

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ADESÃO DE USUÁRIOS EM MICROÁREAS DISTANTES DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

FAMILY HEALTH STRATEGY FOR ADHERENCE OF USERS IN MICROAREAS DISTANT FROM THE BASIC HEALTH UNIT

Ana Carolina Sena do Nascimento Amorim¹, Jorge Belém Oliveira Júnior²

¹Graduada em Enfermagem - Centro Universitário Maurício de Nassau (Recife/PE). Email: carolsenna2201@hotmail.com

²Graduado em Ciências Biológicas - Universidade Federal de Alagoas (Arapiraca/AL), Especialista em Microbiologia clínica, Mestre em Medicina Tropical – Universidade Federal de Pernambuco (Recife/PE), Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau (Recife/PE). Email: junniorbiologia@gmail.com

Resumo

Palavras-chave: Território Sociocultural; Estratégia Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde.

A disposição do território na Estratégia Saúde da Família (USF) é relevante à esta discussão quando influencia na operacionalização e efetividade do programa, devendo ser organizados sem provocar lacunas em relação à demanda que atendam as especificidades do território, considerando a qualidade do cuidado da equipe e seu potencial resolutivo. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a adesão de usuários aos serviços de saúde na USF quando o território se situa distante da Unidades Básica de Saúde (UBS) de referência. Foram utilizados dados obtidos através das informações colhidas em livros de registros da unidade e prontuários físicos dos usuários atendidos pela equipe na unidade de saúde em teor exploratório descritivo e abordagem quantitativa, distribuindo em frequência absoluta e relativa. A pesquisa identifica a necessidade de reterritorialização a fim de fazer com que a USF de referência esteja próxima às residências, colocando o que é previsto pela PNAB 2017. A distância entre a USF e os usuários pode ser um obstáculo; contudo, a qualidade na assistência é imprescindível para superar as adversidades. Ações como informação e orientação, facilidade e flexibilização de agendamentos, priorizando o acolhimento e resolução de problemas àqueles mais vulneráveis, associado à educação permanente e continuada contribuirão para potencializar a capacidade resolutiva da ESF; no entanto, a reorganização da rede se faz necessária, visto que somente uma ponta, como as UBS, não consegue atender todas as demandas e complexidade dos usuários. Assim, a distância entre unidade e os usuários implica em mudanças na construção da assistência de qualidade, assim como reformulações organizacionais por parte dos profissionais e gestores envolvidos.

ABSTRACT

Keywords: Sociocultural Territory; Family Health Strategy; Access to Health Services.

The disposition of the territory in the Family Health Strategy (FHS) is relevant to this discussion when it influences the operationalization and effectiveness of the program, should be organized without causing gaps in demand that meet the specificities of the territory, considering the quality of the team's care and its resolving potential. Thus, the present study aimed to analyze the adherence of users to health services in the FHS when the territory is located far from the reference Basic Health Units (BHU). Data obtained from the information collected in the unit's record books and physical records of the users attended by the staff in the health unit were used in a descriptive exploratory content and quantitative approach, distributed in absolute and relative frequency. The research identifies the need for reterritorialization to make the reference USF close to homes, placing what is foreseen by PNAB 2017. The distance between the USF and users can be an obstacle; however, the quality of care is essential to overcome adversity. Actions such as information and guidance, ease and flexibility in scheduling, prioritizing the reception and solving of problems for the most vulnerable, associated with permanent and continuing education will contribute to enhance the resolving capacity of the FHS, however, the reorganization of the network takes place necessary, since only one end, such as the UBS, cannot meet all the demands and complexity of users. Thus, the distance between the unit and the users implies changes in the construction of quality care, as well as organizational reformulations by the professionals and managers involved.

INTRODUÇÃO

Em meio às insatisfações da população com o atual cenário de saúde, em que muitos padeciam por falta de políticas voltadas às reais necessidades de saúde, em consonância com a ampliação dos conceitos saúde-doença e saúde coletiva, os movimentos sociais emergiram travando lutas pela melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos, exigindo mudanças efetivas no modelo assistencial vigente

caracterizado nas práticas curativas e hospitalocêntricas. Com a promulgação da Constituição no ano de 1988, em que a saúde se torna “um direito de todos e dever do estado”, surge o Sistema Único da Saúde (SUS), objetivando arranjos organizacionais que respondam às necessidades de saúde da população brasileira, tendo como eixos principais as ofertas e o acesso aos serviços de saúde de competência às amplas parcelas sociais, de forma descentralizada e equânime (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SOUZA, 2002; BRASIL, 1998).

A Atenção Básica é uma importante representação ampliada do SUS, pois traz a ideia do mais alto grau de capilarização na organização da assistência, enfatizando-se as ações de promoção e prevenção à saúde, sem descuidar das práticas curativas, desenvolvida por equipes multidisciplinares voltadas à uma população em território geograficamente definido. Nota-se mudanças no objeto da atenção, componentes como ambiente, moradia, socioeconômico, culturais e outros, complementam o aspecto ausência de doença, e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estariam situadas próximas às pessoas, visto sua moradia, trabalho, estudo, interação social, etc., incorporando habilidades em novos conceitos de fazer saúde, pois demanda tecnologias que sensibilizem pessoas às mudanças comportamentais e culturais (BRASIL, 2017; BRASIL, 1999; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) emergiu como proposta de reorientar o modelo assistencial, tida como “contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde” (BRASIL, 2017). A orientação é que o potencial resolutivo seja capaz de resolver grande parte dos problemas de saúde da população, promovendo o fácil acesso, atendendo as especificidades do território, vínculo com a comunidade garantindo a continuidade do cuidado, humanização da assistência, prezando a autonomia dos usuários e sua corresponsabilização com a saúde e seus determinantes, mantendo seus princípios e diretrizes fundamentais. Portanto, manter seus clientes saudáveis independente da vinda ou não à unidade de referência. Ser àquele a quem os usuários confiam e buscam quando necessitam de cuidados de qualidade (BRASIL, 1997; SILVA et al., 2016).

Segundo Macinko e Mendonça (2018), o impacto das ações na ESF fortemente implantada está comprometida com os atributos orientadores do programa, tendo efeitos na redução da mortalidade infantil, visto que a assistência ao pré-natal, puerpério, puericultura, incentivo ao aleitamento materno e outros refletem nesse indicador, reduzindo as hospitalizações desnecessárias e a morbimortalidade, principalmente por doenças crônicas e condições cardiovasculares. O território, norteado na visão de grupos sociais que compartilham características biopsicossociais semelhantes e área de abrangência das equipes de saúde da família, nos textos que regulamentam tal modalidade assistencial orienta que as UBSs estejam o mais próximas à residência dos cidadãos, devendo as equipes se adequarem às especificidades da população atendidas (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Sendo assim, esta pesquisa vem para contribuir com a gestão e os profissionais de saúde, subsidiando maior visibilidade das necessidades de saúde da população, levando-os a elaborar estratégias de intervenção, logo, ampliando a qualidade da assistência, além de estimular a participação popular na busca por garantia de seus direitos e reflexão à corresponsabilidade com sua saúde. Com isso, o objetivo desse estudo é analisar a adesão de usuários aos serviços de saúde na ESF, quando o território se situa distante da UBS de referência, promovendo assim, reflexão quanto a

qualidade dos serviços ofertados e estimulando novas ações por parte dos profissionais e gestores, colocando o que é previsto pela PNAB 2017.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa em caráter longitudinal retrospectivo, realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) Jordão Baixo, CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde) 3153475, localizada no município do Recife/Pernambuco, na qual estão vinculadas três equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal.

A área de abrangência da equipe 3, Identificador Nacional de Equipes (INE) 0000155101, é dividida em seis microáreas, sendo as microáreas 1, 2, 3 e 6, ainda que descontínuas, têm localização próxima à UBS de referência. Porém, as microáreas 4 e 5, objeto deste estudo, residem a uma distância aproximada de 3,9 km da unidade.

A coleta de dados foi obtida entre maio e junho de 2021, tendo em vista a análise de livros de registros e prontuários físicos dos usuários desta unidade de saúde, referente aos anos de 2004 até 2021, objetivando obter informações sobre as pessoas residentes nas microáreas 4 e 5 da unidade de saúde, aproximadamente 1.200 pessoas, às quais estão em condição de vulnerabilidade socioeconômica e buscam o “posto de saúde” para atender suas necessidades de saúde, isoladamente e em comparação com outras microáreas desta mesma equipe.

Como critérios para inclusão estão: pessoas cadastradas pela equipe e prontuários que têm registro de atendimento em qualquer serviço ofertado pela equipe. E critérios para exclusão: prontuários apenas com registro de visita domiciliar; mulheres que abortaram enquanto realizavam o pré-natal na unidade; e mulheres que iniciaram o pré-natal na unidade, mas foram encaminhadas à outras unidades de saúde.

Após selecionados através dos critérios estabelecidos, fez-se a separação em grupos: G1 = àqueles que tem registro(s) de atendimento(s) pela equipe dentre o período de janeiro de 2016 até a data da pesquisa, G2 = àqueles que tem registro(s) de atendimento(s) até o ano 2015 e G3 = àqueles que não possuem registro(s) de atendimento(s), respectivamente.

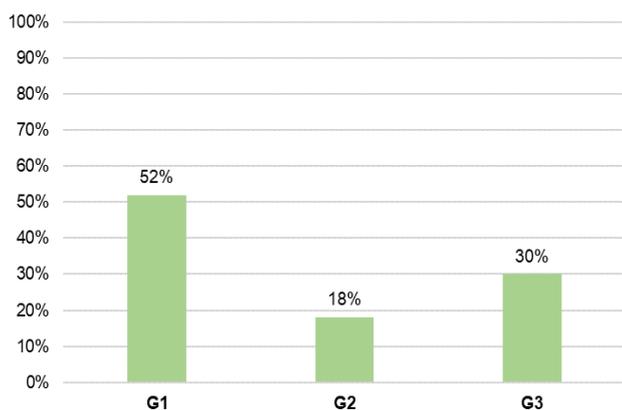
Foram analisadas as realizações de pré-natais por grupos: PN1 = àquelas que realizaram 6 ou mais consultas pré-natais, PN2 = àquelas que realizaram abaixo de 6 consultas pré-natais e PN3 = não realizaram nenhuma consulta pré-natal na unidade citada. Assim como, os atendimentos de puericultura, sendo os grupos: P1 = àqueles que tiveram 8 ou mais registros de acompanhamento, P2 = àqueles que tiveram abaixo de 8 registros e P3 = àqueles que não têm registros de atendimentos, importante ressaltar que essa divisão é válida para atendimentos até o primeiro ano de vida da criança assistida. Ainda mais, a pesquisa trouxe dados das realizações de exame papanicolau e atendimentos clínicos realizado entre os anos de 2018 e 2019 nas 6 microáreas da equipe supracitada na intenção de fazer uma análise comparativa.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Excel® por meio da frequência absoluta, frequência relativa e média. A pesquisa respeitou as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (CAAE 42993720.0.0000.5198).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram analisados 362 prontuários obtidos na USF Jordão Baixo entre maio e junho de 2021, onde havia informações de anos anteriores, desde 2004. Na figura 1, observa-se o quantitativo de atendimentos registrados nos prontuários de acordo com seus respectivos grupos. O grupo G1 representa um pouco mais que a metade da população assistida (189; 52%), enquanto o grupo G3 (109; 30%) desta mesma população, não tiveram seus registros de acesso à unidade de saúde, e uma pequena minoria representado por G2 (64; 18%) foram vistos na unidade, mas não procuram os serviços de saúde ofertados pela equipe por um período superior a 6 anos.

Figura 1. Atendimentos registrados nos prontuários da Unidade de Saúde Básica Jordão Baixo entre o ano de 2004 até junho de 2021, divididos por períodos em grupos.



Legenda: G1 = Àqueles que tem registro de atendimento (s) pela equipe desde janeiro 2016 até a data da pesquisa. G2 = Àqueles que tem registro de atendimento (s) pela equipe até o ano de 2015 apenas. G3 = Àqueles que não possuem nenhum registro de atendimento.

Para a concretização da USF como porta de entrada aos serviços de saúde é importante: i) Os usuários terem ciência da existência, localização, serviços de saúde ofertados e organização do cronograma da equipe, sendo esta atribuição fundamental do agente comunitário de saúde (ACS) na visita domiciliar; ii) A equipe de saúde da família (eSF), médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários, podendo estar associados ao cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, estejam em exercício de função para que possa ocorrer a satisfação das necessidades de saúde da população através do acesso, acolhimento, integralidade e resolutividade; e iii) Para tornar-se referência na percepção dos usuários, além dos atributos citados, tem-se a criação e

manutenção do vínculo, e abrangência do cuidado, e outros (CORRÊA et al., 2011; ESCOREL et al., 2007).

Recomenda-se que uma equipe de saúde da família seja responsável por entre 2.000 a 3.500 pessoas, podendo existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, e que o ACS faça a cobertura de 100% da população da sua microárea, com número máximo de 750 pessoas (BRASIL, 2017; ESCOREL et al., 2007).

Neste estudo, a população total da equipe se aproxima de 3.300 pessoas, distribuídas em 6 microáreas, sendo cada ACS responsável por 550 pessoas, aproximadamente. As microáreas 4 e 5, objetos dessa pesquisa, juntas, possuem entre 1.100 a 1.200 pessoas, correspondendo em torno de 410 famílias. Contudo, somente 362 famílias estavam aptas a participarem deste estudo, pois se encontravam cadastradas pelo agente comunitário de saúde. Nos prontuários restantes não havia informações de residentes, sugerindo mudança de endereço, óbito, ou ausência de contato com algum membro da equipe.

A composição multiprofissional da unidade se encontrava a disposição, visto que as marcações de consultas clínicas e odontológicas ocorriam em dia determinado da semana ou quinzenal; pré-natal e puericultura, a primeira consulta era agendada pela enfermeira, em sua maioria propiciada pelo ACS, as demais com o próprio usuário durante o atendimento, o exame preventivo de câncer do colo do útero (Papanicolau) e questões relacionados à saúde da mulher se dava por demanda espontânea em dias específicos, acolhimento e acompanhamentos de pessoas com tuberculose e hanseníase ocorria por demanda espontânea ou marcação sem dia específico, realizava-se curativos, aferição de pressão, aferição de glicose, coleta de sangue rotineiramente, farmácia e sala de vacinação em todos os dias úteis, marcação de especialidades ocorrendo diariamente com flexibilidade de horário, dentre outros conforme o preconizado.

Na análise, computou-se ao menos um integrante da família se deslocou até a unidade e fora atendido, seja atendimentos clínicos ou odontológicos, renovação de receitas, tanto de controle especial quanto de qualquer natureza, encaminhamentos ou transcrição para atendimentos com especialistas, pré-natal, puericultura, demanda espontânea, tratamentos (tuberculose e hanseníase), realização de exame Papanicolau, planejamento familiar, questões ginecológicas, etc., sendo registrado em seu prontuário pelo profissional de saúde, caracterizando em adesão, adesão parcial ou não adesão ao programa.

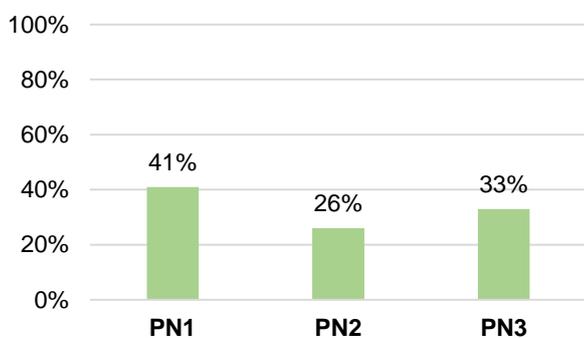
Notou-se que o grupo G2 eram habitantes antigos da região, que buscaram a unidade de saúde no mínimo uma vez e por razões desconhecidas, se ausentaram por mais de seis anos nos registros de atendimentos, sugerindo uma possível falha na manutenção de vínculo, diríamos que houve adesão em determinado período, e conseguinte não adesão. Chama-se atenção a ausência de registros evidenciados no grupo G3, indicando que estes não conhecem ou não confiam na proposta da ESF, representando a não adesão desta população. Durante a análise, fora visto nos três grupos registros de visitas domiciliares realizadas por algum membro da equipe; no entanto, vale ressaltar que a pesquisa priorizou

em trazer o fluxo de deslocamento quando os indivíduos vão à USF de referência.

Na figura 2 é demonstrado o quantitativo de gestantes residentes nas microáreas 4 e 5 da equipe e unidade de saúde desde o ano de 2004, período em que o estabelecimento se consolidava como Programa de Saúde da Família, até o ano de 2017. Foram observadas 93 gestantes, distribuídas em PN1 (38; 41%), PN2 (24;26%) e PN3 (31; 33%), sendo possível perceber que os resultados são bastante próximos, evidenciando um quantitativo considerável àquelas que não aderiram ou aderiram parcialmente ao que fora proposto relacionados ao pré-natal.

Considera-se os esforços por parte dos gestores em saúde para reduzir o índice de mortalidade materna, evoluindo positivamente ao longo dos anos no Brasil, no entanto, mesmo com avanços em estratégias voltadas ao atendimento da saúde da população feminina, o país ainda se encontra em patamar elevado neste quesito. A maioria dos casos ocorrem por causas evitáveis, principalmente em relação aos *deficits* na assistência nos serviços de saúde, destacando a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. No âmbito da Atenção Básica, a atenção deve estar voltada às mulheres em período fértil, 10 a 49 anos, acolhendo-as e ofertando-as uma assistência de qualidade no período pré-gestacional, gestacional e puerpério, e assim contribuindo com a atenuação desse problema em saúde pública (VIANA et al., 2011).

Figura 2. Percentual de gestantes e atendimentos pré-natais realizados na Unidade de Saúde Básica Jordão Baixo entre o ano 2004 até o ano 2017.



Legenda: PN1 = àquelas que realizaram 6 ou mais consultas pré-natais. PN2 = àquelas que realizaram abaixo de 6 consultas pré-natais. PN3 = não realizaram nenhuma consulta na unidade citada.

O pré-natal tem por objetivo acompanhar o desenvolvimento do feto, desde o momento da confirmação da gravidez, com ações preventivas e terapêuticas, abrangendo aspectos socioemocionais, até o desfecho do ciclo gravídico-puerperal dessa mulher, reduzindo riscos que comprometam a saúde tanto da gestante quanto do ser em formação, promovendo parto e nascimento de forma saudável para ambos. A qualidade técnica da atenção pré-natal se sobressai à quantidade quando prenhe de baixo risco, no entanto, a recomendação da Organização Mundial de saúde (OMS) é que ocorra no mínimo 6 consultas, devendo

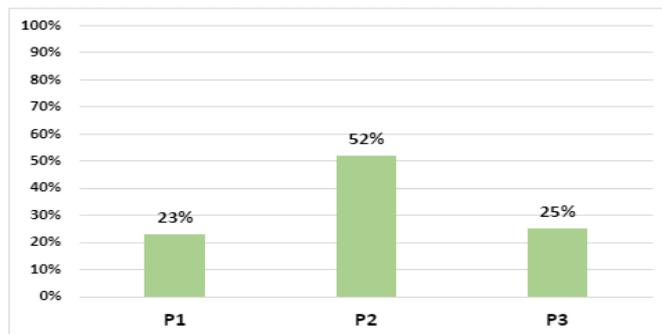
ocorrer mensalmente até a 28ª semana, a cada 15 dias entre 28 e 36 semanas e semanal até o nascimento do bebê, salientando que a alta só acontece após o desfecho da gravidez (BRASIL, 2012a).

No grupo PN2 fora observado que a mulher se deslocou até a unidade para realizar o acompanhamento pré-natal; porém, não atendeu à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em relação a quantidade de consultas, qualificando-os em adesão parcial. Neste grupo, notou-se que poucas chegaram a realizar 5 consultas, com destaque para um prontuário que havia relato de dificuldades financeiras para o deslocamento à unidade de saúde como motivo de falta aos atendimentos.

O auxílio deslocamento, “apoio financeiro às grávidas nas locomoções para as consultas de pré-natal e/ou local que será realizado o parto”, instituído conforme dispõe a Portaria nº 68 de janeiro de 2012, favorecendo àquelas que necessitam e manifestam desejo em obter o benefício, devendo estas estarem cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para prevenção da Mortalidade Materna (BRASIL, 2012b).

O quantitativo de atendimentos de puericultura desde o ano de 2005 até 2017, oriundas das microáreas 4 e 5 da equipe e unidade de saúde objeto deste estudo (FIGURA 3). Foram observadas 105 crianças distribuídas em P1 (24; 23%), P2 (55; 52%) e P3 (26; 25%), revelando P2 como o grupo que mais teve integrantes, sendo um pouco mais que o dobro em relação aos outros grupos do mesmo quesito. O percentual mais baixo fora contemplado em P1.

Figura 3. Percentual de crianças e atendimentos de puericultura realizados pela Equipe 3 da Unidade de Saúde Básica Jordão Baixo entre os anos de 2004 até 2017.



As ações voltadas a saúde da criança iniciam quando ainda estão em formação no útero, seguem após o nascimento, com um olhar mais atento nos primeiros dois meses de vida devido às fragilidades imunológicas comuns nesse período, indicado pelo elevado percentual de mortes que ocorre nessa faixa etária, mesmo sendo notável a redução deste indicador ao longo dos anos no Brasil. A continuidade do cuidado, em bebês saudáveis, que não requerem atenção de saúde especial, é ofertado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A puericultura objetiva o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde a chegada em sua casa e se amplia até a mesma completar dois anos. A recomendação do Ministério da Saúde seria sete consultas de rotina até os doze meses de idade, e mais duas consultas após esse ciclo (BRASIL, 2012c).

Neste estudo fora considerado oito consultas ou mais de puericultura como base para a classificação da adesão. A equipe em questão, realiza mensalmente o acompanhamento de rotina em bebês com idade inferior a doze meses, e a cada três meses após completar um ano de idade. A proporção evidenciada em P2 configura a adesão parcial, sendo observado que na maioria dos prontuários analisados enquadrado no grupo, o quantitativo de atendimentos não ultrapassava 5. No grupo P1, caracterizando adesão, notou-se que grande parte tinha registros de dez consultas, com destaque para três prontuários que possuíam onze atendimentos na unidade de saúde e uma realização de visita domiciliar puerperal, sendo contemplado todo o primeiro ano de vida desses bebês.

A figura 4 revela o quantitativo de 208 mulheres que realizaram exame Papanicolau na USB nos anos 2018 e 2019 disposta em suas respectivas microáreas. É possível notar que não há considerável discrepância entre os achados.

Figura 4. Quantitativo de mulheres que realizaram o exame PCCU na Unidade de Saúde Jordão Baixo entre o ano de 2018 e 2019.

PCCU realizado 2018/2019		
MICRO	FA	FR (%)
1	41	19,7%
2	42	20,2%
3	27	13,0%
4	36	17,3%
5	34	16,3%
6	28	13,5%
TOTAL	208	100,0%

Legenda: PCCU= exame preventivo do câncer do colo do útero; Micro = microáreas; FA = frequência absoluta e FR = frequência relativa.

Entre as iniciativas voltadas à saúde da mulher oferecidas na Atenção Básica, está a prevenção do câncer de colo de útero. Usando de atividades educativas, vacinação contra o HPV e, principalmente, com o exame preventivo do câncer do colo do útero (PCCU), também chamado de Papanicolau, no qual objetiva encontrar lesões precursoras de câncer no colo do útero, a ESF contribui com a redução desse indicador de saúde. A recomendação do Ministério da Saúde é que “os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual e, se ambos os resultados forem negativos, os próximos devem ser realizados a cada 3 anos”, sendo o público-alvo mulheres entre 25 e 64 anos que já tenham iniciado atividade sexual (BRASIL, 2016b).

A oferta do exame Papanicolau na USB ocorre em um único dia da semana e as mulheres que desejam realizar tal procedimento, devem se deslocar ao estabelecimento por demanda espontânea, respeitando o máximo de dez pessoas no dia; no entanto, notou-se que 4 ou 5 mulheres eram atendidas, tendo dia com apenas um registro. Entretanto, a

adesão fora considerada em todas as microáreas, sem detrimientos entre elas.

Figura 5. Quantitativo de atendimentos clínicos realizados na Unidade de saúde Jordão Baixo entre os anos de 2018 e 2019.

Atendimentos clínicos em 2018/2019		
Micro	FA	FR (%)
1	256	18,2%
2	271	19,3%
3	306	21,8%
4	124	8,8%
5	272	19,3%
6	177	12,6%
Total	1406	100,0%

Legenda: Micro= microárea; FA= frequência absoluta e FR= frequência relativa.

Pode ser observado na figura 5, o quantitativo de atendimentos clínicos realizados pela equipe de saúde durante o ano de 2018 e 2019 distribuídos por microáreas. É possível notar que a micro 4 e a micro 6 representa os valores mais baixos, no entanto, a micro 1, a mais próxima da unidade de saúde, não representou o montante mais elevado.

CONCLUSÃO

A distância entre a USF e os usuários pode ser um obstáculo; contudo, a qualidade na assistência é imprescindível para superar as adversidades. Iniciando com a informação e orientação, seguindo com facilidade e flexibilização de agendamentos, priorizando o acolhimento e resolução de problemas àqueles mais vulneráveis, colocando a educação permanente e continuada em evidência. No entanto, a reorganização da rede se faz necessária, visto que somente uma ponta, como as UBS, não conseguem atender todas as demandas e complexidade dos usuários, a citar a comunicação com as unidades de referência, que ainda é falha e/ou extremamente demorada.

Assim, este estudo pode contribuir para a reflexão e estímulo de novas ações ao tripé fundamental da ESF usuários-profissionais de saúde-gestores, visto que pode e deve haver melhorar, desde que haja meios para tal, e assim de fato, se cumpra com o previsto na (Política Nacional de Atenção Básica) PNAB e na consolidação do Sistema Único da Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências e Saúde-Manguinhos*. 21(1):15-36. 2014.

- SOUZA, R. R. Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 02 dez. 2020.
- BRASIL. 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)*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 17 out. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). *Manual para a Organização da Atenção Básica, Secretaria de assistência à saúde*. 4. ed. (português). Brasília: Ministério da saúde; 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf. Acesso em 21 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil de 21 de outubro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 21 jun. 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 1. ed. (português). Brasília: Ministério da saúde; 1997. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 12 jan. 2020.
- SILVA, L. C. T. et al. Estratégia Saúde da Família e Território: percepção dos trabalhadores da atenção básica em saúde. In: *Anais do 5º Congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa*; 2016; Porto, Portugal. Atas: investigação qualitativa em saúde; 2016, p. 1622-1631.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em debate*. 42(spe 1): 18-37. 2018.
- PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. Uberlândia: HYGEIA. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2(2): 47-55. 2006.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 8(3). 2010
- CORRÊA, A. C. P. et al. Acesso a serviços de saúde: olhar usuários de uma unidade de saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 32(3): 451-457. 2011.
- SCOREL, S. et al. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Pan American Journal of Public Health*. 21(2/3): 164-176. 2007.
- VIANA, R. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. M. P. Maternal Mortality - an update approach. *Comunicação em Ciências Saúde*. 22 Sup 1: S141-152. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de Atenção Básica Atenção ao pré-natal de baixo risco*. 32. ed. (português). Brasília: Ministério da saúde; 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em 19 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 68, de 11 de janeiro de 2012. *Institui benefício financeiro para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0068_11_01_2012.html. Acesso em 18 jan. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento*. 33. ed (português). Brasília: Ministério da saúde; 2012c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_cr_escimento_desenvolvimento.pdf Acesso em 21 jan. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. 2. ed. Ver. Atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_para_o_rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigeo.pdf. Acesso em 21 nov. 2020.

Submissão: 10/01/2023

Aprovado para publicação: 16/05/2023