



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LARISSA EMANUELLE DE FARIAS FONSÊCA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB**

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

LARISSA EMANUELLE DE FARIAS FONSÊCA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Valdecir Carneiro da Silva

**CAMPINA GRANDE – PB
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

F676a Fonsêca, Larissa Emanuelle de Farias.

Avaliação do acesso de primeiro contato da atenção primária à saúde em Campina Grande-PB [manuscrito] / Larissa Emanuelle de Farias Fonsêca. - 2014.

20 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Me. Valdecir Carneiro da Silva, Departamento de Enfermagem".

1. Acesso aos Serviços de Saúde 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Programas de Saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

LARISSA EMANUELLE DE FARIAS FONSÊCA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 18/07/2014.



Prof. Mestre Valdecir Carneiro da Silva / UEPB
Orientador



Prof.ª Mestre Ardigleusa Alves Coelho / UEPB
Examinadora



Prof.ª Mestre Lannuzya Verissimo de Oliveira / UFRN
Examinadora Externo

AVALIAÇÃO DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CAMPINA GRANDE - PB

FONSECA, Larissa Emanuelle de Farias¹; SILVA; Valdecir Carneiro da²

RESUMO

Trata-se de estudo avaliativo de caráter transversal, parte integrante do projeto “Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB” do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) cota 2012-2013, desenvolvido junto ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. O objetivo foi avaliar a Utilização e Acessibilidade da atenção primária à saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB. Entre abril e junho de 2013 foram entrevistados 348 usuários da Estratégia Saúde da Família com idade entre 20 e 59 de anos. O instrumento de avaliação foi o Primary Care Assessment Tool (PCATool)-Brasil versão Adulto contendo 87 itens divididos em 10 componentes e sete atributos, destes, avaliamos: Utilização, constituída por 3 itens ; Acessibilidade, constituído por 12 itens. No processamento e análise dos dados utilizamos o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) - Versão livre para armazenamento do conteúdo obtido das respostas e teve como instrumento de validação a Escala de Likert, com cinco valores. Os resultados relacionados aos componentes foram: Utilização (B=3.53) e Acessibilidade (C=1.75). Os resultados deste estudo alcançaram seus objetivos, apontando uma considerável utilização, porém, uma maior dificuldade de acesso, necessitando de melhorias na qualidade desses serviços prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação de Programas. Atenção Primária à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A declaração de Alma-Ata de 1978, aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979, aponta que a Atenção Primária em Saúde (APS) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, onde os cuidados de saúde são levados aos lugares mais próximos possíveis dos ambientes que vivem e trabalham as pessoas, e constituem o primeiro elemento de assistência do processo de assistência à saúde continuado (BRASIL, 2002).

A Atenção Primária funciona como porta de entrada no sistema, atendendo as necessidades e problemas de saúde da pessoa ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum lugar ou por terceiros, abordando os problemas mais comuns da população e oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação (STARFIELD, 2002).

¹ Graduanda em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. Correspondência: larimanuff@gmail.com

² Professor mestre junto ao Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

No Brasil, a Atenção Básica de Saúde é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012). É importante ressaltar que, o Ministério da Saúde passou a utilizar o termo Atenção Básica para designar Atenção Primária após sentir necessidade em diferenciar a proposta da Saúde da Família e a dos “cuidados primários de saúde”, (TESTA, 1992).

Conforme a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) a APS deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser estratégia mais eficaz para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade quanto ao acesso a saúde população (OPAS, 2007) e pode ser definida como: um conjunto de valores, que proporciona o direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios oferecendo responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros; e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes, que se encontram divididos em atributos do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010).

Dentre esses elementos estruturantes da Atenção Primária, o Acesso de Primeiro contato está subdividido em Utilização e Acessibilidade. Neste âmbito, a utilização representa o centro de funcionamento do sistema de serviços de saúde, refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde, compreendendo todo o contato direto e indireto com os serviços de saúde. Essa utilização pode começar pelo usuário ou ser uma exigência ou orientação de um profissional de saúde, ou ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; STARFIELD, 2002). De modo complementar, a acessibilidade é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato que é considerada como um dos quatro elementos estruturais relevantes para atenção primária e envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que esta aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade, possibilitando que as pessoas cheguem aos serviços (STARFIELD, 2002).

Nesse âmbito, Campina Grande-PB foi um dos municípios escolhidos para participar da experiência pioneira de implantação da Estratégia de Saúde da Família proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, no intuito de melhorar a situação de saúde da população, através da reorganização da atenção básica de saúde visando a prevenção e promoção da saúde (LEITE; VELOSO, 2009; CARNEIRO,2007). Destarte, se torna local interessante e importante para avaliação da APS uma vez que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) acredita que o processo de acompanhar, monitorar e avaliar as ações e os serviços da Atenção Primária irá contribuir para aprimorar estruturas, processos e resultados da estratégia, refletindo na ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população nos serviços de saúde, sendo os responsáveis pelo fortalecimento e consolidação de uma APS de qualidade no país (CONASS, 2004).

O crescente interesse pela avaliação dos aspectos importantes da atenção primária levou ao desenvolvimento de instrumentos que abordam componentes múltiplos da atenção, incluindo acessibilidade e acesso” (STARFIELD, 2002, p 234). Neste sentido, Starfield *et al.* adaptaram um instrumento, já validado nos Estados Unidos, que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde em serviços de atenção à saúde, chamado *Primary Care Assessment Tool (PCATool) –Instrumento de Avaliação da Atenção Primária*. Harzheim (2006) afirma que o PCATool é importante para avaliação e pesquisa dos Programas de Saúde da Família no Brasil pois permite identificar os aspectos de estrutura e processo dos serviços na busca de qualidade no planejamento e execução das ações respectivas a cada atributo existente por meio da experiência dos usuários da APS.

Dessa forma, este estudo é parte integrante do projeto de pesquisa Avaliação dos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família em Campina Grande – PB aprovado no Edital 01/2012 - PRPGP/UEPB do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) Cota 2012-2013 e desenvolvido junto ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba cujo objetivo geral foi Avaliar os Serviços de Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB.

No âmbito do projeto supracitado, o objetivo deste trabalho é descrever acessibilidade e utilização da Estratégia de Saúde da Família no Município de Campina Grande/PB.

2. Referencial Teórico

Dentre os quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS): Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da Atenção, o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde consiste na acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (BRASIL, 2010). Um estabelecimento de saúde não oferece atenção ao primeiro contato a menos que os seus usuários a consideram como acessível, o que irá refletir na sua utilização. Para oferecer acessibilidade, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível, caso contrário, a atenção será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema. (STARFIELD, 2002).

Donabedian (1984) afirma que o acesso pode ser socio-organizacional quando aborda recursos que facilitam ou atrapalham os esforços das pessoas para chegarem ao atendimento, por exemplo, quando é exigido que os pacientes paguem uma taxa de consulta antes de receber o serviço, o que pode gerar uma barreira para o acesso. Preconceitos sociais menos explícitos como idade, raça ou classe social também são exemplos. E que o acesso é geográfico quando envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, o PCATool mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e dos atributos derivados da APS e veio para completar o espaço que faltava na ausência de ferramentas que mediam as interações da APS no Brasil. Sua importância reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão

dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade. Pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também, como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil (BRASIL, 2010).

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006). Por fim, o PCATool-Brasil permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS (HARZHEIN *et al.*, 2006).

Assim, identificar, dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados, permite a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade, evitando a utilização da ESF como uma categoria geral de análise. Outra oportunidade para o uso do PCATool é a comparação do grau de orientação à APS dos outros modelos de atenção básica que ainda coexistem junto à ESF, como as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (BRASIL, 2010).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de estudo avaliativo, de caráter transversal, realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família dos Distritos Sanitários de Campina Grande, no período compreendido entre abril a junho de 2013.

Campina Grande, segunda maior cidade da Paraíba, com população estimada em 400.000 habitantes, possui uma rede de serviços de saúde de APS organizada em seis Distritos Sanitários. No que se refere a ESF da população, atualmente estão implantadas 98 equipes de saúde da família distribuídas em 70 Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF) onde a cobertura de atendimento atingiu 78,8% da população.

Foram selecionadas aleatoriamente por meio de sorteio 12 UBSF, sendo duas por cada Distrito Sanitário. A amostra incluiu população na faixa etária de 20 a 59 anos correspondente a 55,8% da população total. Obtemos amostra com $n = 355$, por meio do cálculo $n = \pi \cdot (1 -$

$\pi \cdot z^2$ dividido por D^2 , onde $z = 1,96$ (nível de confiança ou seja 95% de confiança), $\pi =$ proporção da população e $D = 0.05$ (erro de 5%) Foram incluídos no estudo os usuários cadastrados há no mínimo quatro anos na UBSF, período de gestão política municipal, e que não possuíssem plano de saúde suplementar.

As entrevistas foram realizadas com 29 usuários por cada duas UBSF nos Distritos Sanitários, sorteadas de forma não probabilística, totalizando 348 usuários distribuídos em 12 UBSF. Os dados foram coletados pelo grupo de pesquisadores treinados.

Para medir a qualidade da atenção à saúde foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool –Brasil) aplicável aos usuários adultos contendo 87 itens divididos em 10 componentes relacionados à sete atributos: grau de afiliação; acesso de primeiro contato; longitudinalidade; coordenação; integralidade; orientação familiar e orientação comunitária.

Particularmente neste estudo, foram utilizadas apenas as perguntas pertencentes ao atributo Acesso de Primeiro Contato, sendo eles os componentes B e C, respectivamente. Representados deste modo: Utilização (B) - Constituído por três itens (B1, B2, B3); e Acessibilidade (C) – constituída por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12) (BRASIL, 2010, p. 33)

O PCATool mede a presença e a extensão de cada atributo da APS através da Escala Likert (“com certeza sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei/não lembro”) que permite a construção de escores no intervalo de um a quatro para cada atributo. Entretanto, para processamento e análise dos dados na tabela de entrada do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) - Versão livre para armazenamento do conteúdo obtido através dos questionários, as respostas dos entrevistados foram validadas com utilização da Escala de Likert para cinco valores, entretanto a frequência das respostas foram organizadas com a seguinte adaptação: Sim (“Com certeza, sim” e “Provavelmente sim”), Não (“Com certeza, não” e “Provavelmente não”) e Não sei/Não Lembro.

Nesta fase foram construídos escores para os atributos essenciais e derivados obtidos através das médias de respostas dos quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e; coordenação, além dos atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária. “Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente (BRASIL, 2010)”.

Aspectos éticos da Pesquisa

O protocolo de pesquisa foi cadastrado e codificado com CAAE: 14673313.6.0000.5187 na *Plataforma Brasil* do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), obtendo parecer aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba. Foram também prestados esclarecimentos acerca da pesquisa antes da aplicação do questionário, como o sigilo das informações dadas seguidos da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assegurar os direitos dos usuários.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Foram entrevistados 348 usuários adultos, sendo a maioria (92.6%) do sexo feminino. Tal fato deu-se porque além das mulheres serem mais presentes para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), também foram mais receptivas à entrevista e; os poucos homens presentes geralmente estavam acompanhando suas mulheres no atendimento. Essa característica da amostra apresenta-se semelhante ao estudo de Travassos *et al* (2004) que diz ser um padrão que se mantém quando se desagregam os dados pela restrição ou não de atividades por motivo de saúde. Além disso, mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde do que os homens, visto que possuem mais acesso às informações em saúde (Fernandes *et al.*, 2009).

O acesso de primeiro contato como foi descrito na introdução deste trabalho, divide-se em duas categorias: Utilização e Acessibilidade. A tabela 1 mostra os escores gerais de utilização e acessibilidade por unidade.

Tabela 1: Distribuição dos escores do Acesso de Primeiro Contato (Utilização e Acessibilidade) da atenção primária, por Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande – PB, 2013

UBSF	Utilização	Acessibilidade
	B	C
UBSF Catolé do Zé Ferreira	3.75	1.74
UBSF Plínio Lemos (José Pinheiro)	3.28	1.81
UBSF Wesley Cariri Targino (Nova Brasília)	3.06	1.70
UBSF Malvinas III	3.27	1.80
UBSF Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Ramadinha)	3.43	1.90
USBF Velame II	3.20	1.60

UBSF Multirão I	3.74	1.58
UBSF Tambor I	3.68	1.91
UBSF José Arino Barros (Pedreira)	3.82	1.89
UBSF Adalberto César I e II (Pedregal)	3.62	1.69
UBSF Jeremias	3.78	1.63
UBSF Jardim Continental	3.75	1.81
ESCORE MÉDIO:	3,53	1,75

Legenda:

B = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Utilização;

C = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Acessibilidade;

Escore total para Utilização e para Acessibilidade foram calculados através da média aritmética de todas as unidades.

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família onde foram realizadas as entrevistas.

O escore geral da utilização dos serviços de atenção primária foi igual a (n=3.53) e mostra-se acima da média calculada entre as resposta que variaram de 1 a 4, significando que a maioria dos entrevistados procura a Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando necessitam de um atendimento, seja ele uma consulta de revisão ou rotina, quando se tem um novo problema de saúde e quando precisam ser encaminhados para um especialista (STARFIELD, 2002).

A UBSF José Arino Barros no bairro da Pedreira (Distrito Sanitário VI) apresentou o maior escore de utilização (n=3.82) e a UBSF Wesley Cariri Targino no bairro Nova Brasília (Distrito Sanitário I), obteve o menor resultado (n=3.06), porém quando comparados às demais unidades essa diferença não foi considerável tendo em vista que as demais unidades ficaram entre esses valores, como foram mostrados ainda na tabela 1, isto é, todas as unidades apresentaram nível acima da média no aspecto Utilização. O escore geral para Acessibilidade obtido foi igual a (n=1.75), sendo o menor (n=1.58) da UBSF Mutirão I (Distrito Sanitário II) e o maior (n=1,91) da UBSF Tambor I (Distrito Sanitário VI).

A tabela 2 a seguir traz a média dos escores por distrito:

Tabela 2: Distribuição dos escores do Acesso de Primeiro Contato da atenção primária: Utilização e Acessibilidade, avaliados por Distritos Sanitários de Campina Grande – PB, em 2013

Distrito Sanitário	Utilização	Acessibilidade	TOTAL
	B	C	
I	3.17	1.75	2.46

II	3.68	1.63	2.65
III	3.76	1.72	2.74
IV	3.75	1.90	2.82
V	3.47	1.67	2.57
VI	3.35	1.85	2.60
ESCORE MÉDIO:	3.53	1.75	2.63

Legenda:

B = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Utilização;

C = Componente do Instrumento PCaToll – Brasil Versão Adulto que trata de Acessibilidade;

Distrito I: UBSF José Pinheiro e Nova Brasília; Distrito II: UBSF Mutirão e Pedregal; Distrito III: UBSF do Jardim Continental e Jeremias;

Distrito IV: UBSF do Tambor e Pedreira; Distrito V: UBSF Catolé de Zé Ferreira e Velame; Distrito VI: UBSF da Ramadinha e Malvinas;

O escore total foi obtido através da soma dos escores totais de B + C e divididos por 2.

É possível ver que o distrito IV apresentou o maior escore para o atributo Acesso de Primeiro Contato (n=2.82) e o Distrito I apresentou o menor escore (n=2.46). Quando vistos separadamente, o Distrito III apresentou o maior escore para Utilização (n=3.76) e o Distrito IV para Acessibilidade (n=1.90). O Distrito que obteve a média mais baixa para Utilização foi o Distrito I (n=3.17) e para Acessibilidade foi o Distrito II (n=1.63).

Para entendermos melhor essa diferença nas médias dos escores das Unidades Básicas de Saúde da Família e dos Distritos Sanitários podemos observar a tabela 3 a seguir que traz a frequência das respostas “sim” dos atributos Utilização e Acessibilidade da atenção primária da Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB.

Tabela 3: Distribuição da frequência de entrevistados que responderam “Sim” aos itens do PCATool Brasil Adulto sobre Avaliação da Atenção Primária nas UBSF de Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-Paraíba, 2013

Itens do PCATool	UBSF	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total (%)
B1: Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?		29	25	24	26	25	25	29	27	28	26	29	26	319 (91,6%)

B2: Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome medico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	24	17	15	21	23	20	28	27	27	26	28	27	283 (81,3%)
B3: Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde/ médico/enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	27	25	21	22	24	19	27	28	28	25	24	27	297 (85,3%)
C1: A UBSF fica aberto no sábado ou domingo?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 (0%)
C2: A UBSF fica aberto pelo menos algumas noites de dias uteis até às 20 horas?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 (0%)
C3: Quando sua UBSF está aberto e você adoce alguém de lá atende você no mesmo dia?	21	9	20	13	21	12	21	14	20	11	4	16	182 (52,2%)
C4: Quando sua UBSF está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	3	0	2	6	4	3	4	7	4	1	4	7	45 (12,9%)
C5: Quando a sua UBSF está fechada, existe um numero de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	0	0	0	4	1	1	3	3	3	2	2	5	24 (6,8%)
C6: Quando a sua UBSF está fechada no sábado e domingo e você fica doente alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	0	0	0	2	1	0	1	3	3	2	2	0	14 (4%)
C7: Quando a sua UBSF está fechada e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	0	0	0	2	1	0	1	3	3	2	2	0	14 (4%)
C8: É fácil marcar hora para uma consulta de revisão(consulta de rotina, “check-up”) nesta UBSF?	19	10	16	17	19	13	14	18	16	14	16	18	190 (54,5%)

C9: Quando você chega na sua UBSF, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	27	28	28	27	24	26	26	19	24	24	24	27	304 (87,3%)
C10: Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora na sua UBSF?	5	10	14	9	6	15	26	11	20	18	13	17	164 (47,1%)
C11: É difícil para você conseguir atendimento médico na sua UBSF quando pensa que é necessário?	14	11	20	22	11	21	21	12	11	18	21	15	197 (56,6%)
C12: Quando você tem que ir ao médico ou enfermeiro você tem que faltar o trabalho ou escola para ir a UBSF?	8	14	11	14	16	13	16	12	11	17	18	16	166 (47,7%)

Legenda:

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família; UBSF 1: Catolé do Zé Ferreira; UBSF 2: Plínio Lemos (José Pinheiro); UBSF 3: Wesley Cariri (Nova Brasília); UBSF 4: Malvinas III; UBSF 5: Hindenburgo Nunes de Figueiredo (Ramadinha); UBSF 6: Velame II; UBSF 7: Mutirão I; UBSF 8: Tambor I; UBSF 9: José Arino Barros (Pedreira); UBSF 10: Adalberto César I e II (Pedregal); UBSF 11: Jeremias; UBSF 12: Jardim Continental.
OBS: O valor possível máximo para os entrevistados que responderam “sim” aos itens é de 29; para o total o valor máximo é de 348.

As variáveis C1 e C2 questionam se as unidades abrem nos sábados e domingos ou à noite em dias úteis e as respostas foram “não” em 100% das entrevistas, como mostra a tabela. O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBSF devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. Além de uma carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2012).

A variável C4 questiona se o aconselhamento pelo telefone quando necessário é possível e apenas 12,9% das respostas foram positivas. Outro questionamento feito (C5) é se existe algum número de telefone que os usuários possam ligar quando as unidades estiverem fechadas, e 93,2% dos entrevistados afirmaram que não. Além disso, o funcionamento da unidade apenas no período diurno (C2) obstaculiza o atendimento, particularmente para as pessoas que trabalham nesse mesmo horário. Sendo assim, parte da população que trabalha no mercado formal, com horários rígidos de expediente, não conseguem se ausentar para irem às consultas nas UBFS e por isso buscam sempre os serviços de saúde emergenciais, que funcionam no período noturno (ALBUQUERQUE, 2012).

Quanto à acessibilidade, podemos observar nas tabelas que os escores apresentaram-se muito mais baixos se comparados com os escores de Utilização. Na análise da organização dos serviços, de Cunha e Silva (2010) persistiam problemas de acessibilidade tanto em relação às características do atendimento quanto pela existência de barreiras organizacionais e geográficas. Os aspectos que mais contribuíram para a baixa pontuação dessas unidades segundo esses autores foram dificuldades para a marcação de consultas e deficiências no sistema de referência e contrarreferência, além dos longos tempos de espera para o atendimento.

As variáveis C8, C9 e C10 que trazem os principais problemas citados em vários estudos, são os mais observados pelos usuários e estão relacionados ao tempo de espera para marcar uma consulta e para ser atendido na unidade. Esses questionamentos associam-se a entrada no que se refere ao processo de “entrar” ou “ascender” nos serviços e compreende as barreiras que devem ser superadas antes de receber atenção médica como o tempo de viagem, o tempo de espera, os horários de funcionamento, etc. (ALBUQUERQUE, 2012).

Para os pesquisadores Patrick e Puterman (2008) os tempos de espera aos serviços de saúde surgem por três motivos: capacidade de atendimento insuficiente para a demanda; gerenciamento inadequado da oferta de serviços e variação significativa da demanda por serviços de saúde ao longo do tempo. No entanto, pesquisas indicam que a insuficiência de recursos financeiros ou de serviços seria o principal determinante para existência de listas de espera (HURST; SICILIANI, 2003; MOJON-AZZI, 2008).

Quando questionados se precisam faltar o trabalho ou escola para irem à unidade (C12) 47,7% dos usuários afirmaram que sim. Assim também aconteceu na pesquisa de Fernandes *et al* (2009) onde afirma que a utilização dos serviços de saúde em geral foi maior por pessoas desempregadas. Já Travassos (2004) afirma que as mulheres sem inserção no mercado de trabalho — aposentadas e donas de casa — apresentaram maiores chances de uso do que aquelas economicamente ativas.

Outro estudo no que diz respeito à acessibilidade às consultas na unidade e aos encaminhamentos, os usuários referiram existir grande demanda para atendimento, com permanência de filas nas próprias unidades de saúde da família. O tempo de espera, de um modo geral, variou entre 1 a 7 dias, sendo que em uma das capitais identificou-se o maior tempo de espera, entre 8 e 15 dias. Tal problema torna-se maior em relação a exames laboratoriais, consultas especializadas e internações. Com as centrais informatizadas aparecem filas eletrônicas que levam até meses para atender as demandas de atendimento (ROCHA *et al.*, 2012).

Por fim, acesso e a utilização constituem-se como desafios na construção do cuidado integral e como elementos de fundamental importância para a gestão e avaliação de serviços de saúde. (Souza ECF *et al.*, 2008).

5 CONCLUSÃO

De forma geral, os resultados deste estudo alcançaram seus objetivos, apontando uma considerável utilização, porém, uma maior dificuldade de acesso da Estratégia de Saúde da Família no Município de Campina Grande/PB. Através do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* foi possível identificar as variáveis que se encontram ou não efetivas, e mostra também que a visão do usuário é de extrema importância para a avaliação dos serviços. Porém, sentimos necessidade da inclusão de dados sociodemográficos no questionário, o que iria permitir uma avaliação de maior profundidade.

É possível identificar através do escore médio geral do Acesso de Primeiro Contato (n=2.63) que ainda existem barreiras tanto organizacionais e geográficas como também relacionadas ao atendimento prestado. Os aspectos que mais contribuíram para essa média geral foram dificuldades para a marcação de consultas, longas esperas para receberem atendimento, localização da unidade que para alguns era muito perto, porém para outros muito longe. Foi observado também falhas na estrutura física das unidades para deficientes físicos e pessoas com limitações, como: rampas de acesso, portas com dimensões ampliadas, maçanetas do tipo alavanca, barras de apoio, corredores largos, salas de espera que permitam ao menos que os usuários aguardem seus atendimentos sentados.

As perguntas do instrumento apesar de não dar espaço para respostas além de “sim” ou “não” permitiram os desabafos dos usuários para nós que estávamos ali na condição de avaliadores, posição esta que foi vista por eles como uma esperança de melhoria na qualidade dos serviços que eles buscavam ali. O que se pode notar em todas as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) são usuários que querem ser atendidos a qualquer custo, pois sabem que precisam e tem esse direito e do outro lado profissionais que fazem o que pode diante as condições que se encontram ou ainda aqueles que aproveitam o fato da ausência dessas condições para omitir um serviço de qualidade. A realidade da Estratégia de Saúde da Família do Município traduz diferentes perfis profissionais e as gestões podem de certa forma elaborar meios de incentivo e melhoria da articulação das ações características do acesso como agendamento, filas de espera e acolhimento.

O que se pode concluir é que, para maioria dos usuários nem sempre o mais importante é a estrutura física, a comodidade de chegar à unidade, se irão perder um dia de trabalho ou enfrentar algumas longas horas de espera, mas que ao chegar nestes serviços sejam ao menos bem recebidos e atendidos naquele dia/horário. Que os profissionais podem até não solucionar seus problemas, mas um pouco de afetividade, interesse e preocupação podem mudar a avaliação que eles fazem daquele local.

Como sugestões, acredito que a atribuição de um acolhimento diário pode ser muito efetiva, os profissionais podem fazer um rodízio, onde cada um pode se responsabilizar por um dia de acolhimento na unidade, tal atividade poderia reduzir e amenizar o tempo de espera e aumentar o grau de satisfação que os usuários atribuem às unidades.

ABSTRACT

It is an evaluative transversal study, an integral part of the project "Evaluation of Services Primary Health Care in the Family Health Strategy in Campina Grande-PB" Institutional Program for Scientific Initiation Scholarship (PIBIC) quota 2012-2013 developed at the Department of Nursing at the State University of Paraíba. The objective was to evaluate the use and accessibility of primary health care in the Family Health Strategy in Campina Grande-PB. Between April and June 2013, 348 users of the Family Health Strategy aged between 20 and 59 years were interviewed. The evaluation instrument was the Primary Care Assessment Tool (PCATool)-Brazil Adult version containing 87 items divided into 10 components and seven attributes of these, evaluate: Login First Contact which is divided into: Use, consisting of 3 items and Accessibility consists of 12 items. Processing and data analysis using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) - free version to store the contents of the responses obtained and scored as a tool for validating the Likert scale with five values. The results related to the components were used (B = 3:53) and accessibility (C = 1.75). The results of this study achieved its objectives, pointing considerable use, however, a more difficult access needs pointing improvements in the quality of these services.

KEYWORDS: Access to Health Services. Program Evaluation. Primary Health Care.

REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, L.C. **Acesso aos serviços de saúde em um município do interior de Pernambuco: o que pensam os usuários?** 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

Alma ata - **Primary health care:** report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva, World Health Organization, 1978 (Health for All Series No. 1)

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de**

Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica – Desenvolvimento de Sistema e Serviços de Saúde – 10, Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** *primary care assessment tool PCATool-Brasil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. –Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. –(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

CARNEIRO, T.S. **O saúde da família sob a ótica dos profissionais de Campina Grande/PB.** Acerca do programa: uma avaliação qualitativa. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLITICAS PUBLICAS. São Luiz-MA, 2007 p.1-10.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Apr. 2010.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica:** definición y métodos de evaluación. México/DF: La Prensa Médica Mexicana; 1984.

DUNCAN, B. B. et al. **Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil.** BMC Health Services Research, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLDI, Andréa D; BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, Aug. 2009.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)* para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, 22(8):1649-1659. Rio de Janeiro-RJ. Ago, 2006.

HURST, J.; SICILIANI, L. **Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries.** Paris: OECD, 2003.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Rev. Saúde soc.** vol. 18 n.1, São Paulo. Jan./Mar. 2009.

MOJON-AZZI, S.M.; MOJON, D.S. **Waiting times for surgical procedures in ten European Countries.** Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Germany, v.13, n.2, p.92-98. 2008.

Organização Pan–Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, © 2007.

PATRICK, J.; PUTERMAN, M.L. **Reducing Wait Times through Operations Research: Optimizing the Use of Surge Capacity.** Healthcare policy, Toronto, v.3, n. 3, p. 75-88, 2008.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al . Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, 2002. 726 p.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. **Validating the Adult Primary Care Assessment Tool.** *The Journal of Family Practice,* United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (2005). **Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde.** In: HARTZ, Z.M.A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. M (orgs.), *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.* Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, pp. 15-39.

TESTA, M. **Atenção Primária (ou primitiva) de Saúde.** In: _____. *Pensar em saúde.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 160-174.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, supl.2, 2004.