

# Avaliação do acesso aos serviços de atenção primária à saúde em um município do nordeste brasileiro

## Evaluation of the access to services for primary health care in a city of northeast Brazil

Maria do Socorro Melo Carneiro<sup>1</sup>, Marcelo Gurgel Carlos da Silva<sup>2</sup>, Francisco José Maia Pinto<sup>2</sup>, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque<sup>3</sup>, Francisco Diógenes Santos<sup>4</sup>

1. Docente do Curso de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA). 2. Docente do Programa de Pós-graduação (Mestrado/Doutorado) em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). 3. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). 4. Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

### Resumo

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde (APS) deve configurar-se como principal porta de entrada do sistema de saúde e, por isso, a avaliação de seu acesso é necessária. O Primary Care Assessment Tool (PCATool) é um método de avaliação dos atributos da APS. **Objetivo:** avaliar o acesso aos serviços da APS em um município de médio porte do Nordeste brasileiro, mediante a aplicação do PCATool. **Métodos:** Realizada de agosto de 2010 a janeiro de 2012, envolveu os Centros de Saúde da Família (CSF) da sede e distritos. Participaram 98 profissionais da Estratégia Saúde da Família e 607 usuários. Na tabulação dos dados, utilizou-se o Excel e o aplicativo para as análises estatísticas foi o SPSS 19.0. **Resultados:** Verificou-se grande utilização do CSF pelos usuários, sobretudo nos distritos, principalmente por este ser o único equipamento de saúde local. A APS tem funcionado como serviço de primeiro contato para acesso aos serviços especializados. A acessibilidade não foi bem avaliada pelos usuários, implicando a necessidade de serem ofertados horários e dias alternativos de funcionamento dos CSF. Percebeu-se facilidade na marcação de consultas. **Conclusão:** A pesquisa mostrou melhores resultados nos CSF dos distritos e que os profissionais avaliam positivamente sua assistência, opinião diferente dos usuários.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de Saúde.

### Abstract

**Introduction:** Primary Health Care (PHC) is the main gateway to the Brazilian health system. Therefore, access to PHC needs to be evaluated. The Primary Care Assessment Tool (PCATool) is used to evaluate the attributes of PHC. **Objective:** evaluating the access to PHC in a mid-sized town in Northeastern Brazil using the PCATool. **Methods:** The study was conducted from August 2010 to January 2012 at Family Health Centers (FHC) in a town and its surrounding rural districts and involved 98 health professionals employed by the Family Health Strategy and 607 users. The data were managed and analyzed with the software Microsoft Excel and SPSS v.19.0. **Results:** A large demand for health services was observed, especially in the districts where the FHCs constitute the only health facilities available. The PHC is the users' first contact with the health care system and the gateway to specialized services. Accessibility was not well rated by users, suggesting that the services need to be more available at the FHCs. However, the scheduling of appointments was considered satisfactory. **Conclusion:** The results of the FHCs were better in the rural districts than in the town. Unlike the users, the health professionals rated the rendered services positively.

**Keywords:** Health Evaluation. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

### INTRODUÇÃO

Os cuidados primários de saúde representam o nível inicial de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo encontrar-se o mais próximo possível de onde pessoas vivem e trabalham e constituir-se como o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde<sup>1</sup>.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a APS se configura como um plano para organizar os Sistemas de Saúde, a fim de possibilitar o "acesso universal aos serviços" e a "atenção integral e integrada ao longo do tempo"<sup>2</sup>.

No Brasil, os esforços para a organização da APS concentram-se no lançamento do Programa Saúde da Família (PSF) em

1994, posteriormente consolidado em Estratégia Saúde da Família, 1998, (ESF), com a finalidade de reorganizar a atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF configura-se como a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado. É entendida como um processo de reorientação do modelo assistencial de saúde e operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>3</sup>.

O investimento para a ampliação da ESF vem aumentando, bem como o número de equipes introduzidas; em 2012, já contava com uma cobertura populacional estimada em 105.542.967 pessoas, estando presente em 5.298 municípios e com uma proporção de cobertura de aproximadamente 54,86% dos

**Correspondência:** Francisco Diógenes Santos. Acadêmico de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Endereço: Rua Maestro José Wilson Brasil, nº88 Altos. Bairro: Pedrinhas. Sobral-CE. Cep: 62040-775. E-mail: diogenejunior@gmail.com

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 13 Maio 2015; Revisado em: 16 Agosto 2015; 2 Outubro 2015; Aceito em: 9 outubro 2015.

brasileiros<sup>3,4</sup>. No município de Sobral-CE, a implantação da ESF ocorreu em 1997. Atualmente, a ESF é responsável por uma cobertura de 94% da população e representa toda a rede de APS do município<sup>5</sup>.

Dessa forma, o crescimento e a progressiva ampliação da cobertura da ESF trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade, o que refletirá na qualidade de seu desenvolvimento e da atenção à saúde prestada pelas equipes<sup>6</sup>.

Assim, um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de saúde é o acesso a eles. De acordo com Starfield<sup>7</sup>, a acessibilidade configura-se como elemento estrutural necessário para que se alcance a atenção ao primeiro contato. Ao mesmo tempo em que proporciona a entrada das pessoas aos serviços, constitui um componente fundamental de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado.

A acessibilidade é definida por Donabedian<sup>8</sup> como a oferta e a capacidade de produzir serviços de saúde de forma a responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Ultrapassa a compreensão de somente disponibilizar os recursos, atenta-se para as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

Nesse contexto, considerando o papel estratégico da APS como principal porta de entrada do sistema de saúde, reconhece-se a necessidade de avaliar como está estruturado o acesso a seus serviços de saúde. Assim, para avaliar a APS e sua função no sistema de saúde, faz-se necessário compreender seus atributos, conforme propostos por Starfield<sup>7</sup>.

A autora conceitua a APS por meio de quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, que é a “acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema”<sup>7</sup> (p. 61); a longitudinalidade, que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”<sup>7</sup> (p. 62); a integralidade, que implica “fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde”<sup>7</sup> (p. 62); e a coordenação, que é a “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”<sup>7</sup> (p. 365-6). Além desses, Starfield<sup>7</sup> também define três atributos derivados: a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com “características culturais especiais”.

A partir disso, a autora define um serviço de APS pela presença dos quatro atributos essenciais que, combinados, são exclusivos da atenção primária, sendo esta qualificada pela presença dos atributos derivados. Com base nesse conceito, Starfield<sup>7</sup> e seus

colaboradores desenvolveram o Primary Care Assessment Tool (PCATool), instrumento utilizado para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados. Foi concebido para obter informações de usuários, cuidadores de crianças e profissionais de saúde sobre sua experiência no uso dos recursos da Saúde<sup>9</sup>. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da APS no município de Sobral-CE, por meio da verificação do atributo acesso de primeiro contato – utilização e acessibilidade, mediante a aplicação do PCATool aos profissionais da ESF e usuários do serviço.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada em Sobral-Ceará, no período de agosto de 2010 a janeiro de 2012, nos Centro de Saúde da Família do município, sede e distritos. A APS de Sobral está estruturada em 48 equipes da ESF distribuídas em 28 CSF, sendo 15 localizados na sede e 13 nos distritos.

A população do estudo foi composta por dois grupos: usuários adultos, com idade superior a 20 anos, e profissionais médicos e enfermeiros da ESF. Do total de 121 profissionais, optou-se por trabalhar na amostra com todos os inseridos nos CSF que apresentavam tempo de atuação no referido serviço igual ou superior a um ano e que aceitassem participar da pesquisa, resultando em uma amostra de 98 profissionais, sendo 67 lotados na sede (14 médicos e 53 enfermeiros) e 31 nos distritos (4 médicos e 27 enfermeiros). Para os usuários adultos, foi adotado como critério de inclusão seu tempo de utilização do serviço, o qual teria que ser superior a um ano. Obteve-se uma amostra final de 607 usuários, resultante da estratificação proporcional por localização dos CSF.

Como instrumento para a coleta de dados, foi aplicado um questionário para os usuários do serviço e dos profissionais de saúde, tendo como base o PCATool, validado no Brasil, de acordo com o modelo apresentado pelo Ministério da Saúde<sup>10</sup>. O instrumento contempla os atributos essenciais e derivados da APS. Neste estudo, o atributo abordado foi o acesso de primeiro contato: utilização e acessibilidade. No que se refere à utilização, a ferramenta só permite a participação dos usuários. Todas as respostas são do tipo Likert, onde: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro.

Os dados foram analisados por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0 e o programa EXCEL. Foram realizados cruzamentos os quais tinham como variáveis a localização dos CSF (sede e distrito) e os itens que compõem o atributo acesso da APS. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para a análise dos cruzamentos. Na impossibilidade de sua utilização, optou-se pelo teste de Máxima Verossimilhança, para as correlações que apresentaram mais de 20% das caselas com frequências esperadas maiores do que 5.

Os resultados foram apresentados por meio de gráficos, que

evidenciaram os escores obtidos em cada CSF a partir das respostas dos profissionais de saúde e dos usuários. Optou-se pela elaboração de tabelas e quadros sintéticos para apresentar as análises estatísticas dos cruzamentos das variáveis.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer, CAEE Nº 0006.0.039.000-11.

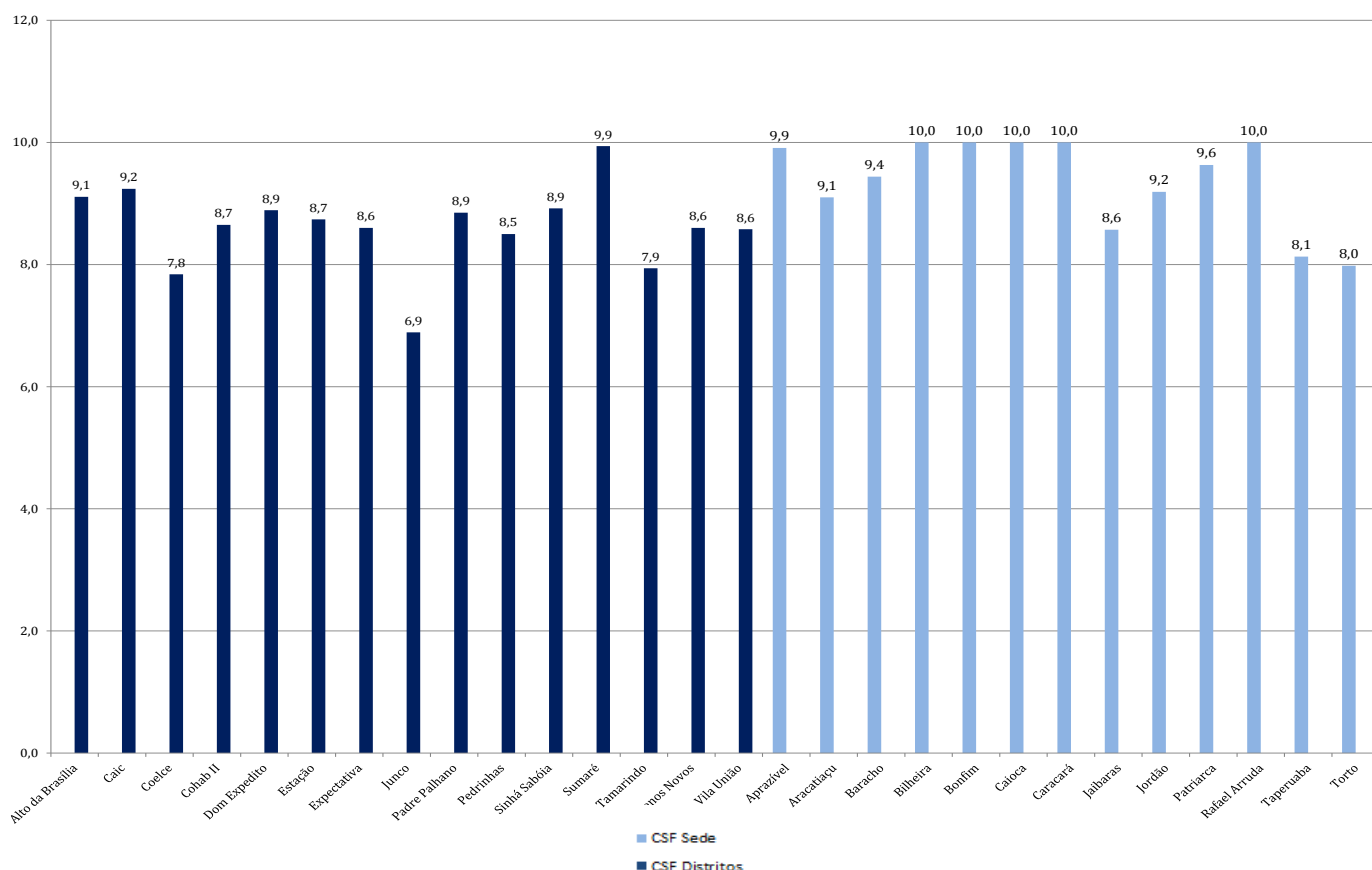
## RESULTADOS

### Perfil dos participantes

O perfil dos profissionais mostrou que, em relação ao tempo de formação, a maioria dos profissionais da sede do município de Sobral possui entre 6 a 10 anos, 21 (30,4%), enquanto que nos distritos, eles têm mais de 15 anos de formação, 10 (34,5%). A titulação revelou que a maioria dos profissionais possui título de especialista, totalizando 75 (76,5%).

Em relação ao tempo de atuação na ESF, observou-se que a maioria dos profissionais tem mais de 10 anos de trabalho, sendo que na sede, esse dado equivale a 36,2% (25) e nos distritos, a 55,2% (16). Já sobre o tempo de atuação no CSF atual, 29% (20) dos profissionais que atuam na sede têm de 1 a 2 anos de atuação e dos que atuam nos distritos, a maioria, 58,6%, tem mais de 6 anos de atuação.

**Gráfico 1.** Média de escores do atributo acesso de primeiro contato – utilização da CSF sede e distritos, referente aos usuários, Sobral-CE, 2012.



No que se refere ao perfil dos usuários da ESF, observou-se que a maioria era do sexo feminino, correspondendo a 540 (89,0%). Já em relação ao tempo de residência na área atual, mais da metade tem 10 anos ou mais anos de permanência, correspondendo a 256 (54,9%) na sede e 103 (73%) nos distritos.

Verificou-se que 237 (39%) dos usuários não concluíram o Ensino Fundamental. Sobre a renda familiar, 304 (65,2%) dos usuários entrevistados na sede percebia entre 1 e 2 salários mínimos, enquanto que, nos distritos, 90 (63,8%) possuíam esta renda. Ao observar a quantidade de pessoas que habitavam uma mesma residência, a maioria, 262 (43,2%) apresentava entre 4 a 5.

### Acesso de primeiro contato – utilização

O gráfico 1 mostra a comparação das médias de escores obtidas por cada CSF no atributo acesso de primeiro contato: utilização por meio das respostas dos usuários.

No que concerne à utilização dos CSF por parte dos usuários, considera-se um alto escore obtido, visto que todos eles obtiveram valor superior a 6,6, tanto nas unidades da sede quanto nas dos distritos. Vale ressaltar que os escores atribuídos aos CSF dos distritos foram superiores aos CSF da sede.

A Tabela 1 mostra a análise estatística dos cruzamentos das variáveis de acesso de primeiro contato: utilização, a partir das respostas dos usuários.

**Tabela 1.** Análise estatística dos cruzamentos das variáveis de acesso de primeiro contato – utilização, referente aos usuários, Sobral-CE, 2012.

Variáveis	Frequência Total		Sede		Distrito		P valor
	N	%	N	%	N	%	
<b>Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina) você vai ao CSF antes de ir a outro serviço de saúde?</b>							0,038*
Com certeza, não	66	10,9	53	11,4	13	9,2	
Provavelmente, não	9	1,5	9	1,9	-	-	
Provavelmente, sim	41	6,8	35	7,5	6	4,3	
Com certeza, sim	487	80,2	365	78,3	122	86,5	
Não sei/não lembro	4	0,7	4	0,9	-	-	
<b>Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu CSF antes de ir a outro serviço de saúde?</b>							0,025
Com certeza, não	59	9,7	53	11,4	6	4,3	
Provavelmente, não	9	1,5	7	1,5	2	1,4	
Provavelmente, sim	58	9,6	49	10,5	9	6,4	
Com certeza, sim	481	79,2	357	76,6	124	87,9	
Não sei/não lembro	-	-	-	-	-	-	
<b>Quando você tem que consultar um especialista, o seu CSF tem que encaminhar você obrigatoriamente?</b>							0,001
Com certeza, não	42	6,9	37	7,9	5	3,5	
Provavelmente, não	11	1,8	10	2,1	1	0,7	
Provavelmente, sim	70	11,5	64	13,7	6	4,3	
Com certeza, sim	462	76,1	335	71,9	127	90,1	
Não sei/não lembro	22	3,6	20	4,3	2	1,4	

\* Máxima Verossimilhança

### Acesso de primeiro contato - acessibilidade

O gráfico 2 expressa as médias de escores de cada CSF da sede e dos distritos no atributo acesso de primeiro contato - acessibilidade, obtidas a partir das respostas dos profissionais da ESF e dos usuários do serviço.

Verificou-se baixo escore geral da APS nos CSF localizados na sede. Já referente aos CSF dos distritos, segundo os profissionais das equipes de saúde da família, a maioria dos CSF apresenta escore satisfatório. Este resultado não foi compartilhado pelos usuários; apenas um CSF apresentou escore acima da média estabelecida.

As variáveis que contribuíram para a obtenção dos escores acima, por meio das respostas dos profissionais de saúde, estão descritas no quadro 1.

As variáveis que apresentaram diferença considerável, ao nível de significância de 5%, quanto à localização geográfica estão descritas a seguir.

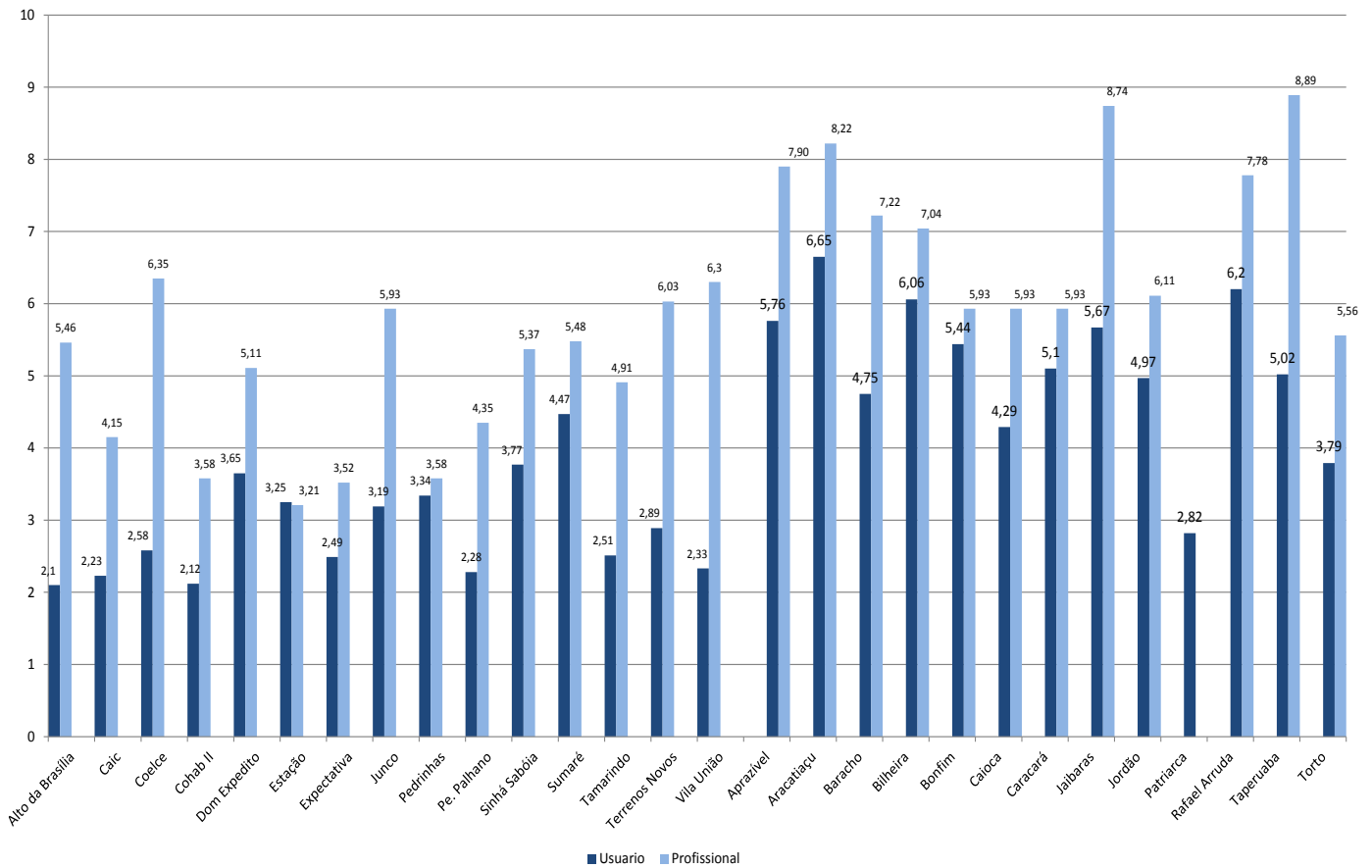
No que se refere ao CSF ficar aberto sábado ou domingo, a maioria das respostas da sede foi com certeza não, 46 (66,7%). Já nos CSF dos distritos, com certeza, sim foi a resposta mais obtida 18 (62,1%).

Com relação à disponibilidade de algum número de telefone para o qual os pacientes possam ligar ao adoecerem, quando o CSF está fechado, foi significativa a diferença entre as sedes, onde a maioria respondeu com certeza, não 36 (52,2%) e distrito, em que a opção com certeza, sim prevaleceu 21 (72,4%).

Na variável relacionada à quando o CSF está fechado sábado ou domingo, se alguém do serviço o atende no mesmo dia, a maioria dos respondentes dos distritos afirmou com certeza, sim, 22 (75,9%). Já na sede, a maior parte das respostas foi com certeza, não, 29 (42,0%).

E no item correspondente a quando o CSF está fechado à noite e algum paciente adoecer, se ele é atendido naquela mesma noite, a maioria da sede respondeu com certeza não, 31 (44,9%). Já nos distritos, a maioria foi com certeza sim, 21 (72,4%).

**Gráfico 2** – Média de escores atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade CSF sede e distritos, referente aos profissionais de saúde e usuários, Sobral-CE, 2012



**Quadro 1.** Síntese da análise estatística dos cruzamentos das variáveis de acesso de primeiro contato – acessibilidade, referente aos profissionais de saúde, Sobral-CE, 2012.

Variáveis	Valor de p
Seu CSF está aberto sábado ou domingo?	< 0,001*
Seu CSF está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até às 20h?	0,651*
Quando seu CSF está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	0,253
Quando seu CSF está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	0,177*
Quando seu CSF está fechado, existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar, quando adoecem?	<0,001*
Quando seu CSF está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	<0,001*
Quando seu CSF está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu CSF o atende naquela noite?	<0,001*
É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina) no seu CSF?	0,042*
Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro?	0,363*

\* Máxima verossimilhança

O quadro 2 mostra a análise estatística dos cruzamentos das variáveis do atributo acesso de primeiro contato: acessibilidade, tendo como respondentes os usuários.

**Quadro 2.** Síntese da análise estatística dos cruzamentos das variáveis de acesso de primeiro contato: acessibilidade, referente aos usuários, Sobral-CE, 2012.

Variáveis	Valor de p
O CSF fica aberto no sábado ou no domingo?	< 0,001
O CSF fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	< 0,001
Quando seu CSF está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	< 0,001
Quando seu CSF está aberto, você consegue aconselhamento rápido por telefone, se precisar?	< 0,001
Quando seu CSF está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	< 0,001
Quando seu CSF está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	< 0,001
Quando seu CSF está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	< 0,001
É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina) neste CSF?	< 0,001*
Quando você chega a seu CSF, você tem que esperar mais de 30 minutos para se consultar com um médico ou enfermeiro?	0,320*
Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu CSF?	0,014*
É difícil para você conseguir atendimento médico de seu CSF quando julga ser necessário?	0,051*
Quando você tem que ir ao CSF, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	0,779*

\* Máxima verossimilhança

Verificou-se que algumas variáveis apresentaram compatibilidade entre as respostas dos usuários e dos profissionais. No que se refere ao CSF aberto sábado ou domingo, a maioria das respostas da sede foi com certeza, não, 259 (55,6%). Quando comparada aos distritos, a diferença foi significativa, em que 81 (57,4%) responderam com certeza, sim. Já com relação ao CSF permanecer aberto nos dias úteis até às 20h, na sede, 237 (50,9%) responderam com certeza, não e nos distritos, a maioria respondeu com certeza, sim, 60 (42,6%).

A possibilidade de obter atendimento por telefone quando o CSF está aberto, caso o usuário precise, foi respondida pela maioria da sede como com certeza, não, 270 (57,9%). Nos distritos, a resposta mais frequente foi com certeza, sim 68 (48,2%). Quanto há existência de um telefone para o qual os usuários possam ligar quando o CSF está fechado, 306 (65,7%) da sede responderam com certeza, não e 62 (44%) dos usuários dos distritos relataram com certeza, sim.

O mesmo foi observado com relação à facilidade para o usuário marcar uma consulta de rotina no CSF, onde a maioria das respostas da sede foi com certeza, não, 210 (45,0%) e nos distritos foi com certeza sim, 71 (50,4%).

## DISCUSSÃO

### Acesso de primeiro contato: utilização

Andersen e Newman<sup>11</sup>, por meio de seu modelo teórico de utilização de serviços, propõem uma relação com três dimensões: capacitação, necessidade e predisposição. A

capacitação remete à capacidade do indivíduo em procurar e receber serviços de saúde, relacionados às condições econômicas e à oferta de serviços. Na necessidade, estão presentes as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde. Já a predisposição está relacionada às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde, como as variáveis sociodemográficas e familiares.

A partir da ESF, a utilização dos serviços de saúde passa a apresentar uma configuração diferente. Com unidades localizadas mais próximas da população e com o estabelecimento de vínculos entre ela e os profissionais, o uso dos serviços passa a ser realidade, muitas vezes independentemente do estado de saúde, e as unidades tornam-se o principal serviço de saúde para a comunidade.

A utilização da ESF é determinada por características dos usuários, sendo as mais marcantes o sexo, onde há a predominância do feminino, da idade, prevalecendo a procura dos mais idosos, a situação socioeconômica, representada pelos mais pobres e sem cobertura de plano privado de saúde e a autopercepção de saúde, que contempla as pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Dessa forma, a implantação da ESF estaria atuando na reafirmação do princípio da equidade na atenção à saúde, contribuindo para o impacto positivo e progressivo nas condições de saúde da população que mais necessita<sup>12</sup>.

A pesquisa revelou que a maioria dos usuários afirma procurar o CSF antes de ir a outro serviço de saúde quando necessita de

uma consulta de rotina. Da mesma forma, quando se trata de um novo problema de saúde, onde 88,8% afirmam com certeza sim/provavelmente sim, no que concerne a buscar o CSF antes de outro serviço.

Vale salientar que a cobertura da ESF no município de Sobral, de aproximadamente 94% da população, bem como a distribuição espacial dos CSF, que contemplam diferentes bairros e distritos do município, são importantes fatores para a obtenção desses resultados. A adoção da APS como estratégia de organização dos sistemas de saúde já apresenta evidências suficientes no que concerne aos resultados positivos, revelando melhores resultados em saúde, custos menores, maior equidade e satisfação dos usuários<sup>13</sup>.

Estudo realizado por Louvison et al.<sup>14</sup> sobre o uso e acesso de idosos aos serviços de saúde, mostra altas taxas de utilização entre os participantes da pesquisa. Entre os principais motivos para a não utilização dos serviços, foram citados aspectos relacionados à gravidade da doença, a automedicação, a qualidade, a distância e o custo dos serviços.

Em pesquisa realizada por Escorel et al.<sup>15</sup>, mais de 90% das famílias entrevistadas referiram alguma utilização dos serviços da ESF. Entre os oito municípios estudados, em quatro, a metade ou mais das famílias informaram que geralmente procuravam a unidade de saúde da família quando precisavam de atendimento por profissional de saúde. Mesmo a maioria não se caracterizando como episódio grave, os serviços mais procurados em seis das oito cidades foram os de urgência. Outros serviços de atenção básica permaneceram sendo procurados, sendo um indicativo do uso paralelo da rede de APS. Os serviços privados responderam pela procura de 5 a 12% das famílias.

Assim, percebe-se como a organização do sistema de saúde influencia em sua utilização pelos usuários. Verifica-se, muitas vezes, uma procura equivocada de outros níveis de atenção com casos que poderiam ser resolvidos ou pelos menos regulados pela APS, se esta fosse vista como prioridade frente à sua grande capacidade de resolução e de obtenção de melhores resultados em saúde.

Ainda avaliando a APS como serviço de primeiro contato, verificou-se a obrigatoriedade de encaminhamento pelo profissional do CSF para acesso aos serviços especializados. A pesquisa revelou que a maioria, equivalente a 87,6%, respondeu com certeza, sim/provavelmente, sim. Dessa forma, percebe-se, que o sistema de saúde de Sobral contempla a diretriz organizativa de ter a APS como sua principal porta de entrada, contribuindo, desse modo, para a utilização responsável dos demais níveis de atenção à saúde.

### **Acesso de primeiro contato: acessibilidade**

O acesso de primeiro contato – acessibilidade é aqui abordado, entre outros, ao avaliar a disponibilidade de atendimento nos CSF durante os horários noturnos e dos finais de semana; o

atendimento oportuno aos usuários doentes quando o CSF está aberto; o acesso a aconselhamentos por telefone; a facilidade de marcação de consultas na unidade e a média de tempo de espera por atendimento na unidade.

Percebe-se que a média dos escores de acessibilidade dos CSF da zona rural é maior que os CSF da sede na opinião dos profissionais de saúde. Já para os usuários, ambos os cenários apresentaram baixos escores.

No que se refere ao funcionamento do CSF nos finais de semana, ou, pelo menos em algum dia da semana até às 20h, a maioria dos profissionais e usuários da sede respondeu com certeza, não, ao contrário dos atuantes nos distritos e seus usuários, cuja resposta mais frequente foi com certeza, sim.

Pesquisa realizada por Ibañez et al.<sup>16</sup> revelou que, entre as dimensões avaliadas, a acessibilidade, compreendendo a localização das unidades e os dias e horários de atendimento, foi a que obteve menor satisfação por parte dos usuários.

Os melhores resultados obtidos pelos CSF dos distritos relacionam-se à ocorrência de plantões noturnos e nos finais de semana. A necessidade de desenvolvimento de mais horários deve-se ao fato de que, nos distritos, os CSF são os únicos equipamentos de saúde e, portanto, deles dependem o primeiro atendimento e a regulação para os demais serviços.

Cunha e Silva<sup>17</sup> defendem que a abertura das unidades básicas em horário noturno poderia facilitar o uso por parte de trabalhadores, principalmente homens que, muitas vezes, não procuram os serviços de saúde da rede básica devido à incompatibilidade entre o horário de funcionamento e o trabalho.

Estando o CSF aberto e diante de um quadro de adoecimento do usuário, indagou-se aos profissionais e usuários se este seria atendido no mesmo dia. Nesse aspecto, foi positiva a maioria das respostas positivas em ambos os respondentes e cenários. Dessa forma, percebe-se quão necessário é o estabelecimento do vínculo para o fortalecimento das relações entre serviço de saúde e usuário. A partir do momento que o usuário tem a garantia de atendimento necessário e em tempo oportuno, isso auxilia na credibilidade e na confiança depositadas no serviço.

Vale ressaltar que esse atendimento não necessariamente remete à consulta realizada com o profissional que o usuário entenda que seja o melhor. A avaliação do risco e o agendamento para uma consulta posterior podem estar presentes nessa situação. O importante é que o serviço consiga dar respostas ao usuário e, assim, estabeleça uma relação de confiança de que a cada nova necessidade surgida, será a atenção primária sua principal porta de entrada.

Outro aspecto que necessita ser destacado é a disponibilidade de aconselhamento por telefone, quando o CSF se encontra aberto, atributo que também recebeu grande percentual de respostas positivas pelos profissionais. No entanto, somente

os usuários dos distritos comungaram dessa avaliação, já que a maioria relativa à sede respondeu com certeza, não.

Essa medida tende a contribuir para a aproximação com o serviço sem que o usuário tenha que, necessariamente, comparecer a ele. Assim, evita-se o deslocamento muitas vezes desnecessário e a criação de uma demanda que poderia ter seu problema resolvido com um esclarecimento por telefone.

Souza et al<sup>18</sup> ressaltam a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho. Sendo assim, o acesso aos serviços de APS precisa ser visto como a possibilidade de desenvolvimento do cuidado a partir das necessidades apresentadas pela população, não apenas no âmbito da localização geográfica, mas abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Outro importante aspecto que merece ser destacado é o acesso ao serviço de APS quando ele se encontra fechado. Sobre esse aspecto, obteve-se uma satisfatória média, tanto de aconselhamentos por telefone ou de atendimentos em horários em que o CSF está fechado, como no período noturno e nos finais de semana, sob a ótica dos profissionais de saúde.

Essa situação deve-se, principalmente, à existência dos agentes comunitários de saúde, profissionais que residem na área adscrita de atuação do CSF e que, por estabelecerem forte vínculo com a comunidade, são constantemente procurados por ela quando a unidade está fechada. No entanto, essa acessibilidade não foi percebida pelos usuários, cuja maioria apresentou respostas negativas.

Com relação à facilidade do usuário em conseguir marcar uma consulta de rotina no CSF, a maioria dos profissionais e usuários respondeu positivamente. Entretanto, no que se refere à média de tempo de espera por atendimento com médico ou enfermeiro, a maioria das respostas remete a um tempo superior a 30 minutos, sem contar o destinado para a triagem.

Essa situação, na medida em que facilita o acesso dos usuários ao serviço por disponibilizar facilidade na marcação de consultas,

pode representar dificuldade quando se refere ao tempo de espera. Isso pode ser um fator limitador do acesso quando se parte do princípio de que o CSF tem seu funcionamento em horário comercial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a média de escores dos atributos da APS de uma forma geral, perceberam-se melhores resultados nos CSF dos distritos quando comparados aos CSF da sede. Além disso, a pesquisa evidenciou diferença na avaliação que os profissionais fazem a respeito de seu trabalho em relação ao que é percebido pelos usuários. Em vários atributos, ficou clara a avaliação satisfatória dos profissionais enquanto os usuários não compartilhavam da mesma opinião.

No que se refere ao acesso de primeiro contato - utilização observou-se a grande importância que a ESF tem assumido para os usuários, já que a maioria deles afirmou procurar o CSF antes de qualquer outro serviço de saúde. A avaliação da acessibilidade mostrou a necessidade de serem ofertados outros horários e dias de funcionamento do CSF, além dos convencionais, como forma de ampliar o acesso ao serviço.

Foi interessante observar o acesso ao serviço de APS quando este se encontra fechado. Esse resultado já é uma conquista principalmente pela inserção dos ACS, profissionais que residem na área adscrita de atuação do CSF e que, por estabelecerem forte vínculo com a comunidade, são constantemente procurados por ela quando a unidade está fechada.

Esta pesquisa reforça, assim, a necessidade de incentivar o desenvolvimento de estudos avaliativos de forma a melhorar a qualidade da APS. O cenário nacional já ensaia a institucionalização de práticas como essas, estando a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ) e o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como iniciativas federais impulsionadoras. No entanto, é preciso que os profissionais reconheçam a importância que essas práticas exercem em seu cotidiano para a qualificação de seu processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Cuidados primários de saúde. Declaração de Alma-Ata, 1978 – Relatório da Conferência internacional sobre Cuidados primários de saúde Alma-Ata, 1978 [internet]. Brasília: OMS; 1979. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 11 de ago. 2010.
2. Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atencion Primária de Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Ver Panam Salud Publica/Pam Am J Public Health. 2007; 21(2/3): 73-84.
3. Mendes ACG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. Cienc. Saúde Coletiva. 2012; 17(11): 2903-12.
4. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad Saude Publica. 2012 Set; 28(9):1772-1784.
5. Prefeitura Municipal (Sobral), Secretaria da Saúde e Ação Social. Relatório de Coordenação da Atenção Primária à Saúde. Sobral; 2011.
6. Ministério da Saúde. (Brasil), Secretaria de Atenção Básica à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
7. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
8. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
9. Leiyshi DRPH, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care



## 217 Acesso à atenção primária no nordeste brasileiro

Assessment Tool. *J Fam Pract.* Feb 2001; 50(2):161-175.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

11. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973; 51(1):95-124. PubMed PMID: 4198894.

12. Fernandes LCL, Bertoldi, AD, Barros, AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica.* 2009 Ago; 43(4):595-603. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>.

13. Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca!. *Cien Saúde Colet* 2009; 14(Supl.1):1493-1497. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800022>.

14. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município

de São Paulo. *Rev Saúde Publica.* 2008 Ago; 42(4):733-740. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>.

15. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna, MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007 Fev-Mar; 21(2-3):164-176. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>.

16. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALDA. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc saúde Coletiva.* 2006 Jul-Set; 11(3):683-703. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>.

17. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Publica* 2010 Abr; 26(4):725-737. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>.

18. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):100-110. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

### Como citar este artigo/How to cite this article:

Carneiro NSM, Silva MGC, Pinto FIM, Albuquerque IMN, Santos FD. Avaliação do acesso aos serviços de atenção primária à saúde em um município do nordeste brasileiro. *J Health Biol Sci.* 2015 Out-Dez; 3(4):209-217.