

ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: COMO AVALIAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

ACCESSIBILITY IN PRIMARY CARE: HOW DO HEALTH PROFESSIONALS EVALUATE IT?

ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: ¿CÓMO EVALUAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?

Jhayne Fonda Barra¹, Mariana Coelho Moura Garcia², Érika Andrade e Silva³, Isabel Cristina Gonçalves Leite⁴, Fernanda Moura Lanza⁵, Angélica da Conceição Oliveira Coelho⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar a presença e extensão do atributo acesso de primeiro contato - componente acessibilidade, na perspectiva dos profissionais de atenção primária à saúde. **Método:** estudo transversal realizado em 62 unidades de atenção primária à saúde, por meio da autoaplicação do *Primary Care Assessment Tool* com 546 profissionais (60,3% da população elegível). O banco de dados foi criado no software *Epi-Info* (versão 7), e a digitação realizada por entrada dupla. A análise foi realizada no software *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 22). Para as comparações entre os grupos, foi utilizado o teste *U de Mann Whitney* para amostras independentes. **Resultados:** a acessibilidade mostrou-se insatisfatória (média 3,5). Não foi identificada diferença significativa entre os modelos de atenção ($p=0,275$). A área rural (média 3,9) apresentou melhor desempenho quando comparada à área urbana (média 3,5). **Considerações finais:** evidenciou-se necessidade de implementar estratégias relacionadas ao aspecto estrutural do serviço que busquem ampliação ao acesso.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the presence and extent of the first contact access attribute - accessibility component, from the perspective of primary health care professionals. **Method:** cross-sectional study carried out in 62 primary health care units, through the self-application of the *Primary Care Assessment Tool* with 546 professionals (60.3% of the eligible population). The database was created using *Epi-Info* software (version 7) and typing was performed by double entry. Analysis performed in the *Statistical Package for the Social Sciences* software (version 22). The *Mann Whitney U* test for independent samples was used for comparisons between groups. **Results:** accessibility was unsatisfactory (average 3.5). No significant difference was identified between the models of care ($p = 0.275$). The rural area (average 3.9) performed better when compared with the urban area (average 3.5). **Final considerations:** there was a need to implement strategies related to the structural aspect of the service that seek to expand access.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Research; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la presencia y el alcance del atributo de acceso del primer contacto: componente de accesibilidad, desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria de salud. **Método:** estudio transversal realizado en 62 unidades de atención primaria de salud, mediante la autoaplicación de la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria con 546 profesionales (60,3% de la población elegible). La base de datos se creó con el software *Epi-Info* (versión 7) y la escritura se realizó por doble entrada. Análisis realizado en el Paquete Estadístico para el software de Ciencias Sociales (versión 22). Se usó la prueba *U de Mann Whitney* para muestras independientes para las comparaciones entre grupos. **Resultados:** la accesibilidad fue insatisfactoria (promedio 3.5). No se identificaron diferencias significativas entre los modelos de atención ($p = 0.275$). El área rural (promedio 3.9) se desempeñó mejor en comparación con el área urbana (promedio 3.5). **Consideraciones finales:** era necesario implementar estrategias relacionadas con el aspecto estructural del servicio que buscan expandir el acceso.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Investigación sobre Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

¹ Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. ²Enfermeira pela Universidade Federal de Juiz de Fora. ³Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Docente da Universidade Federal de Juiz de Fora. ⁴Doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Docente da Universidade Federal de Juiz de Fora. ⁵Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Docente da Universidade Federal de São João del-Rei. ⁶Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Docente da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Como citar este artigo:

Barra, JF, Garcia MCM, Silva, EA, et al. . Acessibilidade na atenção primária: como avaliam os profissionais de saúde? Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2020;10:e3630. [Access_____]; Available in:_____ DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3630>

INTRODUÇÃO

Os serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se articulados e integrados à Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadoras e ordenadoras dos cuidados, as quais assumem o papel de primeiro contato preferencial dos usuários com o sistema⁽¹⁾.

Dentre as formas de organização da APS reconhecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para a sua consolidação no país⁽²⁾. Caracteriza-se por uma atenção focada nas demandas de saúde às famílias e comunidades, considerando o contexto sociocultural como fator que influencia a saúde e o bem-estar dos indivíduos⁽³⁻⁴⁾.

O fortalecimento dos sistemas de saúde pela expansão da APS vem sendo reconhecido, internacionalmente, como o meio mais efetivo para a melhoria das condições de saúde da população⁽⁵⁾. Por isso, a mensuração do desempenho dos serviços é uma das dez prioridades de pesquisa para a APS⁽⁶⁾. No contexto brasileiro, que ainda possui serviços de APS, na modalidade tradicional, há uma política, para consolidar esse ponto da RAS, por meio da ESF⁽²⁾. O processo de avaliação de desempenho da APS destaca-se como importante ferramenta capaz de identificar as potencialidades e as fragilidades desse serviço⁽⁷⁻⁸⁾.

O enfoque tradicionalmente utilizado, para a avaliação da APS no Brasil e consoante com o arcabouço teórico da APS mundial⁽³⁾ e da PNAB⁽²⁾, baseia-se na mensuração da presença e extensão dos seus atributos⁽⁷⁾ que são definidos como essenciais - acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e derivados - centralização na família, orientação para a comunidade e competência cultural⁽³⁾.

No entanto, apesar dos notórios avanços no acesso aos serviços de saúde, em decorrência da expansão da ESF⁽⁹⁾, os estudos avaliativos brasileiros, realizados com profissionais da APS, apontam o acesso como atributo que apresenta maior dificuldade de operacionalização e consolidação^(4,10-12).

Esse atributo envolve dois componentes: a acessibilidade e a utilização. A dimensão acessibilidade é um componente estrutural do serviço e está condicionada à disponibilidade do serviço perante as necessidades dos usuários,

incluindo a localização próxima à comunidade, os horários e dias de funcionamento e a flexibilidade aos atendimentos de demanda espontânea das unidades. Já a dimensão utilização - componente processual - está relacionada à percepção dos usuários de que o serviço é acessível e considerado referência⁽³⁾.

Considerando que, para a realização das ações de saúde, os serviços precisam implementar, no cotidiano de trabalho, os elementos estruturantes da APS⁽³⁾ e que há necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática de seus atributos essenciais⁽¹⁻²⁾. O presente estudo tem como objetivo: avaliar a presença e extensão do atributo acesso de primeiro contato - componente acessibilidade, na perspectiva dos profissionais da APS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de caráter avaliativo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 33363314.9.0000.5147, parecer número 3.383.322, atendendo às determinações da Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O cenário de pesquisa foi constituído por 62 das 63 unidades de APS do município de Juiz de Fora, sendo 47 urbanas e 15 rurais. Foram convidados a participar da pesquisa todos os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam nas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB). Foram excluídos do estudo os profissionais que estavam de férias regulamentares, licença médica ou afastados; os que se recusaram a participar do estudo e aqueles que não foram encontrados após três tentativas.

A coleta de dados ocorreu entre março de 2018 e fevereiro de 2019, mediante autoaplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão profissionais, validado para o contexto brasileiro⁽⁸⁾ e um questionário elaborado, para fins desta pesquisa, que coletou informações sobre o perfil sociodemográfico e qualificação dos profissionais.

Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, procedimentos, riscos e benefícios, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aos profissionais, que

não tiveram interesse em participar, foi-lhes instruído apenas devolver o questionário e o TCLE em branco. Todos os profissionais de uma unidade de APS se recusaram a participar do estudo (motivos não foram explicitados à pesquisadora principal), o que justifica a realização da pesquisa em 62 unidades de APS.

O PCATool contém 77 itens divididos em oito componentes. Na versão profissionais, o PCATool avalia apenas o componente acessibilidade do atributo acesso, o qual é constituído por nove itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9). As respostas possíveis, para cada item, são baseadas na escala de likert: “com certeza sim” (valor=4); “provavelmente sim” (valor=3); “provavelmente não” (valor=2); “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9)⁽⁸⁾.

Procedeu-se à inversão de valores do item A9, visto que foi formulado a fim de que quanto maior o valor atribuído menor é a orientação para a APS. O escore do atributo foi calculado pela média aritmética simples dos valores das respostas para cada pergunta e, posteriormente, transformado em escala contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula $[(\text{escore obtido} - 1) \times 10] / 3$. Para a análise do resultado do escore do atributo foi utilizada a mesma metodologia do manual do PCATool, que determina que valores iguais ou maiores que 6,6 representam alta orientação para a APS⁽⁸⁾. A variável dependente foi o escore do atributo acessibilidade, e as variáveis independentes foram compostas pelo sexo, idade, profissão, qualificação e experiência profissional.

O banco de dados foi criado no *software Epi-Info* (versão 7) e a digitação realizada por entrada dupla. Em seguida, foi avaliada a consistência dos dados pela função *data compare*, com o intuito de eliminar falhas de digitação. A tabulação dos dados foi realizada no *software Microsoft Excel* (2013), e a análise estatística no *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS) - versão 22*.

As variáveis qualitativas foram descritas como frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas, conforme método de análise dos dados recomendado pelo PCATool⁽⁸⁾, como média e desvio-padrão.

Para a estatística analítica, testou-se a normalidade da variável quantitativa por meio do teste de Kolmogorov-Sminorv. Descartada a normalidade dos dados, utilizou-se o teste não paramétrico *U* de *Mann Whitney* para a comparação dos escores entre os grupos. A todos os testes, foi adotado um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 546 profissionais, alocados em 62 unidades de APS (47 urbanas e 15 rurais). Ressalta-se que todos os profissionais de uma unidade de APS se recusaram a participar do estudo (motivos não foram explicitados à pesquisadora principal). Foram excluídos 27 profissionais que estavam de férias regulamentares, 10 por licença médica ou afastamento e 321 que se recusaram a participar do estudo e/ou não foram encontrados após três tentativas. O perfil dos participantes do estudo encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos participantes estratificado por modalidade de serviço, Juiz de Fora, 2019.

Variáveis Qualitativas	eAB [*] (n=57)		eSF [†] (n=489)	
	Nº	%	Nº	%
Sexo				
Feminino	47	82	431	88
Masculino	9	16	47	10
Não informado	1	2	11	2
Profissional				
Médico	11	19	41	8
Enfermeiro	16	28	74	15
Técnico de enfermagem	30	53	63	13
ACS			311	64
Treinamento[§] para atuar APS[‡]				
Sim	26	46	321	66
Não	20	35	64	13
Não informado	11	19	104	21
Vínculo trabalhista em outro serviço				
Sim	14	25	32	7
Não	29	51	354	72
Não informado	14	25	103	21

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Notas: *equipe de Atenção Básica. †equipe de Saúde da Família. ‡Atenção Primária à Saúde. §Capacitação dos profissionais para atuarem na APS pela Secretaria Municipal de Saúde.

Com relação à qualificação dos profissionais, identificou-se que nove (9,7%) técnicos de enfermagem e 45 (14,5%) ACS possuem curso superior; 27 (51,9%) médicos e 49 (54,4%) enfermeiros possuem especialização em saúde da família; sete (13,5%) médicos e três (3,3%) enfermeiros (7,0%) possuem residência em saúde da família.

A média de idade dos profissionais foi de 47,54 anos (desvio-padrão $\pm 10,2$). A maior idade foi 70 anos e a menor 25 anos.

A análise dos itens que constitui o atributo acessibilidade indicou baixa orientação do serviço para o atributo na perspectiva dos profissionais (média 3,5; desvio-padrão $\pm 1,1$), assim como em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento^(4,10-11-12-13-14). A descrição de cada item do componente acessibilidade encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação da presença e extensão do atributo acesso - componente acessibilidade – e seus respectivos itens na perspectiva dos profissionais da APS, Juiz de Fora, MG, Brasil, 2019.

Acessibilidade	Escore Médio/Desvio-padrão	IC 95%	% Alto Escore (>6,6)
A1- O serviço está aberto sábado ou domingo	0,6 ($\pm 1,5$)	0,5 - 0,7	2,1
A2- Está aberto pelo menos alguns dias até as 20 horas	1,2 ($\pm 2,7$)	0,9 - 1,4	9,4
A3- Se o Serviço de Saúde está aberto e o usuário fica doente, alguém o atende no mesmo dia	8,0 ($\pm 2,3$)	7,8 - 8,2	93,6
A4- Os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando o Serviço de Saúde está aberto	6,8 ($\pm 3,0$)	6,6 - 7,1	79,9
A5- Existe algum número de telefone, para o qual os pacientes possam ligar, quando o Serviço de Saúde está fechado	2,2 ($\pm 3,4$)	1,9 - 2,5	19,2
A6- Quando o Serviço de Saúde está fechado, aos finais de semana, e o paciente fica doente alguém do Serviço de Saúde o atende no mesmo dia	0,8 ($\pm 1,9$)	0,6 - 0,9	4,4
A7- Quando o Serviço de Saúde está fechado à noite, e o paciente fica doente alguém do Serviço de Saúde o atende naquela noite	0,6 ($\pm 1,7$)	0,5 - 0,8	3,5
A8- É fácil, para os pacientes, marcar uma consulta de revisão de saúde	7,6 ($\pm 2,5$)	7,4 - 7,8	90,6
A9- Em média, os pacientes têm que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou enfermeiro	3,8 ($\pm 2,7$)	3,6 - 4,1	26,9

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A acessibilidade é característica essencial da APS e responsável por permitir a entrada do usuário no sistema de saúde, garantindo um atendimento a suas necessidades e à sua família. Associa-se a fatores como: disponibilidade de atendimento, localização do estabelecimento e aos entraves de comunicação entre equipes e usuários⁽³⁾.

Uma revisão da literatura, realizada por autores que validaram o PCATool, para o contexto brasileiro, sugere a necessidade de atualização do item acessibilidade do instrumento, incluindo ou adaptando itens, como exemplo, novos meios de comunicação entre profissional e usuário, como e-mail e aplicativos⁽¹⁵⁾. Ao analisar o instrumento original proposto por Starfield, para analisar o serviço de APS americano⁽¹⁶⁾, percebe-se que os autores brasileiros realizaram a adaptação fiel ao instrumento, sem efetuar uma adaptação cultural das características organizacionais da APS brasileira.

Nesse sentido, o instrumento validado ao Brasil⁽⁸⁾ avalia características dos serviços de APS que não são realidades, no extenso território do país, como atendimentos aos sábados e domingos; horário de funcionamento até as 20 horas; número de telefone para o qual os usuários podem ligar quando o serviço está fechado. Tais características foram responsáveis pela baixa qualificação do atributo, uma vez que não são contemplados na realidade do município em estudo.

É importante salientar que, habitualmente, as pessoas trabalham nos horários de atendimento convencionais das unidades, o que torna comum que outros serviços da RAS - como as unidades de pronto atendimento (UPA), acabem por funcionar como porta de entrada, em decorrência de inflexibilidade na programação das unidades^(12,14). Ademais, a dinâmica das equipes de APS, de forma geral, prioriza atendimentos de rotina, e a comunicação dos usuários com o serviço geralmente requer a

presença física⁽⁴⁾. O serviço somente é considerado acessível, quando a população percebe a conveniência dos aspectos que envolvem os dias e horários de atendimento e a tolerância para as atividades não programadas⁽³⁾.

A PNAB recomenda que o horário de funcionamento das unidades facilite o acesso da população ao serviço, situação avaliada nos itens A1, A2, A6 e A7. A referida portaria propõe carga horária mínima de 40 horas semanais (no mínimo cinco dias da semana) e permite a pactuação de horários alternativos mediante demandas da população. A responsabilidade da análise das demandas territoriais cabe à gestão municipal. Cada profissional de eSF deve cumprir obrigatoriamente a carga horária mínima supracitada. Já as eAB têm maior flexibilidade: carga horária mínima por profissional de dez horas e mínima por categoria de 40 horas. Dessa forma, as eAB podem ser compostas por até três profissionais de cada categoria⁽²⁾.

Percebe-se que a proposta da PNAB permite vários arranjos às eAB. A flexibilização da jornada de trabalho dos profissionais põe em risco a continuidade do cuidado, o estabelecimento de vínculo entre usuários e equipe e fortalece o modelo curativo individual⁽¹⁷⁾. Portanto, quando em seu texto dispõe que: “os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente o acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado”^(2, p. 14), em termos, contradiz-se.

Outro fato que merece destaque, pois pode comprometer intimamente o acesso da população à APS, é a indefinição no quantitativo de ACS por equipe, pois é um trabalhador do território, que conhece a dinâmica da comunidade e, em consequência, é um facilitador da aproximação entre o serviço e a comunidade⁽¹⁷⁾.

Apesar desses entraves e com intuito de ampliar essa oferta aos serviços primários, algumas iniciativas pontuais vêm sendo desenvolvidas no país. Em Recife, um modelo denominado “Upinhas 24 horas” vem sendo implementado desde o ano de 2013 para reduzir as disparidades do acesso às eSF. Como diferencial, esse serviço oferece horário de funcionamento estendido a consultas e situações de urgência nas unidades de APS. O modelo garante, na maioria das vezes, um atendimento

pelo profissional de saúde, mas esbarra na questão da continuidade do cuidado, pois é pouco provável que, após o horário convencional, o usuário seja atendido pela sua equipe⁽¹⁸⁾.

Pela Portaria GM n. 930, de 15 de maio de 2019, o Ministério da Saúde instituiu o “Programa Saúde na Hora”, com o intuito de ampliar a cobertura das eSF e os atendimentos, além de reduzir os atendimentos de baixo risco nos hospitais e unidades de pronto atendimento. A proposta é que a carga horária semanal seja de, no mínimo, 60 horas, incluindo cinco horas aos sábados ou domingos. Aplica-se aos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas e, ainda, prevê incentivo financeiro por parte do governo federal às unidades que aderirem ao programa⁽¹⁹⁾.

Como o atual secretário de Atenção Primária à Saúde do MS é o pesquisador principal dos estudos de validação do PCATool, para o contexto brasileiro, pode-se inferir que o Programa Saúde na Hora foi elaborado, mediante os resultados das pesquisas brasileiras que utilizaram o PCATool, já que todas mostraram baixa orientação do atributo acesso, indicando fragilidades no período de funcionamento da APS.

Outra importante iniciativa a fim de fomentar o acesso, é a implantação do acolhimento nas unidades, preconizada como diretriz da Política Nacional de Humanização. Sua institucionalização ocorre pela escuta qualificada de demandas não programadas dos usuários com o objetivo de garantir o acesso adequado a cada necessidade⁽²⁰⁾.

O tempo que os usuários esperam, para receber atendimento, foi outro fator que contribuiu para a baixa qualificação do atributo. Percebe-se que a facilidade e a agilidade do acesso ao serviço, ainda, são desafios organizacionais a serem superados⁽²¹⁾.

Em Juiz de Fora, não há flexibilidade, nos dias e horários de atendimento das unidades, que pontualmente funcionam, durante a semana, de segunda a sexta-feira, das sete às 11 horas e de 13 às 17 horas, com exceção das quintas-feiras, em que o serviço funciona até as 15 horas, para reunião de equipe. Aos finais de semana e no período noturno, o acesso da população aos serviços públicos de saúde fica condicionado aos hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que funcionam 24 horas. A comunicação

da população com o serviço fica restrita a esse arranjo organizacional.

O fluxograma de atendimento das unidades, basicamente, acontece da seguinte forma: usuários com demanda programada chegam ao início do expediente e aguardam o atendimento; a demanda espontânea é encaminhada para o acolhimento; e os procedimentos e demais atendimentos são realizados por ordem de chegada, respeitando as prioridades. Essa organização do serviço pode estar associada ao elevado tempo de espera para o atendimento, principalmente, no que condiz com o manejo da demanda programada, o que poderia ser minimizado com agendamento de consultas por horário.

Uma revisão integrativa analisou 42 estudos que utilizaram o PCATool entre 2001 e 2016 e apresentou o comportamento de cada

atributo da APS no contexto nacional e internacional. Desses estudos, 40,5% foram realizados no Brasil. Ressalta-se que apenas na Columbia – Carolina do Sul, Seul – Coreia do Sul, Changsha - China e na Região da Catalunha – Espanha, a acessibilidade alcançou forte orientação para a APS⁽¹⁵⁾, portanto verifica-se que a operacionalização do atributo ainda é incipiente no Brasil e no mundo.

Com relação à comparação do desempenho do atributo acessibilidade entre os modelos de atenção, o presente estudo não apontou diferença estatisticamente significativa ($p= 0,275$). As eAB apresentaram escore médio de 3,6 (desvio-padrão $\pm 1,0$) e às eSF escore médio de 3,5 (desvio-padrão $\pm 1,1$). Vale destacar que as eAB apresentaram escore significativamente maior com relação ao item A4, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Comparação do atributo acesso - componente acessibilidade – e seus respectivos itens, na perspectiva dos profissionais, entre as eSF e eAB, Juiz de Fora, MG, Brasil, 2019.

Acessibilidade	Escore Médio (Desvio-Padrão)		Valor de p^{\ddagger}
	eSF [*] (n=489)	eAB [†] (n=57)	
A1- O serviço está aberto sábado ou domingo	0,6 ($\pm 1,6$)	0,5 ($\pm 1,2$)	0,926
A2- Está aberto pelo menos alguns dias até as 20 horas	1,2 ($\pm 2,8$)	0,7 ($\pm 1,9$)	0,280
A3- Se o Serviço de Saúde está aberto e o usuário fica doente, alguém o atende no mesmo dia	8,0 ($\pm 2,3$)	7,9 ($\pm 2,2$)	0,526
A4- Os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando o Serviço de Saúde está aberto	6,7 ($\pm 3,0$)	7,9 ($\pm 2,5$)	0,003
A5- Existe algum número de telefone para o qual os pacientes podem ligar quando o Serviço de Saúde está fechado	2,0 ($\pm 3,4$)	1,9 ($\pm 3,6$)	0,255
A6- Quando o Serviço de Saúde está fechado, aos finais de semana, e o paciente fica doente, alguém do Serviço de Saúde o atende no mesmo dia	0,8 ($\pm 2,0$)	0,8 ($\pm 1,7$)	0,442
A7- Quando o Serviço de Saúde está fechado à noite, e o paciente fica doente, alguém do Serviço de Saúde o atende naquela noite	0,6 ($\pm 1,8$)	0,6 ($\pm 1,6$)	0,773
A8- É fácil para os pacientes marcar uma consulta de revisão de saúde	7,6 ($\pm 2,6$)	8,0 ($\pm 2,4$)	0,205
A9- Em média, os pacientes têm que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou enfermeiro	3,8 ($\pm 2,7$)	4,4 ($\pm 3,1$)	0,145

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Notas: *equipe de Atenção Básica. [†]equipe de Saúde da Família. [‡]Teste *U de Mann-Whitney* de amostras independentes.

Um estudo comparativo entre os modelos de atenção, realizado em Piracicaba, no estado de São Paulo, apontou melhor desempenho da acessibilidade nas eAB, sinalizando que o acesso não obteve melhoras com a implantação das eSF⁽¹³⁾, corroborando com o resultado deste estudo.

Destaca-se que, no município em questão, ambos os modelos de atenção possuem a mesma gestão e, basicamente, são organizados pelos mesmos princípios, fato que talvez tenha colaborado com o resultado.

Contudo, apesar de denotadas essas dificuldades, em ambos os modelos, estudos indicam a saúde da família como estratégia capaz

de produzir melhores resultados nos serviços primários^(14,22). Entretanto não condiz com o texto da nova PNAB, que expressa a “desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público”^(17, p.14), pois, ao mesmo tempo, em que considera a estratégia como prioritária, para consolidação da APS no país, reconhece e incentiva outras modalidades de organização⁽²⁾, colocando em risco o SUS e seus princípios⁽¹⁷⁾.

Além disso, a PNAB não prevê valorização diferenciada entre as equipes⁽¹⁷⁾, o que compromete a transição das eAB para eSF, no território brasileiro, como preconizado pela política. É fato que a existência simultânea de

ambos os modelos de APS é um empecilho para a reversão do modelo assistencial curativo e individual⁽⁴⁾.

O resultado deste estudo reforça que, apesar da expansão do acesso, em decorrência da expansão das eSF, é evidente a necessidade de avanços e superação das barreiras que impedem sua concretização, sejam elas geográficas ou organizacionais⁽¹¹⁾.

A acessibilidade mostrou-se maior na área rural (escore médio de 3,9; e desvio-padrão $\pm 1,2$) que na área urbana (escore médio de 3,5 e desvio-padrão $\pm 1,1$), não apresentando diferença significativa ($p= 0,073$). A descrição dos escores de cada item do componente acessibilidade e suas comparações encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Comparação do atributo acesso – componente acessibilidade – e seus respectivos itens, na perspectiva dos profissionais, entre as áreas urbana e rural, Juiz de Fora, MG, Brasil, 2019

Acessibilidade	Média (DP)		Valor de p^*
	Urbana (n=507)	Rural (n=39)	
A1- O serviço está aberto sábado ou domingo	0,6 ($\pm 1,6$)	0,3 ($\pm 1,0$)	0,332
A2- Está aberto pelo menos alguns dias até as 20 horas	1,2 ($\pm 2,8$)	0,6 ($\pm 2,0$)	0,173
A3- Se o Serviço de Saúde está aberto e o usuário fica doente, alguém o atende no mesmo dia	8,0 ($\pm 2,3$)	8,6 ($\pm 1,7$)	0,119
A4- Os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando o Serviço de Saúde está aberto	6,7 ($\pm 3,0$)	8,6 ($\pm 2,2$)	<0,001
A5- Existe algum número de telefone para o qual os pacientes podem ligar quando o Serviço de Saúde está fechado	2,1 ($\pm 3,3$)	2,4 ($\pm 4,1$)	0,786
A6- Quando o Serviço de Saúde está fechado, aos finais de semana, e o paciente fica doente, alguém do Serviço de Saúde o atende no mesmo dia	0,8 ($\pm 1,1$)	0,9 ($\pm 1,1$)	0,761
A7- Quando o Serviço de Saúde está fechado à noite, e o paciente fica doente, alguém do Serviço de Saúde o atende naquela noite	0,6 ($\pm 1,8$)	0,8 ($\pm 1,9$)	0,735
A8- É fácil para os pacientes marcar uma consulta de revisão de saúde	7,6 ($\pm 2,6$)	8,9 ($\pm 2,1$)	<0,001
A9- Em média, os pacientes têm que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou enfermeiro	3,9 ($\pm 2,7$)	3,9 ($\pm 3,2$)	0,909

Fonte: Dados da Pesquisa (2019).

Notas: *Teste *U de Mann-Whitney* de amostras independentes.

Estudo realizado em Diamantina, Minas Gerais, com profissionais e usuários, apontou avaliação significativamente maior para o atributo na área rural em comparação à área urbana⁽²³⁾.

Considerando que os usuários da região rural enfrentam constantemente dificuldades de acesso (a distância entre a população e a fonte de atenção, meios de transporte escassos, rotatividade e escassez de profissionais), sem considerar, na maioria das vezes, que são áreas extremamente vulneráveis⁽²⁴⁾, acredita-se que, neste estudo, a qualificação dos profissionais tenha se associado positivamente ao resultado, visto que 70% (n=24) dos profissionais que atuam nessas equipes receberam treinamento, para atuar na APS, e todos os profissionais de nível superior possuem especialização em saúde da família.

Destaca-se que a formação voltada para a Saúde da Família está entre os fatores que mais se associam ao bom desempenho da APS e deve ser estimulada e valorizada⁽²⁵⁾, portanto modelos de atenção voltados para os contextos das comunidades, considerando suas práticas e

saberes tradicionais, são indispensáveis ao atendimento das necessidades de saúde⁽³⁾.

Além disso, tanto a oferta quanto a procura pelo serviço primário podem se dar em diferentes circunstâncias. Na área urbana, a população conta com maior variedade de serviços, em contrapartida, na área rural, a APS pode ser a única fonte de atenção àquela comunidade. A própria dispersão geográfica reduz a procura por outros serviços como fonte regular de atenção⁽²³⁾.

Os serviços de APS rural e urbano do município, embora organizados pelos mesmos princípios e gestão, diferem-se quanto à adscrição da população. As unidades rurais são responsáveis por um quantitativo menor de usuários, por isso, acredita-se que a facilidade em receber aconselhamento pelo telefone e para marcar consulta, tenham apresentado significância nessa área.

Como limitação do estudo, espera-se que a auto aplicação pode ter colaborado com o elevado quantitativo de recusas, visto que os resultados mostrados são de 28,1% dos médicos elegíveis

para o estudo; 69,2% dos enfermeiros; 58,9% dos técnicos de enfermagem e 72,1% dos ACS. No entanto optou-se por esta metodologia, buscando garantir a cobertura do estudo, em todas as unidades, considerando os recursos físicos e financeiros disponíveis e o tempo hábil para a sua execução.

Como contribuições para o avanço do conhecimento, o estudo demonstrou que a avaliação é um instrumento capaz de direcionar e embasar a tomada de decisão, em busca de maior efetividade da atenção, ao apontar as características do serviço que dificultam a acessibilidade.

O Brasil é um país em desenvolvimento, com uma APS não consolidada em sua totalidade, mas vem buscando constantemente superar os desafios e avançar na concretização dos princípios e diretrizes do SUS⁽⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa mostrou que, segundo a experiência dos profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, o componente acessibilidade do atributo acesso de primeiro contato está presente, nos serviços de APS do município de Juiz de Fora, porém com um desempenho insatisfatório (escore inferior a 6,6). Ambos os modelos de atenção apresentaram baixa orientação para o atributo. A área rural apresentou maior orientação, quando comparada à área urbana, no entanto não se identificou diferença estatisticamente significativa.

Apenas três itens apresentaram alta orientação para a APS (escores acima de 6,6), sendo o que se refere ao atendimento, no mesmo dia, quando o usuário fica doente durante o horário de funcionamento do serviço de saúde (item A3); à possibilidade de aconselhamento rápido por telefone quando a unidade está aberta (item A4) e à facilidade de marcação de consulta para a revisão de saúde (item A8).

Considerando que o item acessibilidade do PCATool não considera a realidade dos atendimentos da APS de Juiz de Fora e que isso tenha colaborado à baixa orientação desses serviços, acredita-se que simplesmente buscar novas adaptações e validações não seja a melhor estratégia para avaliar o desempenho do atributo acesso. As fragilidades medidas no PCATool merecem ser discutidas e avaliadas pelos gestores locais com o intuito de traçar estratégias que

reduzam essas disparidades e deem visibilidade à APS como porta de entrada.

Sugere-se adequar os dias e horários de funcionamento dos serviços às necessidades da comunidade. Além disso, vislumbra-se a adesão ao Programa Saúde na Hora como um importante passo em busca dessa ampliação.

Enfatiza-se, também, a importância de investimentos na capacitação e qualificação de todos profissionais que integram as equipes de APS.

Sugerem-se futuros estudos comparativos com a percepção dos usuários do serviço, visto que o objetivo primordial da assistência à saúde é a melhoria nas suas condições de vida e saúde.

Conclui-se que o estudo possibilitou identificar a presença e extensão da acessibilidade no serviço de APS local, na perspectiva dos profissionais, apontando contribuições para o aprimoramento do serviço. Esses apontamentos têm influência, na melhoria das condições de saúde da comunidade e na redução das disparidades de acesso e utilização do serviço, bem como auxiliam a tomada de decisão e elaboração de intervenções com essa finalidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM nº 2436, 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 União 2017.
- 3- Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
- 4- Silva SA, Baitelo TC, Fraccolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: A visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. RevLatinoamEnferm.2015;23(5):979-87. DOI: [10.1590/0104-1169.0489.2639](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639)
- 5- World Health Organization (WHO). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana: World Health Organization; 2018.

- 6- O'Neil B, Aversa V, Rouleau K, Lazare K, Sullivan F, Persaud N. Identifying top 10 primary care research priorities from international stakeholders using a modified Delphi method. *PLoSOne* 2018;13(10):e0206096. DOI: [10.1371/journal.pone.0206096](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206096)
- 7- Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(12):4851-60. DOI: [10.1590/1413812320141912.00572014](https://doi.org/10.1590/1413812320141912.00572014)
- 8- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *Primarycare assessment tool PCATOOL*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 9- Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: Oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018;23(6):1751-62. DOI: [10.1590/1413-81232018236.06022018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018)
- 10- Vieira NF, Rodrigues RN, Niitsuma ENA, Lanza FM, Lana FCF. Avaliação da Atenção Primária: Comparativo entre o desempenho global e as ações de hanseníase. *RevEnfermCent-Oeste Min*. 2019;9:e2896. DOI: [10.19175/recom.v9i0.2896](https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2896)
- 11- Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araújo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *Sanare2016* [citado em 20 jul 2019]; 15(2):87-93. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
- 12- Santos NA, Lima DR, Gontijo MKB, Martins MA, Leite GR, Silva LA. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. *Rev APS* 2017;20(3):339-348. DOI: [10.34019/1809-8363.2017.v20.15964](https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15964)
- 13- Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmiento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saúde debate* 2014;38(nesp):296-306. DOI: [10.5935/0103-1104.2014S022](https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022)
- 14- Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc Anna Nery RevEnferm*. 2016;20(4): e20160104. DOI: [h10.5935/1414-8145.20160104](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160104)
- 15- D'Avila OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do PrimaryCare Assessment Tool (PCAT): Uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(3):855-65. DOI: [10.1590/1413-81232017223.03312016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016)
- 16- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with Primary Care. *Pediatrics* 2000 [citado em 20 jul 2019]; 105(4Pt2):998-1003. Disponível em: https://pediatrics.aappublications.org/content/105/Supplement_3/998.short
- 17- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: Retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018;42(116):11-24. DOI: [10.1590/0103-1104201811601](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601)
- 18- Pessoa BHS, Gouveia EAH, Correia IB. Funcionamento 24 horas para Unidades de Saúde da Família: Uma solução para ampliação de acesso? Um ensaio sobre as "Upinhas" do Recife. *RevBrasMedFamComunidade* 2017;12(39):1-9. DOI: [10.5712/rbmfc12\(39\)1529](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1529)
- 19- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa Saúde na Hora, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2019.
- 20- Martins ACT, Paula AP, Cardoso JR, Borges MIG, Botelho MB. O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;24(6):2095-2103. DOI: [10.1590/1413-81232018246.08492019](https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08492019)
- 21- Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Assistência à Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: Comparação entre modelos de Atenção Primária. *RevEscEnferm USP* 2015;49(1):30-6. DOI: [10.1590/S0080-623420150000100004](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004)
- 22- Araújo PJ, Vieira CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. *RevBrasEnferm*. 2018;71(3):1447-54. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0569](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569)
- 23- Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *CadSaúde Pública* 2019;35(2):e00095418. DOI: [10.1590/0102-311x00095418](https://doi.org/10.1590/0102-311x00095418)
- 24- Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde*

Debate 2018;42(nesp):302-14.DOI: [10.1590/0103-11042018s120](https://doi.org/10.1590/0103-11042018s120)

25- Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cad. Saúde Pública 2015;31(9)1941-52. DOI: [10.1590/0102-311X00132114](https://doi.org/10.1590/0102-311X00132114)

Nota: Artigo proveniente da Dissertação de Mestrado intitulada “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais”, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Recebido em: 13/12/2019

Aprovado em: 08/04/2020

Endereço para correspondência:

Angélica da Conceição Oliveira Coelho

Faculdade de Enfermagem. Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário Bairro São Pedro – CEP: 36036-900 – Juiz de Fora – MG

E-mail: angelica.fabri@ufjf.edu.br