

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil

Evaluation of primary health care attributes in Chapecó, Brazil

Evaluación de los atributos de la atención primaria de salud en Chapecó, Brasil

Angela Moreira Vitoria. Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Chapecó, SC, Brasil. angelavite@unochapeco.edu.br

Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br (Autor correspondente)

Silvia Pasa Takeda. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. tsilvia@terra.com.br

Lisiane Hauser. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lisiane.hauser@ymail.com

Resumo

Objetivo: Este estudo buscou avaliar, em um município de médio porte do sul do Brasil, a adequação da estrutura e dos processos da atenção primária à saúde (APS). **Métodos:** Usando um recorte transversal, avaliaram-se a estrutura da APS, com base nas orientações do Ministério da Saúde, entrevistando-se 24 coordenadores de unidades básicas de saúde (UBS); e os processos, com base no grau de orientação para APS pelo PCATool-Brasil, entrevistando-se 98 médicos e enfermeiros. **Resultados:** Foi encontrada inadequação no alto número de habitantes por equipe de saúde, na baixa oferta de consultas, na baixa formação profissional para a APS e na falta de avaliação sistemática das ações. Da mesma forma, o processo foi considerado satisfatório em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato (escore: 3,6) e longitudinalidade (escore: 6,0). **Conclusão:** A adequação do sistema de saúde de Chapecó implicaria a ampliação de 56 mil consultas médicas/ano, na construção de 2 novas UBS e o estímulo à formação profissional para a APS, bem como na avaliação sistemática das ações.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Pesquisa sobre Serviços de Saúde
Estratégia Saúde da Família

Abstract

Objective: In this study, we aimed to evaluate the adequacy of the structure and processes of primary health care (PHC) in a midsize city in southern Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted to assess the structure and processes of PHC. The structure was evaluated, based on the guidelines of the Ministry of Health, by interviewing 24 coordinators of Primary Healthcare Units (PHU); and the processes of care were assessed, based on PHC attributes measured by the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), by interviewing 98 professional doctors and nurses. **Results:** We observed inadequacies regarding the high number of inhabitants attended per health team, the low offer of medical consultations, low vocational training for PHC, and lack of systematic evaluation of actions. Likewise, the processes were considered satisfactory regarding some PHC attributes and unsatisfactory in relation to first-contact access (score: 3.6) and longitudinality (score: 6.0). **Conclusion:** The adequacy of the health system in Chapecó would imply increasing the number of medical consultations/year by 56 thousand, building two new PHUs, stimulating vocational training for PHC, and encouraging the systematic evaluation of actions.

Keywords:

Primary Health Care
Health Services Research
Family Health Strategy

Resumen

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo evaluar, en una ciudad de tamaño medio del sur de Brasil, la adecuación de la estructura y de los procesos de la Atención Primaria de la Salud (APS). **Métodos:** Utilizando un corte transversal, se evaluó la estructura de la APS, con base en las orientaciones del Ministerio de Salud, encuestándose a 24 coordinadores de Unidades Básicas de Salud (UBS); y los procesos, con base en el grado de orientación para la APS por el PCATool-Brasil, encuestándose a 98 médicos y enfermeros. **Resultados:** Se encontraron deficiencias ante el elevado número de habitantes por equipo de salud, la baja oferta de consultas, la baja formación profesional para la APS y la falta de evaluación sistemática de las acciones. Del mismo modo, el proceso se consideró satisfactorio en algunos atributos de la APS e insatisfactorio en el acceso del primer contacto (puntuación: 3,6) y en la longitudinalidad (puntuación: 6,0). **Conclusión:** La adecuación del sistema de salud en Chapecó implicaría un aumento de 56.000 consultas médicas/año, la construcción de 2 nuevas UBS, y el estímulo tanto a la formación profesional en APS, como a la evaluación sistemática de las acciones.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Investigación sobre Servicios de Salud
Estrategia Salud de la Familia

Como citar: Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):285-93. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)832)

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP: Unochapecó, n. 036/2010.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 07/04/2013

Aprovado em: 07/10/2013

Introdução

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil neste momento é oportuno, pois a rápida ampliação destes serviços¹ - especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) - tem sido associada a vários desfechos favoráveis, tais como a redução da mortalidade infantil², redução de internações por condições sensíveis à APS³ e avanços na integração com a rede assistencial⁴. Apesar disso, ainda existem fragilidades no acesso e integralidade do cuidado⁵, além do uso pouco frequente de protocolos clínico-assistenciais e dificuldade de acesso à medicação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶. Neste cenário, com maior investimento financeiro e ampliação dos serviços, torna-se imprescindível planejar a construção do sistema nacional de saúde no Brasil, identificando onde a rede ainda precisa ser ampliada e quais as adequações necessárias à estrutura já existente.

Donabedian⁷ propôs três eixos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, os quais estão intimamente interligados - estrutura, processo e resultado - e demonstra ser imprescindível uma estrutura adequada para se alcançar processos assistenciais e, conseqüentemente, resultados em saúde satisfatórios. Habicht et al.⁸ propuseram, baseados em Donabedian, que a avaliação de programas e de serviços de saúde buscase orientar os responsáveis pela tomada de decisão (gestores em saúde). Diante de estratégias ou programas que já dispõem de evidências de plausibilidade e de probabilidade, o eixo de avaliação mais adequado para auxiliar os gestores em saúde seria a adequabilidade.

No contexto da avaliação da APS, Starfield⁹ criou o instrumento *Primary Care Assessment Tool - PCATool*¹⁰. Este instrumento, validado no Brasil¹¹, mede a extensão dos atributos da APS mediante a análise dos aspectos de estrutura e processo. No âmbito nacional, o Ministério da Saúde (MS) também propôs critérios acerca de elementos de estrutura e de processo com o intuito de garantir qualidade nos serviços de APS^{12,13}.

Assim, este trabalho objetiva avaliar a adequabilidade dos elementos da estrutura e dos processos da APS em Chapecó, município de médio porte, localizado no oeste de Santa Catarina, sul do Brasil. Outro aspecto a ser verificado é a adequação das UBS às orientações do MS, que visa auxiliar os gestores em saúde nas ações de ampliação e adequação da rede assistencial.

Métodos

Foi realizado um estudo de avaliação com ênfase na adequação da estrutura e dos processos nos serviços de APS em Chapecó, por meio de delineamento transversal com coleta de dados primários, entre abril e outubro de 2010. Chapecó é um município com 182.809 habitantes, crescimento demográfico de 3,4% ao ano, atingindo 4 mil novos habitantes por ano, IDH de 0,848 em 2000, e uma rede de serviços de APS de ampliação recente, contando com 24 UBS, com 86% de cobertura da ESF e um alto grau de orientação à APS.

Avaliação da estrutura

As unidades de análise utilizadas foram as UBS do município de Chapecó. Para este fim, todos os coordenadores das UBS foram entrevistados e responderam quanto à presença ou ausência de um conjunto de características estruturais. A escolha destas características teve como base as recomendações apresentadas em duas publicações do MS, a Política Nacional de Atenção Básica¹² e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde¹³.

As características pesquisadas foram: tamanho da população adscrita; a existência de delimitação clara do território da UBS; a composição da equipe; os tipos de modelos organizacionais caracterizados como ESF, UBS Tradicionais e modelos mistos; a relação profissional por habitante; proporção de agentes de saúde por enfermeiro; carga horária dos profissionais; a formação profissional com especialização para a APS; a área física; medicamentos disponíveis; a existência de uma avaliação sistemática das ações; atividades multidisciplinares (reunião de equipe e discussão de casos); presença de conselho local de saúde; presença de sistema de referência e contrarreferência; o uso de sistemas de informação; a oferta de consultas/habitante/ano; e o tempo de permanência do profissional na UBS em anos.

As variáveis para a avaliação sistemática das ações e atividades multidisciplinares foram calculadas a partir de grupos de questões específicas do PCATool-Brasil referentes a estes temas.

Avaliação dos processos

A unidade de análise utilizada para a avaliação dos processos foram os profissionais médicos e enfermeiros da APS de Chapecó, por meio de um censo. Foram considerados como perdas os profissionais não encontrados após três visitas consecutivas.

Os profissionais responderam ao PCATool-Brasil-versão profissionais, um questionário padronizado, validado no Brasil. A partir de uma escala Likert, as respostas são consolidadas em escores que variam de 0 a 10, sendo considerado alto escore quando acima de 6,6. São calculados escores para cada um dos atributos da APS. Os escores de Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade compõem o Escore Essencial. Já os escores para Orientação Familiar e Orientação Comunitária compõem o Escore Derivado. A média de todos os atributos e seus componentes compõe o Escore Geral de APS.

Coleta, apropriação e análise dos dados

Os coordenadores das UBS foram entrevistados pela pesquisadora principal. Os médicos e enfermeiros foram entrevistados por estudantes, devidamente treinados e sob supervisão da pesquisadora principal. Os dados foram apropriados no EPIDATA e depois exportados para o SPSS/PASW 18.0. Procedeu-se a análises descritivas de tendência central e de variabilidade, além dos intervalos de confiança para a média populacional.

Aspectos éticos

Todos os entrevistados receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, ausência de riscos ao entrevistado, garantia de sigilo das informações, e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó, sob o número 036/2010.

Resultados

O estudo compreendeu a rede de serviços de atenção primária à saúde do município de Chapecó/SC, composta por 24 UBS e 123 profissionais médicos e enfermeiros. Das 24 UBS do estudo, foram entrevistados todos os coordenadores de unidades e 98 profissionais, totalizando 80% dos médicos e enfermeiros. As perdas representaram 25 profissionais (15%). Houve 4 exclusões por atestado médico (3%) e 2 recusas (1,6%).

Avaliação da estrutura

A presença das características estruturais sugeridas pelos documentos do Ministério da Saúde nas UBS de Chapecó, bem como a proporção de UBS em que cada característica esteve presente, está detalhada na Tabela 1.

Todas as UBS tinham território claramente definido e, tanto as UBS/ESF como as UBS Tradicionais, dispunham de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No cadastro do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), constavam 165.246 pessoas cadastradas, das 182.809 residentes¹⁴, revelando uma cobertura pelo SUS de 90% no município. Foi encontrada uma média de 6.885 habitantes por UBS e de 3.685 por ESF, variando de 690 a 16.386. Duas UBS atendiam mais do que 12 mil habitantes.

Apenas uma UBS não contava com equipe completa, no período da coleta de dados, por ausência de auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, e ausência de auxiliar ou técnico administrativo. Em 58% das UBS, os profissionais não possuíam especialização voltada para algum modelo de APS: Medicina da Família e Comunidade (MFC); Enfermagem da Família; Clínica Médica ou Ginecologia; e Pediatria.

Tabela 1. Distribuição das UBS conforme presença ou ausência da característica estrutural considerada adequada pelo Ministério da Saúde, segundo informações obtidas na entrevista com os coordenadores das 24 UBS de Chapecó-SC, 2010.

	UBS ADEQUADA: com presença da característica estrutural	UBS INADEQUADA: com ausência da característica estrutural
Do território	n (%)	n (%)
Máximo de 4 mil habitantes/ESF e média de 3 mil/ESF na UBS	8 (33%)	16 (67%)
Máximo de 5 ESF/UBS	24 (100%)	0
Máximo de 12 mil habitantes, se ESF*	20 (92%)	2 (8%)
Máximo de 30 mil habitantes, se não for ESF**	2 (100%)	0
Território claramente definido	24 (100%)	0
Da composição da equipe		
Equipe completa composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal ou técnico, auxiliar de enfermagem ou técnico, ACS	23 (95%)	1 (4%)
Máximo de 750 pessoas por ACS	21 (87%)	3 (12%)
Máximo de 12 ACS por ESF*	21 (87%)	1 (4%)
Máximo de 30 ACS por enfermeiro, se não for ESF**	2 (100%)	0
Carga Horária de 40 horas para os médicos, enfermeiros e odontólogos	18 (75%)	6 (25%)
Da formação profissional		
Realização de curso introdutório em Saúde da Família	23 (95%)	1 (4%)
Especialização para a APS***	10 (41%)	14 (58%)
Da estrutura física e medicamentos		
Área física com espaço para recepção, arquivos, sala de vacinação	23 (95%)	1 (4%)
Consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem	24 (100%)	0
Relação do nº de consultórios médicos e de enfermagem > 1/ profissional médico e enfermeiro	11 (45%)	13 (54%)
Sala de observação	5 (20%)	19 (79%)
Sala de espera com espaço para 15 pessoas/ESF	16 (67%)	8 (33%)
Disponibilidade de medicamentos da lista básica	24 (100%)	0
Do processo de trabalho		
Tipo de modelo organizacional de acordo com a ESF	18 (75%)	6 (25%)
Oferta de consultas por habitante acima de 2,34	9 (37%)	15 (62%)
Uma sistemática de avaliação das ações	5 (20%)	19 (79%)
Atividades multidisciplinares	8 (33%)	16 (66%)
Presença de Conselho Local de Saúde	24 (100%)	0
Sistema de referência e contrarreferência	24 (100%)	0

*2 UBS (8% da amostra) não foram avaliadas por serem UBS tradicionais e a característica em questão só se aplica às UBS habilitadas como ESF. **Só foram avaliadas as 2 UBS cadastradas como UBS Tradicionais. ***Especialização em MFC, Enfermagem da Família.

Foi observada a ausência de sala de espera com espaço para 15 cadeiras em 34% das UBS; de sala de educação em saúde em 46% das UBS; de corredores com espaço para cadeiras de rodas em 25%; de rampas de acesso em 30%; de sanitários para pessoas com deficiência em 50%; de sala de coleta de exames em 30%; de sala de procedimentos em 71%; de sala de observação em 80%; e, em uma UBS, foi observada a ausência de dispensário de medicamentos e o acesso à sala de vacina através da sala de curativos.

Os tipos de modelo organizacional de UBS encontrados foram: ESF em 18 UBS (75%); UBS Tradicional em 2 UBS (8%); UBS Tradicional + ESF em 2 UBS (8%); ESF + UPA em 1 UBS (4%); ESF + UPA + UBS Tradicional em 1 UBS (4%). Mesmo nas UBS classificadas pelos coordenadores como ESF, havia presença de pediatra em 58%, ginecologista em 29%, clínico em 50% e enfermeiro em 33%, desvinculados da ESF e com acesso direto ao usuário.

O número médio de consultas médicas/habitante/ano ofertadas nas especialidades de MFC, ginecologia, pediatria, clínica médica e enfermagem foi de 1,79; 0,6; 0,24; 0,55; e 1,38, respectivamente. A oferta de consultas básicas composta pelo somatório da oferta de consultas de MFC, ginecologia, pediatria e clínica médica dividida pelo total de habitantes do município foi de 2,03.

Apesar de todas as UBS disporem de consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem, como está descrito na Tabela 1, no cálculo da taxa de ociosidade de consultórios de atendimento básico [$T_x = 1 - (\text{n}^\circ \text{ de horas de consulta dos profissionais por ano} / \text{n}^\circ \text{ de horas disponíveis de consultório por ano})$] foi encontrado um valor de 0,57.

Os coordenadores da maioria das UBS (83%) negavam possuir um sistema para avaliação da satisfação do usuário, sendo que 4 (17%) informaram que o Conselho Local de Saúde (CLS) cumpria este papel. Em todas as UBS, a coordenação afirmou dispor de sistema de referência e contrarreferência, mas, quanto à contrarreferência, 19 UBS (79%) consideravam o sistema parcialmente adequado e 5 (20%) consideravam inadequado. Em nenhuma UBS o sistema de contrarreferência foi considerado adequado.

Avaliação dos processos

Foram entrevistados 98 profissionais nas UBS de Chapecó, 51 (52%) médicos e 47 (48%) enfermeiros. A maioria deles (66%) tinha alguma especialidade: 17 (17%) em MFC; 19 (19%) em especialidades básicas (pediatria, ginecologia ou clínica médica); e 28 (29%) possuíam outras especialidades.

Observou-se um tempo médio de permanência do profissional na UBS de 2,7 anos nas ESF e de 3,2 anos nas UBS Tradicionais e mistas. Os profissionais referiram que a maior proporção do tempo de trabalho era dedicada a consultas por demanda espontânea e consultas programadas, sendo 10% do tempo para educação em saúde e visitas domiciliares, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Formação profissional e aspectos do processo de trabalho dos médicos e enfermeiros das UBS de Chapecó-SC, 2010.

	Médicos(as)	Enfermeiros(as)
Nº de profissionais(n)	51	47
Formação Profissional		
Especialização		
Sim	32 (62%)	33 (70%)
Especialização para APS (Medicina de Família e Comunidade, Medicina Preventiva e Social)		
Sim	7 (13%)	10 (21%)
Processo de Trabalho		
Tempo médio de vínculo com a Unidade Básica de Saúde (em anos)	3,2 (0,1-19)	2,7 (0,1-16)
Nº médio de consultas/semana	119 (28-170)	113 (16-250)
% de tempo semanal dedicado a atividades coletivas de educação em saúde	3% (0-24)	8% (0-30)
% do tempo semanal dedicado a Visita Domiciliar	7% (0-20)	10% (0-30)
% do tempo semanal dedicado a reuniões	3% (0-10)	8% (0-40)
% do tempo semanal dedicado a consulta demanda espontânea	36% (0-99)	51% (0-99)
% do tempo semanal dedicado a consulta programada	46% (0-95)	14% (0-50)
% do tempo dedicado a discussão de caso com a equipe	2% (0-10)	6% (0-30)

O Escore Geral de APS estimado pelo PCATool-Brasil resultou em 7,09 (IC 6,95-7,24), sendo um alto escore de orientação para a APS. O Escore Essencial de APS foi de 6,86 (IC 6,91-7,01), considerado ainda um alto escore, mas próximo do ponto de corte. O escore para o Acesso de primeiro contato teve a pontuação mais baixa, com 3,65 (IC 3,4-3,9), enquanto o escore de Longitudinalidade resultou em 6,0 (IC 5,83-6,34). Todos os demais atributos resultaram em alto escore, conforme a Tabela 3. O escore dos médicos para o atributo Acesso de primeiro contato nas UBS com Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foi de 3,4, e nas UBS sem UPA, 3,6.

Comparando o Escore Geral de APS com o tipo de modelo organizacional da UBS, encontrou-se alto escore em todos os tipos.

Tabela 3. Média dos Escores Geral, Essencial e por Atributos de orientação para APS, obtidos por meio do PCATool-Brasil entre profissionais médicos e enfermeiros das UBS de Chapecó-SC, 2010.

	Média	IC (95%)
Escores Médios dos Atributos		
<i>Acesso de primeiro contato</i>	3,6	(3,40-3,90)
<i>Longitudinalidade</i>	6,0	(5,83-6,34)
<i>Coordenação dos Cuidados</i>	7,2	(6,97-7,53)
<i>Coordenação – Sistemas de Informação</i>	8,8	(8,55-9,07)
<i>Integralidade - Serviços Disponíveis</i>	7,7	(7,57-7,96)
<i>Integralidade - Serviços Prestados</i>	7,6	(7,33-7,89)
Escore Médio Essencial	6,8	(6,71-7,01)
<i>Orientação Familiar</i>	8,6	(8,32-8,91)
<i>Orientação Comunitária</i>	6,9	(6,65-7,26)
Escore Médio Geral	7,09	(6,95-7,24)

Discussão

A avaliação da estrutura e dos processos dos serviços de saúde de atenção primária à saúde em Chapecó sugere que o município está adequado a uma série de características estruturais orientadas pelo MS. Ao mesmo tempo, demonstra um processo satisfatório em alguns atributos da APS, mas frágil tanto em acesso de primeiro contato quanto na longitudinalidade.

A realização de avaliações da estrutura e dos processos na APS deve subsidiar os gestores em saúde em suas ações. Especificamente no sistema de saúde de Chapecó, pode-se afirmar que a reorientação do modelo assistencial ainda carece de ampliação da rede de UBS, ampliação da oferta de consultas e maior formação profissional para a APS.

A média de número de usuários encontrada foi de 6.885 por UBS e de 3.685 por ESF. Duas UBS atendiam mais de 12 mil habitantes, encontrando-se acima do limite orientado pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB 2006 para as UBS com ESF. Assim, é recomendável que o município de Chapecó construa duas novas UBS nas regiões mais populosas. A taxa de ociosidade de consultórios básicos foi de 0,57. Este dado demonstra a existência de horas de ociosidade em alguns consultórios básicos das UBS e também ressalta a necessidade de um planejamento adequado da ampliação da rede, para minimizar o paradoxo da demanda reprimida associada à capacidade ociosa. A PNAB orienta também que a média de habitantes por ESF no município seja de 3 mil habitantes. Para atingir esta meta, o município de Chapecó deveria ampliar as atuais equipes de Saúde da Família de 37 para 45.

A oferta de consultas médicas básicas - composta pelo somatório da oferta de consultas de MFC, ginecologia, pediatria e clínica médica dividida pelo total de habitantes do município - foi de 2,03. O parâmetro da portaria 1.101/2001¹⁵ é de 2,34. Assim, precisariam ser ampliadas, das atuais 366 mil consultas, para 422 mil consultas/ano, atingindo, ao menos, o parâmetro brasileiro de 2,34 consultas/habitante/ano. Recentemente, o *Royal College of General Practitioners (RCGP)* publicou diretrizes para os cuidados urgentes, nas quais destaca a necessidade de uma oferta suficiente de consultas médicas informando a demanda atual na Inglaterra de 5,3 consultas/habitante/ano¹⁶.

A baixa formação profissional em APS pode ser enfrentada mediante estímulo aos programas de residência em MFC ou especialização em Saúde da Família. A formação destes profissionais poderia resultar no estímulo ao desenvolvimento de ações educativas e de uma sistemática de avaliação dos cuidados em saúde.

O uso dos sistemas de informação parece estar ainda muito focado na coleta dos dados para alimentar o sistema, visto que os profissionais informaram dispor de sistemas de informação, mas não realizavam avaliações sistemáticas das ações.

Outras demandas de adequação de estrutura marcantes referem-se à necessidade de investimento na modernização do sistema de referência e contrarreferência, adequações de estrutura física com construção de salas de observação, de procedimentos e salas de vacinação.

Aliado a isto, os dois atributos da APS que resultaram em baixo escore foram o Acesso de Primeiro Contato (escore médio 3,6) e a Longitudinalidade (escore médio 6,0). O conceito trabalhado por Starfield descreve que o acesso implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou episódio, para o qual as pessoas procuram cuidados em saúde⁹.

Uma revisão sistemática¹⁷ relata que o acesso, na experiência individual do usuário, é resultante da interação dos determinantes do acesso, da gravidade percebida da doença e da expectativa da efetividade do tratamento. Os determinantes do acesso são sociais (hora de abertura das unidades de saúde, barreiras geográficas, barreiras étnicas, etc.) e econômicos (copagamento, custos de deslocamento). Assim, este resultado de baixo escore no atributo de Acesso de Primeiro Contato é coerente tanto com as carências estruturais apresentadas (população numerosa para cada equipe e baixa oferta de consultas) quanto com a estrutura organizacional dos serviços de saúde (alta rigidez de horários de funcionamento e na forma de contratos de trabalho). Desta forma, é necessário maior investimento financeiro na qualificação do acesso, permitindo a ampliação do horário de atendimento das UBS e a superação de limitações legais, obstáculos importantes à organização de jornadas de trabalho noturnas e em finais de semana.

A Longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, associada a uma relação de confiança entre profissional e usuário¹⁷. A média de tempo de permanência do profissional na UBS em anos foi de 3,2 para médicos e 2,7 para enfermeiros, o que pode impactar no vínculo da população com o serviço, além do possível papel que a deficiência no acesso (estrutura) tenha na longitudinalidade (processo)¹⁷.

Outros estudos brasileiros apresentam resultados semelhantes em relação ao Acesso de Primeiro Contato. Em Montes Claros-MG, pesquisa utilizando o PCATool-versão infantil, aplicado aos cuidadores de crianças, demonstrou um escore de acesso de (5,5), inferior ao Escore Geral da APS (6,6)¹⁸. Kolling, em estudo de linha de base dos municípios do Telessaúde do Rio Grande do Sul, utilizando a versão profissionais do PCATool, encontrou alto grau de orientação para a APS (7,2) e baixo grau no atributo de Acesso de Primeiro Contato (5,8)¹⁹. Outro estudo com o PCATool, nas UBS do município de Porto Alegre, com a aplicação do PCATool versão profissionais, encontrou resultados similares²⁰. Stralen encontrou, na região centro-oeste do País, um escore de acesso de 2,0 e o Índice Composto da Atenção Básica de 3,19, medida semelhante ao Escore Geral de APS, entrevistando usuários e profissionais de saúde²¹, por meio da versão do PCATool adaptada por Almeida e Macinko²².

Giovanella et al.⁴, por meio de entrevistas a profissionais, usuários e agentes comunitários de saúde de 4 capitais brasileiras, identificaram que apenas metade dos pacientes que adoeceram nos 30 dias anteriores à entrevista foram atendidos na UBS. Este resultado oscilou entre os municípios pesquisados, variando de 52%, em Belo Horizonte, a 28%, em Florianópolis. Apesar desta dificuldade de acesso, os profissionais não têm a percepção desta dificuldade. Ao perguntar aos profissionais se concordavam que “a população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde”, a grande maioria respondeu concordar. Assim, dos profissionais entrevistados, 92% em Aracaju, 89% em Belo Horizonte, 87% em Florianópolis e 83% em Vitória responderam concordar que a população procura primeiro a UBS quando necessita de atendimento. Este resultado demonstra que a percepção dos profissionais quanto ao acesso de primeiro contato tende a ser muito otimista em relação à avaliação dos usuários²¹. Assim, esta medida do grau de orientação para a APS, em especial do atributo de Acesso de Primeiro Contato, no município de Chapecó, pode ficar ainda mais preocupante ao se considerar que a avaliação contemplou apenas a experiência dos profissionais, não tendo sido realizada nenhuma medida da percepção dos usuários em relação ao acesso. Sugere-se a realização de novas avaliações que contemplem a percepção dos usuários, por exemplo, por meio do PCATool-Brasil, versão para usuários¹¹. Este estudo também detalhou as dificuldades de acesso à média complexidade e à assistência hospitalar, corroborando com os resultados da avaliação do sistema de saúde de Chapecó, que identifica insatisfação com o sistema de referência e contrarreferência⁴.

A soma dos cinco fatores, população acima do recomendado, oferta de consultas abaixo do recomendado, falta de sistematização na avaliação das ações, além da falta de formação profissional e debilidades no sistema de referência e contrarreferência, pode dificultar a reorientação do modelo de atenção, pois estes dificultam a efetivação dos atributos essenciais da APS.

As limitações deste estudo referem-se ao pequeno número de UBS para avaliação de estrutura; a experiência apenas dos profissionais e gestores locais, sem abordar os usuários; e a falta de parâmetros validados para medida de características estruturais. Estas limitações impediram a realização de análises estatísticas que investigassem associação entre as carências estruturais e seu impacto no processo. A falta de parâmetros validados gerou a sugestão de um instrumento para medida de características estruturais em APS.

Conclusão

Os autores sugerem a utilização desta sistemática de avaliação de adequação da estrutura, aliada à avaliação de processo por meio da medida do grau de orientação para a APS, como metodologia de avaliação da APS no Brasil, pois permite, de forma ágil e fácil, a tomada de decisão. Tanto as estruturas como o processo estão aquém do desejado para um sistema de saúde universal, igualitário, orientado para a APS e com resultados satisfatórios para a população. Assim, é fundamental ampliar os investimentos em saúde de forma a construir novas estruturas para parcela significativa das UBS em Chapecó, investir largamente em formação profissional para a APS e na modernização do sistema de referência e contrarreferência. Para se garantir a qualidade da APS é imprescindível a adequação dos recursos financeiros, ambientes agradáveis, tempos de espera toleráveis e superação das carências estruturais, transformando a UBS na real porta de entrada do SUS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Site do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>
2. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007 Nov; 65(10): 2070-80. PMID:17689847. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.028>
3. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues JF N°. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(6): 928-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 783-794. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
5. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(2): 229-240. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000200012>
6. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica a saúde. *Cienc Saúde coletiva*. 2006 Jul; 11(3): 657-667. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014>
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*. 1997 Nov; 121(11): 1145-1150.
8. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999; 28:10-18 <http://dx.doi.org/10.1093/ije/28.1.10>
9. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
10. Shi L, Stardfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2): 161-175.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool Pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2007. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf
13. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2011 Jan 20]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [homepage]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM 1.101 de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>
16. Royal College of General Practitioners. Urgent care: a practical guide to transforming same-day care in general practice. BMA; 2009. Disponível em: www.primarycarefoundation.co.uk/report.html
17. Mendes EV. Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Assessoria de Normalização; 2007. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf
18. Leão CDA, Caldeira AP. Assessment of association between qualification of doctors and nurses in primary health care and the quality of care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Nov; 16(11): 4415-4423. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200014>
19. Kolling J. Orientação à Atenção Primária à Saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. Porto Alegre; 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>
20. Castro R. Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18766>

21. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima A, Massote AMD, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. 2008. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1): s148-s158. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
22. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de uma avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho do serviço de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2946>