANTAS, T. M.; OLIVEIRA, C. C. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. v. 24, n. 4, p. 347-354, 2011.

BARBOSA, L. A.; DANTAS, T. M. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre Saúde da Família, saúde, promoção da saúde e seu papel social. **Sau. & Transf. Soc.** v. 4, n. 1, p. 73-81, 2013.

BARBOSA, L. A.; OLIVEIRA, C. C.; DANTAS, T. M. Percepção de usuários da Atenção Primária sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Sau. & Transf. Soc.** v. 3, n. 4, p. 37-43, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2008.

BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 14, n. 3, p. 753-762, 2009.

BENJUMEA, C. C. La calidad de la investigación cualitativa: de evaluarla a lograrla. **Texto Contexto Enferm**. v. 24, N. 3, p. 883-890, 2015.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc. Sci. Med.** v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CARON, E.; LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Afinal, somos ou não somos uma sociedade de consumo? consequências para a saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 20, n. 1, p. 145-153, 2015.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 19, n. 8, p. 3594-3604, 2014.

DORIGAN, G. H.; OLIVEIRA, H. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Fatores preditores das experiências e da satisfação do paciente em unidades médico-cirúrgicas. **Texto Contexto – Enferm**. v. 24, n. 4, p. 1003-1008, 2015.

FEITOSA, A. N. C. et al. Avaliação em saúde: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Psic.** V. 10, n. 30, 2016.

FRANCOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

JORGE, M. S. B. et al. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Rev. Baiana Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 256-266, 2007.

LEVESQUE, J. F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **Int. J. Equity Health**. v. 12, p. 18, 2013.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc Anna Nery**. v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016.

MACINKO, J. et al. Brazil's Family Health Strategy— Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **N. Engl. J. Med.** v. 372, n. 23, 2015.

PAIM, J. O futuro do SUS. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n. 4, p. 612-613, 2012.

PEEK, C. J.; COHEN, D. J.; DEGRUY, F. V. Research and Evaluation in the transformation of Primary Care. **American Psychologist**. v. 69, n. 4, p. 430-442, 2014.



RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e formação profissional dos médicos. **Rev. Bras. Educ. Méd.** v. 27, n. 3, p. 229-236, 2003.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SAUNDERS, B. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual Quant**. v. 52, p. 1893-1907, 2018.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará uma abordagem multidimensional. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

SILVA, I. B. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Promoção da Saúde**. v. 30, n. 1, 2017.

SILVEIRA, L. C. et al., Pesquisa de avaliação em serviços de saúde mental: uma proposta ético-estético-política. **Rev. Aval.** v. 1, n. 1, p. 1-12, 2015.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015.

STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre Atenção Básica: comparação entre unidades com e sem Saúde da Família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 148-158, 2008.

TOCCI, A. S. S.; COSTA, E. C. N. F. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Uningá**. v. 40, n. 1, p. 1-10, 2018.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 22, n.1, p. 36-42, 2013.

VIEIRA, A. S. T. et al. Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**. v. 18, n. 3, p. 58-64, 2016.

Submetido: 20 outubro 2018

Aceito: 20 dezembro 2019