

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR)

BRUNO MARACH BIZINELLI



ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CURITIBA: A ÓTICA DOS
USUÁRIOS QUE FREQUENTAM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPA).

CURITIBA

2019

BRUNO MARACH BIZINELLI

ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CURITIBA: A ÓTICA DOS
USUÁRIOS QUE FREQUENTAM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPA).

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto.
Co-orientador: Prof. Dr. Guilherme S.C. de Albuquerque

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

B625 Bizinelli, Bruno Marach

Acesso na atenção primária à saúde em Curitiba: a ótica dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA) [recurso eletrônico] / Bruno Marach Bizinelli – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto

Coorientador: Prof. Dr. Guilherme S. C. De Albuquerque

1. Atenção primária à saúde. 2. Qualidade, acesso e avaliação da assistência da saúde. 3. Centros de Saúde. I. Poli Neto, Paulo. II. Albuquerque, Guilherme S. C. de. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLMC: W84.6

TERMO DE APROVAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **BRUNO MARACH BIZINELLI** intitulada: **Acesso na Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a ótica dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA)**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 22 de Março de 2019.

PAULO POLI NETO

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

TIAGO BARRA VIDAL

Avaliador Externo (UFSC)

GIOVANA DANIELA PECHARKI

Avaliador Interno (UFPR)

DEDICATÓRIA

À minha família, sem a qual não poderia ter chego até aqui. À minha mãe, seu cuidado e dedicação foram o que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. À minha esposa pelo apoio incondicional e discussões frequentes de angústias existenciais.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Sandra e Mário, meu infinito agradecimento. Deram o princípio e a condição de todo o processo, a vida. Sempre acreditaram em minha capacidade e me incentivaram a alcançar meus sonhos e objetivos. À minha mãe que sempre respondeu com carinho qualquer angústia e choro da infância e adolescência.

A minha esposa, Tayciele, por me ajudar a criar um ambiente e uma convivência em que seja possível a evolução profissional e pessoal de ambos. O seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor tornaram esse trabalho possível

Agradeço também à minha família extensa e à meus amigos, por terem entendido que em alguns momentos foi necessário abdicar à convivência para que este trabalho fosse finalizado.

Agradeço ao Dr. Paulo Poli Neto que foi meu orientador neste trabalho. Agradeço por ser até hoje meu orientador também na Medicina de Família e Comunidade. É realmente uma inspiração e um modelo que inspirou o início da minha trajetória na especialidade.

Agradeço também a Dra. Camila Ament Giuliani dos Santos Franco por ter sido muito mais que uma professora. Foi, realmente, uma amiga desde a graduação em Medicina e me ajudou em muitos momentos de angústia profissional e pessoal.

Agradeço aos professores do mestrado e colegas que empreenderam discussões extremamente ricas sobre todos os assuntos discutidos. Agradeço ao professor Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos pelo empenho em nossa turma de mestrado e por trabalhar no palco e nos bastidores de forma incansável!

Agradeço aos meus residentes, alunos e pacientes, para quem este processo de aprendizado se destina. Agradeço por compreenderem minhas limitações e minhas virtudes. Entendendo que tento ser melhor a cada dia para que os pacientes tenham melhores desfechos pessoais. E que residentes e alunos consigam melhores desfechos profissionais e pessoais.

RESUMO

Introdução: Evidências científicas consistentes apontam que um sistema de saúde fortemente baseado na Atenção Primária (APS) promove melhores desfechos em saúde. No Brasil, a APS acontece, no sistema público, preferencialmente, no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). São considerados atributos essenciais da APS, o acesso, a longitudinalidade, a abrangência dos serviços e a coordenação do cuidado. **Metodologia:** Qualitativa, visou explorar as barreiras de acesso à Unidade Básica de Saúde na visão dos usuários que frequentam uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento). **Resultados:** Os discursos dos usuários revelaram diversas barreiras: distância de casa, organização do processo de trabalho da unidade, compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde, acesso facilitado à UPA para problemas não urgentes, horário de funcionamento abreviado da APS em relação à UPA. **Conclusão:** A análise de discurso dos entrevistados mostra que a UPA apresenta um acesso mais facilitado do que a APS. As políticas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) precisam levar em conta a sobreposição de serviços entre UPA's e APS e avaliar experiências internacionais que simplificam o acesso do usuário ao sistema.

Palavras-chave: Acesso à APS. Qualidade de sistemas de saúde. Avaliação de sistemas de saúde. Usuários do sistema de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Consistent scientific evidence indicates that a health system strongly based on primary health care (PHC) promotes better health outcomes. In Brazil, APS happens, in the public system, preferentially, in the Family Health Strategy (FHS) model. Accessibility, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care are considered essential attributes of PHC. Methodology: Qualitative, aimed at exploring the barriers to access to the Basic Health Unit in the view of users who attend a ECU (Emergency Care Unit). Results: Users' discourses revealed several barriers: distance from home, organization of the work process of the unit, understanding of the functioning of the health system, facilitated access to ECU for non-urgent problems, PHC abbreviated working hours in relation to ECU . Conclusion: The interviewees' discourse analysis shows that ECU is easier to access than PHC. Health Unic System (HUS) management policies need to take into account the overlapping of services between UPAs and APS and to evaluate international experiences that simplify user access to the system.

Key words: Access to PHC. Quality of health systems. Evaluation of health systems. Users of the health system.

LISTA DE SIGLAS

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAAE – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA

CIC – CIDADE INDUSTRIAL DE CURITIBA

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

GP – GENERAL PRACTITIONERS

NHS – NATIONAL HEALTH SERVICE

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11	
2 OBJETIVOS.....	17	
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17	21
3 METODOLOGIA	18	
4 ARTIGO	22	
INTRODUÇÃO		
METODOLOGIA		
RESULTADOS E DISCUSSÃO		
CONCLUSÃO		
REFERÊNCIAS		
5 CONCLUSÃO.....	43	
REFERÊNCIAS.....	44	
APÊNDICES.....	47	
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....	48	
APÊNDICE B- PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	50	
ANEXOS		
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	51	
ANEXO 2 – GRÁFICO DO BOLETIM DE INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SMS DE CURITIBA: PROPORÇÃO DE PESSOAS DIFERENTES ATENDIDAS NA APS, POR TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE.....	63	
ANEXO 3 – GRÁFICO DO BOLETIM DE INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SMS DE CURITIBA: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PESSOAS DIFERENTES NA APS, POR TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE.....	64	

1. Introdução

Houve uma conceituação gradual do que chamamos, hoje, de Atenção Primária à Saúde (APS). Em 1920, Lord Dawson of Penn definiu um primeiro esboço de sistema de saúde baseado em atenção primária e organizado em redes de atenção. Neste momento começava a ideia de um sistema organizado com uma porta de entrada que seria responsável pelo seu ordenamento¹.

É importante lembrar que ao longo do século XX, o conceito de saúde teve grandes mudanças, impactando também nas demandas de saúde. Houve uma ampliação do conceito e este foi impactado de forma importante pela transição epidemiológica².

A conferência de Alma-Ata (1978) trouxe a seguinte definição para saúde:

“...estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.³” (pág 1)

A APS é uma forma de dar resposta às demandas em saúde. Os serviços orientados e coordenados pela APS são mais efetivos e promovem maior equidade. O acesso adequado pode permitir que populações à margem social consigam os serviços de saúde. Dessa forma, basear o sistema nessa porta de entrada pode torna-lo mais inclusivo.^{2,4,5}

Há uma base científica vasta que conceitua a APS como modelo preferencial de organização da porta de entrada, não só no Brasil, mas ao redor do mundo. Alguns autores apontam a possibilidade de que este modelo tem potencial em agir na determinação social do adoecimento. A partir de 1978, a declaração de Alma-Ata estimulou fortemente a expansão da APS no mundo^{3,5,6}.

Nesta data, os cuidados primários foram definidos como cuidados essenciais:

“...baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação

e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação³.” (pág 1)

Mais tarde, Bárbara Starfield operacionalizou a APS sobre quatro atributos essenciais. O acesso ou primeiro contato, que compreenderia o contato inicial ao sistema, por um problema de saúde novo ou novos contatos por um problema de saúde antigo. A longitudinalidade, que compreende um contato regular e estável ao longo do tempo, com vínculo a uma determinada equipe de saúde. A abrangência ou integralidade que compreende uma forma de organizar os serviços de modo a lidar com as demandas em saúde mais prevalentes. E a coordenação do cuidado, que se refere ao papel da APS de se relacionar com as demais especialidades médicas e não médicas, serviços ambulatoriais, hospitalares e diagnósticos de acordo com a necessidade das pessoas sob sua responsabilidade (do seu território ou pertencentes à sua lista de pacientes).^{1,2,5}

Para que o sistema de saúde funcione de forma adequada, baseado na APS, gostaríamos de destacar dois atributos essenciais: o acesso e a longitudinalidade. O acesso adequado permite que o paciente tenha a sua demanda de saúde sanada em tempo hábil pela equipe de saúde que o acompanha. Um acesso adequado possibilita o desenvolvimento dos demais atributos^{7,8}.

O Comitê do Instituto de Medicina na Qualidade dos Cuidados da América, no relatório “Cruzando o abismo da qualidade: Um novo sistema de saúde para o século XXI” definiu “pontualidade” como uma das prioridades para a organização dos sistemas de saúde no século XXI, destacando a importância do acesso adequado dos pacientes e em tempo adequado⁹.

O tema é tão fundamental que o governo britânico definiu, a partir de abril de 2004, que todo cidadão deveria ter acesso ao seu médico de APS em 48 horas e a outros profissionais da atenção primária em até 24 horas¹⁰.

O acesso também é importante no contexto de avaliação de serviços de saúde, ele é um indicador de qualidade.⁶ O acesso foi definido por Campbell e Rolland² em 2000 como pré-requisito básico para a qualidade de um sistema de saúde, e fazem uma consideração importante sobre a sua definição de qualidade: “Está na dependência de duas condições: os indivíduos terem acesso

às estruturas e processos de cuidado para os quais necessitam; e se o cuidado recebido foi efetivo”. Os autores, nesse trecho, referem-se ao acesso de forma mais ampla, a todos os serviços disponíveis em um sistema de saúde. De todo modo, a APS cumpre um papel chave de filtro, essencial para utilizar da melhor forma os recursos disponíveis, ao evitar que situações frequentes cheguem a serviços muito especializados e ao agilizar os casos que necessitam.

Essa definição acima versa também sobre o aspecto individual do acesso nos sistemas de saúde. Mas, os autores frisam a importância de seu aspecto coletivo. Portanto, o componente acesso está definido na dimensão individual e coletiva da organização de um sistema de saúde².

No âmbito das políticas nacionais, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem tido um papel importante em fornecer proteção e recuperação à vida dos indivíduos. E a organização primordial da porta de entrada do sistema tem sido baseado numa Atenção Primária à Saúde (APS), traduzida, localmente, na nomenclatura de atenção básica. A política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) aponta que a ESF (Estratégia de Saúde da Família) deve ser o modelo prioritário para a atenção básica no Brasil ^{2,5,10,11}.

O modelo ESF está firmado sobre a diretriz de territorialização. Os pacientes são vinculados a uma equipe conforme o local onde moram. Pressupõem, também, que as equipes atuem com formação de vínculo com a população, associado ao envolvimento da equipe de saúde no cotidiano da comunidade onde atua. O vínculo só poderá ser formado ao longo do tempo, com uma relação de confiança do usuário do sistema com a equipe de saúde. Assim, cada vez que o usuário sentir que necessita do sistema de saúde, é fundamental o acesso para que ele tenha uma resposta ou direcionamento a respeito de seu problema.^{1,5,6,8}

Ainda como uma porta de entrada do SUS, estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). As UPA's surgiram em um contexto paralelo ao da APS, na tentativa de hierarquização do SUS. Em um contexto de superlotação da atenção terciária (pronto socorro dos hospitais) foram criadas para que compusessem a porta de entrada do sistema de urgência e emergência¹².

As UPA's são consideradas unidades de atendimento intermediário, em densidade tecnológica, em relação às unidades de saúde (baixa densidade

tecnológica) e à média e alta complexidade (alta densidade tecnológica), tendo sido criadas como política nacional em 2002. Passaram a fazer parte da resposta do sistema de saúde às condições agudas de saúde^{12,13}.

Porém, por ser um sistema intermediário, muitas vezes acaba-se confundindo o papel específico deste equipamento. E para profissionais de saúde e para usuários, o local exato de atendimento de cada problema não é claro. Em grande parte, esse sistema acaba funcionando como porta de entrada do SUS para casos ambulatoriais não graves¹³.

Aqui vale a pena fazermos uma junção do que vimos até aqui sobre a conceituação de acesso: o bom acesso, na prática, consiste no paciente conseguindo obter o serviço de saúde adequado em tempo e lugar corretos. Há uma grande quantidade de variáveis que influenciam neste quesito. Entraves podem variar desde o horário de funcionamento do equipamento de saúde, passando pela sua localização, levando em conta barreiras geográficas específicas e até aspectos relacionados ao processo de trabalho determinado pelos profissionais de saúde e gestores^{1,5,7,10}.

No entanto, há algumas barreiras para que o acesso ocorra. A realidade da APS muitas vezes compreende um embate entre pacientes e recepcionistas sobre como conseguir um horário na agenda do médico, criando um ambiente estressante para profissionais e usuários do sistema. Há grande possibilidade de melhoria do acesso mudando o processo de trabalho, sem necessariamente aumentar os recursos externos à equipe ou à unidade de APS. Barreiras importantes podem ser conceituais e devem ser exploradas para que seja possível uma mudança real no acesso.^{5,7}

O modelo de organizar o acesso somente aumentando recursos humanos ou financeiros à APS é um modelo que beneficia os prestadores de serviço, sendo no âmbito público ou privado. Criar formas alternativas de modelo de organização de agenda e vigilância em saúde podem ser muito poderosas para que seja possível uma racionalização de recursos e ampliação do acesso¹⁴.

Apesar do acesso ser um ponto importante, a literatura internacional estima que cerca de 40% das pessoas atendidas em emergências não apresentam urgências ou emergências e poderiam ser melhor atendidas na

APS. Acabam indo para o serviço de urgência por terem o acesso dificultado na atenção primária⁷.

Alguns autores apontam como principais entraves às mudanças do processo de trabalho na APS, uma crença de que os recursos já disponíveis não consigam fazer frente a demanda. A construção da APS no sistema público brasileiro (SUS), diferentemente de países em que nasce a partir da figura do clínico geral, pode ter reforçado um modelo que foca mais em ações populacionais, preventivas e problemas de saúde específicos, como crianças de baixo risco social e biológico e pacientes com risco cardiovascular baixo, possivelmente restringindo o acesso aos problemas mais prevalentes da população de referência. ^{7,15}

Outros autores definiram como barreiras de acesso a falta de meios alternativos para que os pacientes consigam resolver problemas de saúde, sem necessariamente comparecer ao serviço de atenção primária. Um bom exemplo desta alternativa seriam os contatos virtuais, como o correio eletrônico ou aplicativos de mensagens. Esse modelo permite orientações gerais sobre o quadro do paciente e facilitação do acesso às chamadas consultas administrativas (renovação de receitas, solicitação e avaliação de exames de rotina, atestados para atividade física, dentre outros). ¹⁶

No modelo exposto por Murray⁷ (2003), o acesso avançado e a reorganização do acesso podem, inclusive, aumentar a satisfação profissional, resolvendo questões clínicas agudas e aumentando a legitimidade da APS frente a sua população adscrita. Apesar desta descrição do acesso avançado, existem vários modelos de organização das agendas e do acesso, que podem melhorar ou piorar este último⁷.

Em relação ao dimensionamento, parece que o atributo está inversamente relacionado ao quantitativo de pacientes cuidados pela equipe de APS. O número de 2.500 pacientes por equipe parece ser um número ideal em que é mais praticável oferecer um acesso facilitado, números maiores estão relacionados a dificuldades importantes de acesso. Uma revisão integrativa sobre o assunto apontou problemas com um número maior do que 2.300 pessoas por médico da APS para garantir um acesso adequado. ^{7,16}

Importante pensar também no dimensionamento da equipe e na custo-efetividade, na maioria dos países com APS forte, há dois ou três profissionais de saúde para cada 2 a 2,5 mil pessoas, o médico de família, o enfermeiro e um técnico de enfermagem ou administrativo. No Brasil, recomenda-se uma população de 3,5 mil pessoas para uma equipe que em média contará com 9 profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde).^{7,16}

Ainda podemos diferenciar acesso de acessibilidade. A acessibilidade compreende a forma como o paciente poderia chegar ao serviço de saúde, na sua concepção geográfica, enquanto acesso compreende quais as formas em que o processo de trabalho da unidade se organiza a fim de proporcionar ao paciente os serviços que ele necessita naquele momento.^{1,17}

Portanto, o acesso é um ponto crucial de qualquer sistema de saúde, sem o qual não haverá possibilidade de um adequado fornecimento do cuidado. Entende-se, também, que os modelos baseados em uma APS organizada trazem mais benefícios às pessoas. E a literatura nacional tem demonstrado que a população parece ter dificuldades em acessar a APS, levando a uma procura do serviço de pronto atendimento. Nesse sentido surge a questão que motivou a pesquisa: Qual a percepção dos usuários de um serviço de pronto atendimento (UPA) sobre os entraves de acesso que existem na APS/ ESF do SUS?

2. Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL:

Explorar a percepção de usuários da UPA sobre o acesso à APS em um distrito de Curitiba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Explorar as barreiras de acesso da APS que levam os pacientes a frequentar à UPA;

Conhecer a percepção do usuário sobre o acesso na APS.

3. Metodologia

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Paraná e no Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Curitiba, sob o CAAE 80185817.1.0000.0102.

O conhecimento científico se estabelece por uma articulação entre teoria e realidade empírica. E como processo complexo que é, cria uma sociedade científica a parte, uma classe ou casta de pesquisadores com seus próprios métodos e linguagem específica.^{18,19}

Vários fenômenos podem ter sua abordagem quantitativa e qualitativa. Minayo¹⁹ (2014) chama a atenção para o fato de que uma abordagem qualitativa não exclui uma abordagem quantitativa, ou vice-versa. Porém, como neste trabalho busca-se entender melhor a intencionalidade e significado do acesso para o usuário do sistema de saúde e, também, concepções que levem a desfechos específicos, optou-se por uma abordagem qualitativa¹⁹.

Para delimitação da amostra houve a preocupação de abordar os pacientes que frequentam a UPA. Entende-se que estes, que fazem a opção por buscar seu atendimento no serviço de emergência, não conseguiram acesso adequado na sua unidade de saúde ou preferem primariamente o atendimento neste local. Claro, que entendemos que os motivos de diminuição do acesso podem ser variados, desde recursos humanos, horário de funcionamento, organização do processo de trabalho, número de pacientes por unidade de saúde, etc.

De acordo com a PNAB¹¹ (Política Nacional de Atenção Básica) de 2017, o recomendado é que não se exceda 3.500 habitantes por equipe ESF. Optou-se por estudar somente unidades que trabalhem no modelo ESF e que respeitassem essa população por equipe. Do distrito estudado, 4 das 6 unidades, modelo ESF, tinham, no máximo este número de habitantes por equipe. E apenas uma das unidades estudadas tinha menos de 2.300 habitantes adscritos, que seria o máximo ideal reconhecido pela literatura internacional.^{7,11,16}

Assim, utilizou-se este primeiro como critério inicial de escolha do distrito e da UPA a ser estudada.

Neste critério descrito, anteriormente, levou-se em conta o conceito de pressão assistencial. Sendo considerada como o número de consultas em um período dividido pelos dias trabalhados neste mesmo período. Portanto, uma maior população provavelmente geraria uma maior pressão assistencial, sobrecarregando a equipe²⁰.

A seleção de qual distrito seria estudado passou, também, pela avaliação do boletim epidemiológico de monitoramento da APS de Curitiba, de 2015. Não houve um boletim epidemiológico nos mesmos moldes posterior a este ano. Foram selecionados dois gráficos para fazermos a seleção. O primeiro, “proporção de pessoas diferentes atendidas na APS, por tipo de unidade” (Anexo 2). Foi priorizado o distrito que detivesse o maior número de unidades que atendessem a pelo menos 51 % de pessoas diferentes no período avaliado no boletim.²¹ A ideia aqui seria explorar pessoas que tenham estruturas de unidades capazes de atender uma amplitude maior de sua carteira de pacientes.

Para este critério e o próximo, foi utilizado o conceito de frequência. Pode ser traduzido como o número de consultas por ano em média para cada habitante. Há uma variação importante de acordo com o país e a cultura vigente. No Brasil, a frequência média é de cerca de 1,4 consultas / paciente / ano. Esse número é bem abaixo de outras médias como a da Espanha (7 consultas / paciente / ano)²⁰.

Esse fato pode indicar que o habitual, no Brasil, seja uma demanda reprimida, em que os pacientes não conseguem acesso às suas equipes, gerando uma baixa frequência, por déficits organizacionais e não por uma melhor resolução dos problemas. Unidades com agendas programáticas restritas, tendem a aumentar a frequência e diminuir o acesso, pois atendem muitas vezes os mesmos pacientes (hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros)²⁰.

Assim, na escolha do distrito tentamos priorizar um distrito que tivesse uma melhor relação de frequência, tentando excluir unidades com déficits organizativos evidentes como entraves de acesso por este motivo estrutural. Tendo como objetivo uma abordagem a aspectos mais profundos do que somente este, apesar de considerarmos um fator fundamental.

O segundo gráfico foi o gráfico “distribuição do número de atendimentos de pessoas diferentes na APS, por tipo de unidade de saúde” (Anexo 3), do mesmo boletim epidemiológico¹⁵. Consideradas unidades que tinham um índice máximo de 6,5 atendimentos por pessoa diferente. Aqui partiu-se do pressuposto que equipes que privilegiassem o atendimento para determinados indivíduos, atendendo os mesmos pacientes com frequência, não poderiam fornecer acesso adequado quando os pacientes necessitassem e em tempo adequado. Portanto, unidades com altas relações consultas/indivíduo teriam provavelmente dificuldade de acesso.^{7,21}

Foi excluída da seleção, o distrito com o qual o pesquisador tem vínculo profissional para que não houvesse possibilidade de contato com os pesquisados além da própria pesquisa.

Levando em conta estes critérios, o distrito que se enquadrou melhor neste crivo foi o distrito cidade industrial de Curitiba (CIC), que gentilmente nos forneceu o campo de pesquisa.

O instrumento de pesquisa foi uma entrevista semiestruturada com duas perguntas disparadoras que foram realizadas para os pacientes. Os pacientes selecionados foram os que estavam aguardando atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de abrangência das unidades selecionadas (que trabalham no modelo ESF e estavam alocadas no distrito CIC. Foi proposta a participação na nossa pesquisa, após explicado e consentido o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Os pesquisados foram selecionados no período em que a unidade de saúde de referência estaria aberta e possibilitando acesso, pelo horário de atendimento. Os pacientes selecionados foram os que aguardavam na sala de espera e não estavam em emergência médica, desde que aceitassem participar do estudo. Foram excluídas as gestantes, pacientes abaixo de 18 anos, analfabetos e os que estivessem em urgências ou emergências médicas (após avaliados pelo protocolo de Manchester).

As entrevistas foram coletadas por somente um pesquisador, para que não houvesse disparidade na coleta dos dados. O pesquisador foi até a UPA, pessoalmente, para aplicar o roteiro. As perguntas disparadoras foram: “Quais os motivos de ter procurado a UPA para seu atendimento hoje?” e “Você acha que poderia ter procurado a sua unidade de saúde para resolver este

problema?”. O pesquisador realizou outras perguntas a partir das disparadoras, no sentido de explorar motivações e intencionalidades. E foi usado o mecanismo de saturação de dados para determinar a suspensão das entrevistas e depois geradas categorias de análise para análise dos dados.

Partimos agora para a fundamentação teórica do instrumento de pesquisa, a entrevista semiestruturada. Minayo¹⁹ (2014) define entrevista como uma conversa a dois ou entre vários interlocutores. No subtipo semiestruturado há uma parte onde o pesquisador propõe perguntas específicas e outra parte em que o entrevistado tem liberdade em falar ou discordar sobre o assunto. Neste momento pode-se chamar atenção para o conceito de etnobiografia, onde buscam-se as narrativas da vida e suas intencionalidades. Houve aqui objetivo do pesquisador de entender dados descritos como “subjetivos” que não poderiam ser conseguidos em censos ou outros levantamentos, afinal dependem da visão do usuário do sistema de saúde.¹⁹

Foi usado o preceito de saturação de dados para determinar a parada da coleta de dados. A saturação de dados, chamada também de saturação teórica compreende o momento em que dados novos não podem mais ser extraídos do campo de observação.²²

O objetivo principal dos autores, com os dados coletados, foi de entender quais os conteúdos são apresentados no discurso dos usuários, permitindo uma adequada discussão dos entraves ao acesso proposto sobre o referencial teórico da Barbara Starfield e outros autores que estudaram o tema¹.

Para a análise de dados, foi escolhido a análise de conteúdo proposto por Bardin (1979) citado em Minayo (2014).¹⁹ Foi definida por ela em 1979:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (BARDIN, 1979, citado em MINAYO, 2010, p. 303).

A intenção da análise de conteúdo visa explorar estereótipos e conotações de uma determinada classe de profissionais ou classe social.^{18,19,23}

4. ARTIGO

Acesso à Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam uma unidade de pronto atendimento (UPA).

Access to Primary Health Care in Curitiba: the perception of the users attending an emergency care unit (ECU).

Bruno Marach Bizinelli ^(A)

Paulo Poli Neto ^(B)

Guilherme S.C. de Albuquerque^(C)

RESUMO

Evidências científicas consistentes apontam que um sistema fortemente baseado em Atenção Primária (APS) promove melhores desfechos em saúde. No Brasil, a APS acontece, no sistema público, preferencialmente, no modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). São considerados atributos essenciais da APS, o acesso, a longitudinalidade, a abrangência dos serviços e coordenação do cuidado. A metodologia foi qualitativa, visou explorar as barreiras de acesso à APS na visão dos usuários que frequentam a UPA (unidade de pronto atendimento). Revelaram-se barreiras: distância de casa, organização do processo de trabalho, compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde, acesso facilitado à UPA para problema não urgentes, horário de funcionamento abreviado da APS em relação à UPA. A análise do discurso dos entrevistados mostra que a UPA apresenta um acesso mais facilitado do que a APS.

Descritores em saúde: Atenção Primária à Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde, Pacientes.

ABSTRACT

Consistent scientific evidence indicates that a system strongly based on Primary Care (PHC) promotes better outcomes in health. In Brazil, APS happens, in the public system, preferentially, in the Family Health Strategy (FHS) model. Accessibility, longitudinality, comprehensiveness and coordination of care are considered essential attributes of PHC. The methodology was qualitative, aimed at exploring the barriers to access to PHC in the view of users attending the ECU (emergency care unit). Barriers were revealed: distance from home, organization

^A Médico de Família e Comunidade. Mestrando em Saúde da Família pela UFPR/Fiocruz. Professor do Curso de Medicina nas Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) em Curitiba.

^B Médico de Família e Comunidade. Professor do departamento de Saúde Coletiva da UFPR.

^C Professor do departamento de Saúde Coletiva da UFPR

of the work process, understanding of the functioning of the health system, facilitated access to the ECU for non-urgent problems, shortened working hours of the PHC in relation to the ECU. The analysis of the interviewees' discourse shows that the ECU presents easier access than the PHC.

Health Descriptors: Primary Health Care, Health Services Accessibility, Health Evaluation, Patients.

RESUMEN

Evidencias científicas consistentes apuntan que un sistema fuertemente basado en Atención Primaria (APS) promueve mejores resultados en salud. En Brasil, la APS ocurre, en el sistema público, preferentemente, en el modelo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se consideran atributos esenciales de la APS, el acceso, la longitudinalidad, el alcance de los servicios y la coordinación del cuidado. La metodología fue cualitativa, pretendió explorar las barreras de acceso a la APS en la visión de los usuarios que frecuentan la UPA (unidad de atención al cliente). Se revelaron barreras: distancia de casa, organización del proceso de trabajo, comprensión sobre el funcionamiento del sistema de salud, acceso facilitado a la UPA para problema no urgente, horario de funcionamiento abreviado de la APS en relación a la UPA. El análisis del discurso de los entrevistados muestra que la UPA presenta un acceso más fácil que la APS.

Descriptor en Salud: Atención Primaria de Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Evaluación en Salud, Pacientes.

Introdução

Em 1920, Lord Dawson of Penn definiu um primeiro esboço de sistema de saúde baseado em atenção primária e organizado em redes de atenção. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reuniu-se em Alma-Ata e declarou a saúde como um direito fundamental, e enfatizou a importância dos Cuidados primários em saúde. ^{1,2}

Não obstante, ao longo das últimas décadas, foram sendo construídas evidências científicas robustas a respeito da Atenção Primária à Saúde (APS). Os serviços orientados e coordenados pela APS são mais efetivos, e melhoram desfechos em saúde e promovem maior equidade. ^{3,4, 5}

No Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo preferencial de Atenção Primária à Saúde (APS) é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), definida como política nacional em 1993. ^{3,5,6}

Bárbara Starfield conceituou a APS sobre quatro atributos essenciais. O acesso ou primeiro contato, que compreenderia o contato inicial ao sistema, por um problema de saúde novo ou novos contatos por um problema de saúde antigo. A longitudinalidade, que compreende um contato regular e estável ao longo do tempo, com vínculo a uma determinada equipe de saúde. A integralidade ou abrangência que compreende uma forma de organizar os serviços de modo a lidar com as demandas em saúde mais prevalentes. E a coordenação do cuidado, que se refere ao papel da APS de se relacionar com as demais especialidades médicas e não médicas, serviços ambulatoriais, hospitalares e diagnósticos de acordo com a necessidade das pessoas sob sua responsabilidade (do seu território ou pertencentes à sua lista de pacientes).^{1,3,5}

O acesso adequado permite que o paciente tenha a sua demanda de saúde sanada em tempo hábil pela equipe de saúde que o conhece, permitindo, assim, uma melhor organização do sistema como um todo. O acesso não é o mais importante, mas é a partir dele que os outros princípios podem ser desenvolvidos^{7,8}. De todo modo, a APS cumpre um papel chave de filtro, essencial para utilizar da melhor forma os recursos disponíveis, ao evitar que situações frequentes cheguem a serviços muito especializados e ao agilizar os casos que necessitam.

O acesso foi definido por Campbell e Rolland³, como pré-requisito básico para a qualidade de um sistema de saúde. Chamam atenção para que o acesso adequado depende de duas condições: que os indivíduos cheguem às estruturas físicas e operacionais e processos de cuidado para os quais necessitam; e se o cuidado recebido foi efetivo. ^{3,9}

No entanto, podem haver algumas barreiras de acesso. A realidade da APS muitas vezes compreende um embate entre pacientes e recepcionistas sobre como conseguir um horário na agenda do médico, criando um ambiente estressante para profissionais e usuários do sistema. Murray ⁷ (2003) aponta grande possibilidade de melhoria do acesso mudando o processo de trabalho, sem necessariamente aumentar os recursos externos à equipe ou à unidade de APS^{7, 5, 10}.

Em relação ao dimensionamento, parece que o atributo está inversamente relacionado ao quantitativo de pacientes cuidados pela equipe de APS. O número de 2.500 pacientes por equipe parece ser um número ideal em que é mais praticável oferecer um acesso facilitado, números maiores estão relacionados a dificuldades importantes de acesso. Revisões a respeito do dimensionamento mostram dificuldades importantes quando há mais de 2.300 pessoas por médico da APS.^{7,11}

Importante pensar também no dimensionamento da equipe e na custo-efetividade, na maioria dos países com APS forte, há dois ou três profissionais de saúde para cada 2 a 2,5 mil pessoas, o médico de família, o enfermeiro e um técnico de enfermagem ou administrativo. No Brasil, recomenda-se uma população de 3,5 mil pessoas para uma equipe que em média contará com 9 profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde).^{7,11}

Como outra porta de entrada do SUS, existem as Unidades de pronto atendimento (UPA). As UPA's são consideradas unidades de atendimento intermediário, em densidade tecnológica, em relação às unidades de atenção primária (baixa densidade tecnológica) e à ambulatorios de especialistas e hospitais (alta densidade tecnológica), tendo sido criadas como política nacional em 2002. Foram inicialmente pensadas para fazerem parte da resposta do sistema de saúde às condições agudas de saúde^{12,13}.

Porém, por ser um sistema intermediário, muitas vezes acaba-se confundindo o papel específico deste equipamento. E para profissionais de saúde e para usuários, o local exato de atendimento de cada problema não é claro. Em grande parte, esse sistema acaba funcionando como porta de entrada do SUS para casos ambulatoriais não graves¹³.

Murray⁷ (2003) defende que cerca de 40% das pessoas atendidas em emergências não apresentam urgências ou emergências e poderiam ser melhor atendidas na APS. Acabam indo para o serviço de urgência por terem o acesso dificultado na atenção primária.

Portanto, o acesso é um ponto crucial de qualquer sistema de saúde, sem o qual não haverá possibilidade de um adequado fornecimento do cuidado. Entende-se, também, que os modelos baseados em uma APS organizada

trazem mais benefícios às pessoas. E a literatura nacional tem demonstrado que a população parece ter dificuldades em acessar a APS, levando a uma procura do serviço de pronto atendimento. Nesse sentido surge a questão que motivou a pesquisa: Qual a percepção dos usuários que frequentam um serviço de pronto atendimento (UPA) sobre os entraves de acesso que existem na APS/ ESF do SUS?

Os objetivos da pesquisa foram: explorar a percepção de usuários da UPA sobre o acesso à APS em um distrito de Curitiba; explorar as barreiras de acesso da APS que levam os pacientes a frequentar à UPA e conhecer a percepção dos usuários sobre o acesso na APS.

Metodologia

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Paraná e no Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Curitiba, sob o CAAE 80185817.1.0000.0102.

Como neste trabalho busca-se entender melhor a intencionalidade e significado do acesso para o usuário do sistema de saúde e, também, concepções sobre o tema, optou-se por uma abordagem qualitativa.¹⁴

Inicialmente, houve a preocupação em delimitar qual a UPA em que o estudo seria realizado. Os critérios para a delimitação tiveram a preocupação de diminuir prováveis problemas estruturais e de dimensionamento gritantes. Onde, poderíamos encontrar somente o discurso de que há pouco acesso devido a uma grande quantidade de pessoas por equipe ESF.

O primeiro critério levou em conta o conceito de pressão assistencial. Sendo considerada como o número de consultas em um período dividido pelos dias trabalhados neste mesmo período. Portanto, uma maior população provavelmente geraria uma maior pressão assistencial, sobrecarregando a equipe¹⁵.

De acordo com a PNAB¹⁶ (Política Nacional de Atenção Básica) de 2017, o recomendado é que não se exceda 3.500 habitantes por equipe ESF. Optamos por estudar somente unidades que trabalhem no modelo ESF e que respeitassem essa população por equipe. Do distrito estudado, 4 das 6 unidades, modelo ESF, tinham, no máximo este número de habitantes por equipe. E

apenas uma das unidades estudadas tinha menos de 2.300 habitantes adscritos, que seria o máximo ideal reconhecido pela literatura internacional.^{7,11}

Para os dois próximos critérios, foi utilizado o conceito de frequência. Pode ser traduzido como o número de consultas por ano em média para cada habitante. Há uma variação importante de acordo com o país e a cultura vigente. No Brasil, a frequência média é de cerca de 1,4 consultas / paciente / ano. Esse número é bem abaixo de outras médias como a da Espanha (7 consultas / paciente / ano)¹⁵.

Esse fato pode indicar que o habitual, no Brasil, seja uma demanda reprimida, onde os pacientes não conseguem acesso às suas equipes, gerando uma baixa frequência, por déficits organizacionais e não por uma melhor resolução dos problemas. Unidades com agendas programáticas restritas, tendem a aumentar a frequência e diminuir o acesso, pois atendem muitas vezes os mesmos pacientes (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc)¹⁵.

O segundo critério levado em conta, passou pela avaliação do boletim epidemiológico de monitoramento da APS de Curitiba¹⁷, de 2015. Foram selecionados dois gráficos para fazermos a seleção. O primeiro, “proporção de pessoas diferentes atendidas na APS, por tipo de unidade”. Foi priorizado o distrito que detivesse o maior número de unidades que atendessem a pelo menos 51 % de pessoas diferentes no período avaliado no boletim. A ideia aqui seria incluir no campo de pesquisa, o distrito que tivesse unidades capazes de atender uma amplitude maior de sua carteira de pacientes.

O segundo gráfico foi “distribuição do número de atendimentos de pessoas diferentes na APS, por tipo de unidade de saúde”, do mesmo boletim epidemiológico. Consideradas unidades que tinham um índice máximo de 6,5 atendimentos por pessoa diferente. Aqui partiu-se do pressuposto que equipes que privilegiem o atendimento para determinados indivíduos, atendendo os mesmos pacientes com frequência, não poderiam fornecer acesso adequado a todos os pacientes^{7,17}.

Foi excluída da seleção, o distrito com o qual o pesquisador tem vínculo profissional para que não houvesse possibilidade de contato com os pesquisados além da própria pesquisa.

Levando em conta estes critérios, o distrito que melhor se enquadrou foi o distrito da cidade industrial de Curitiba (CIC), que gentilmente nos forneceu o campo de pesquisa.

Os pacientes selecionados foram os que estavam aguardando atendimento na Unidade de Pronto Atendimento do CIC (UPA). Foi proposta a participação na nossa pesquisa, após explicado e consentido o TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido). Os pesquisados foram selecionados no período em que a unidade de saúde de referência estaria aberta e possibilitando acesso. Os pacientes selecionados foram os que aguardavam na sala de espera e não estavam em emergência médica (após avaliação do protocolo de triagem de Manchester utilizado na UPA), desde que aceitassem participar do estudo. Foram excluídas as gestantes, pacientes abaixo de 18 anos, analfabetos e os que estivessem em urgências ou emergências médicas.

O instrumento de pesquisa foi uma entrevista semiestruturada com duas perguntas disparadoras. As entrevistas foram coletadas por somente um pesquisador, para que não houvesse disparidade na coleta dos dados. O pesquisador foi até a UPA, pessoalmente, para aplicar o roteiro. As perguntas disparadoras foram: “Quais os motivos de ter procurado a UPA para seu atendimento hoje? ” e “Você acha que poderia ter procurado a sua unidade de saúde para resolver este problema?”. O pesquisador realizou outras perguntas a partir das disparadoras.

Foi usado o mecanismo de saturação de dados para determinar a suspensão das entrevistas e depois geradas categorias de análise para análise dos dados. As entrevistas foram gravadas e transcritas separadamente.¹⁸

O objetivo principal dos autores foi de entender quais os conteúdos são apresentados no discurso dos usuários, permitindo uma adequada discussão dos entraves do acesso à APS. O referencial teórico utilizado para dar norte a esta discussão foi o da Barbara Starfield.

Para a análise de dados, foi escolhido a análise de conteúdo proposto por Bardin (1979) citado em Minayo (2014).¹⁴

Resultados e Discussão

As entrevistas foram coletadas durante o mês de outubro de 2018. Foram entrevistadas 13 pessoas, utilizando a saturação de dados. Houve grande variação do tempo de entrevistas. A mais breve durou dois minutos e vinte e nove segundos e a mais longa durou onze minutos e um segundo.

Foi realizada a leitura exaustiva das entrevistas e elencadas as categorias de unitarização. As perguntas foram capazes de gerar sete categorias, com a frequência de aparecimento: acesso facilitado na UPA (28), profissional de referência na unidade de saúde (10), acesso facilitado para grupos ou problemas populacionais específicos (10), busca por atendimento humanizado (10), incompreensão do papel dos equipamentos de saúde (9), necessidade de saúde independente do modelo de acesso (6) e falta de recursos humanos (5).

Foram consideradas as categorias com saturação de dados para descrição neste artigo: acesso facilitado na UPA e acesso facilitado para grupos ou problemas populacionais específicos.

1. Acesso facilitado na UPA [subtítulo]

Como Starfield¹ salienta, as pessoas não conhecem em detalhes o funcionamento do sistema de saúde, a menos que sejam orientadas a partir de um primeiro contato. E também, que as pessoas não conseguem entender, a princípio, qual a gravidade do problema de saúde que estão apresentando.¹

Nas entrevistas, o entrevistado (3) demonstrou este aspecto:

“ Pesquisador (P): Quando você sente alguma coisa, o primeiro lugar que você vem?

E3: É aqui.

(P): Você já tentou ir alguma vez na Unidade de Saúde?

E3: Não.

(P): Não? Por que que você prefere vir aqui ao invés da Unidade?

E3: Porque é mais perto da minha casa e é mais vazio.”

A proximidade da casa e a rapidez do atendimento são atrativos fundamentais para a decisão deste entrevistado sobre qual local procurar para o seu atendimento.

Podemos dizer que o acesso é decidido pelo paciente e fornecido pela organização do sistema. Há uma ideia que o acesso deve ser o mais rápido possível, independentemente do problema de saúde. Afinal, a maioria das pessoas não entendem o quão grave é o problema vivido naquele momento¹.

Vivemos o “paradoxo da saúde”, onde as pessoas sentem-se mais doentes, apesar de viverem cada vez mais. Há uma tendência de que as pessoas sobrevalorizem sintomas ou comportamentos fora do habitual e sintam-se doentes com maior frequência, buscando cuidados biomédicos. Esse comportamento pode gerar um aumento das demandas em saúde pelo medo de adoecimento. É importante que haja um sistema capaz de orientar esses pacientes e que seja capaz de realizar uma prevenção quaternária adequada¹⁹.

Em relação a distância de casa, citado pelo E3, Eugênio Vilaça Mendes¹⁰ traz alguns resultados sobre a associação entre distância e a utilização dos equipamentos de saúde, como uma maior utilização da atenção primária quando há proximidade geográfica da unidade. Maiores distâncias estão associadas a piores desfechos em saúde, aumento de hospitalizações e pode ser responsável por uma iniquidade elevada.^{1, 5, 10, 20}

Normalmente, pensamos o acesso como um fator específico relacionado à oferta e à demanda de procedimentos ou à carteira de serviços de um sistema. Porém, outros fatores individuais também levam às escolhas: como preferências, gostos e informações, como aparece no trecho em discussão¹⁰.

Veja este trecho¹:

“Os indivíduos que acreditam que tem um problema de saúde deveriam poder consultar com um profissional que pudesse ajudá-los a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional ou se é um problema autolimitado que não necessita de atenção adicional. A ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais. É esperado que o conselho e orientação de um médico de atenção primária facilite a seleção da melhor fonte de atenção” (Starfield, 2002, p. 208).¹

Assim, parece que a pessoa teria melhor assistência à saúde se conseguisse acessar a porta de entrada e tivesse a devida orientação ao seu

problema de saúde, desde que fornecido pela equipe de atenção primária, portanto na unidade de Saúde.

Nos resultados das entrevistas, alguns trechos nos remetem a pensar que o acesso facilitado está presente nas UPA's e não nas unidades de saúde. Veja este trecho:

“(P): Você acha que poderia ter procurado a Unidade por causa desse problema e na verdade você procurou então, é isso?”

E1: Já procurei. Está agendado só pro dia 18.

(P): Você consegue ter acesso à consulta fácil lá? Como é isso?”

E1: Lá é meio complicado assim [...] Você tem que ir bem cedo. Umás 5 horas da manhã pra você conseguir. E às vezes ainda você dá na fila e você não consegue [...] Não pega a vaga”.

Neste trecho fica posto que apesar da tentativa de acesso à unidade de saúde, a consulta foi marcada para 13 dias após o contato com a unidade, fazendo com que o entrevistado optasse por procurar a UPA para resolução de seu problema de saúde.

Outro trecho:

“E11: A gente vem aqui de madrugada e dependendo do lugar que a gente mora a gente não tem condições [...] que a gente pode ser assaltado né [...] Aí a gente vem direto aqui já.

(P): Hoje, por exemplo, você veio direto aqui?”

E11: Ah eu vim porque eu tava mal.

(P): E, normalmente, quando você tem algum problema de saúde você procura primeiro a unidade ou vem direto pra cá?”

E11: Eu venho pra cá! [...] Uns 10 anos atrás eu ia direto na Unidade, mas o atendimento lá não tá muito bom. Porque eles fazem a gente esperar [...] A gente procura a unidade de saúde porque a gente tá com dor, tá com algum problema né, e eles demoram pra identificar o problema”.

Aqui, o entrevistado mostra uma forma de dificuldade de acesso. As unidades em Curitiba (local da pesquisa), em sua maioria, abrem às 7 horas. Os pacientes formam filas na porta da unidade. A dificuldade de acesso mostra que

enquanto na UPA não há limites de número de atendimentos, na unidade há, fazendo com que o tempo de espera seja maior na unidade de saúde do que na UPA.

Há um outro aspecto que foi descrito neste trecho. Starfield descreve o conceito de acessibilidade. Essa definição traz à luz, as características geográficas ou financeiras de chegada à porta de entrada / sistema de saúde. O E11 descreve que ele teria maior probabilidade de sofrer um assalto indo até a unidade do que indo até à UPA. Assim, parece haver maior acessibilidade na UPA do que na unidade.^{1,21}

Aparece de outras formas no discurso de outros entrevistados:

“E2: É, sempre primeiro a gente vai lá (na unidade de saúde), só que quando a gente já sabe [...] que o posto a gente fica meio [...] meio fora assim da linha da onde a gente [...] que passa o ônibus. Daí a gente pega e vem aqui então, que tá sabendo que lá já passou do horário de [...] da senha, entendeu?

(P): Mas a unidade é mais perto daqui da casa da senhora ou mais longe daqui?

E2: É, vamos supor que é a mesma distância [...] Ah, Sempre que eles pedem mais é [...] lá por sete horas (hora de chegada), entendeu? Mas essa sete horas [...] já tem que ir bem antes das sete horas pra formar fila lá fora pra quando já abrir o posto, daí já conseguir a consulta”.

Ao que parece, as barreiras de acesso descritas pelos entrevistados são bastante importantes na sua decisão de qual equipamento de saúde procurariam para seu atendimento. Essas mesmas barreiras de acesso são as responsáveis por trazer um pior acompanhamento de saúde (longitudinalidade), como defende Starfield:¹

“Um aumento no número de barreiras ao acesso foi associado a menos atenção ao primeiro contato e continuidade mais baixa, mesmo depois do controle de várias características influentes do paciente, tipos de centro de atenção primária e tipos de profissionais de atenção primária” (Starfield, 2002, p. 211).¹

A porta de entrada mais facilitada na UPA não trará adequada continuidade do cuidado e adequada coordenação do cuidado. Na UPA não existirá uma equipe que possa atender o paciente em novos agravos futuros ou

novos problemas referentes ao mesmo agravo. Portanto, haverá uma tendência de fragmentação do cuidado.

Outro aspecto importante é o horário de funcionamento. Como já apareceu em trechos mostrados, este é um fator que leva os pacientes até à UPA, que tem um horário de 24 horas de atendimento, enquanto a unidade tem um horário menor, delimitado por cerca de 8 a 12 horas de atendimento. Vamos a mais um trecho:

“(P): Você acha que você poderia ter procurado a tua Unidade de Saúde pra resolver esse problema?”

E7: Ah, não sei. Provavelmente o atendimento seria mais demorado ainda [...] Bem mais demorado [...] Porque lá não é um 24 horas. Se fosse 24 horas eu poderia ter ido ontem já. Que ontem eu já tava com a coluna ruim né. Só não vim aqui porque era mais distante”.

Este paciente descreve que tem dificuldade de acessar a unidade pelo horário de funcionamento e isso qualifica o equipamento de saúde, UPA, como preferencial para o acesso.

Alguns autores já descreveram a importância de um horário mais estendido de atendimento na APS. Há evidências de que há diminuição na pressão assistencial em hospitais, diminuição de internamentos (principalmente em condições sensíveis à APS). E um acesso estreito à APS aumenta às idas à serviços de emergência.^{22,23}

O problema de escassez de acesso pelo horário de funcionamento também é descrito em outros países. No “*Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*” do NHS (National Health Service), na Inglaterra, foi descrito que o horário das cooperativas de *General Practitioners (GP's)*, correspondentes aos médicos de família no Brasil, está conformado como uma barreira de acesso. Os pacientes acabam procurando outros serviços mais distantes e demandando mais recursos devido a esta barreira.²¹

Murray⁷ (2003) defende que pelo menos 1 a cada 4 pessoas não conseguem acesso oportuno a APS nos países estudados. Neste ano de 2003, este autor defendeu uma forma de acesso ampliada, chamada acesso avançado. Propunha fundamentalmente uma reorganização do serviço e das equipes de saúde para ampliação do acesso.^{7,24}

No entanto, é importante salientar que os benefícios do acesso avançado não são inquestionáveis. Em algumas situações, como nas condições crônicas, pode haver uma perda de seguimento com o modelo de acesso avançado sem que haja um plano claro para os cuidados dos pacientes portadores destas condições crônicas.²⁴

Na visão dos entrevistados, a UPA parece ser dotada do atributo essencial acesso e acessibilidade em maior grau que a unidade de saúde, que seria o equipamento adequado de atenção primária.

Pensando na lógica de trabalho em redes de atenção à Saúde, cabe à atenção primária a capacidade de resposta do sistema, acesso como porta de entrada adequada, racionalização dos custos e continuidade do cuidado e não à UPA.²⁵

Nos discursos dos entrevistados parece que a APS não toma para si a ampliação do acesso, seja por impossibilidades estruturais, organizacionais, recursos humanos, entre outros.

Cabem aqui duas questões. A UPA tem os outros atributos essenciais descritos por Starfield (longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), apesar de um acesso mais facilitado? A UPA é um serviço de atenção primária sistematicamente organizado focando em somente um dos atributos essenciais?

2. Acesso facilitado para grupos ou problemas populacionais específicos [subtítulo]

Esta categoria apareceu 10 vezes ao longo da análise de dados. A primeira unidade desta categoria:

“(P): [...] Como que você decide ... aonde você vai, se é na unidade ou aqui?”

E4: Não, eu só... só vou no posto mesmo se, tipo assim, que nem agora... eu tive que ir por causa que eles me fizeram o pedido da ecografia do abdômen, né. Então eu tinha que passa pelo médico pra daí eu conseguir fazer a ecografia. E quando eu venho aqui normalmente é só quando me ataca a dor mesmo, daí eu sou obrigada a vir.

(P): Então [...] quando você tem mais uma coisa mais aguda, uma dor, alguma coisa assim, você vem aqui?
 E4: É, tipo, instantânea que eu digo.
 (P): [...] E quando é uma coisa que precisa de um exame, alguma coisa assim, você vai na unidade?
 E4: É, aí eu venho no posto. É.”

Neste trecho o entrevistado entende que o problema de “pedir exames” pode ser resolvido na unidade, enquanto o problema “dor” pode ser resolvido na UPA. Neste caso fazendo referência a um problema que havia sido detectado na unidade de urgência/ emergência e havia sido demandado um exame diagnóstico.

No fluxo de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba esse exame para diagnóstico não emergencial só poderia ser solicitado pela atenção primária, o que fez o entrevistado ir à unidade. A referência para os problemas agudos do entrevistado é a UPA.

Já na fala do entrevistado 5:

“(P): ... Quais que foram os motivos, hoje, pra você ter procurado a UPA para o teu atendimento?
 E5: Hoje foi por causa que minha garganta, tá inflamada.
 (P): ... E você acha que você poderia ter procurado a Unidade para resolver esse problema?
 E5: Sim, porque ali onde eu moro o postinho de saúde não atende esse tipo de... de... como que se diz...de doença.
 Pesquisador: O que que eles atendem?
 E5: É que ali para você conseguir um atendimento você tem que marcar na hora ali e ir só no outro dia ali.
 (P): ...você vai num dia, marca pra um dia seguinte? Então você não consegue resolver seu problema no dia. É isso?
 E5: No dia não.”

Para este entrevistado, há um tipo de “doença” que pode ser atendido pela unidade de saúde, e o seu problema não se encaixava na demanda do dia para a unidade. Assim como na fala do entrevistado 4, o problema poderia ser resolvido pela unidade, porém por algum motivo não foi. Pela fala do E5, existe algum outro tipo de problema de saúde que poderia ser priorizado na APS, mas

o dele não se enquadra neste tipo, sem, no entanto, deixar claro qual seria este problema.

O entrevistado 9 forneceu outra ótica, que também apareceu em outras entrevistas.

“(P): ... E quando você tem algum problema de saúde você procura qual lugar pra te atender?”

E9: Olha... É bem difícil eu procurar porque nunca a gente consegue consulta nada... Só no último momento mesmo quando não aguenta mais. Daí eu venho aqui no 24 horas. Quando tava fechado aqui ia no Fazendinha.

(P): ... Então a Unidade de Saúde você procura em algum momento?

E9: Ah... Lá é difícil de você conseguir consulta! É muito raro!

...Muito muito! É só emergência, idoso ou gestante.

(P): Mas você chega a ir lá primeiro, ou você vem aqui direto? Como é que é? Qual lugar?

E9: Eu vou lá primeiro.

(P): ... Sempre vai lá primeiro?

E9: Lá primeiro, pra depois vim pra cá... Eles ... da consulta daí eles mandam pra cá.”

Muitas vezes a APS faz opções, ou por questões relacionadas à gestão ou por questões relacionadas às crenças da própria equipe, de preferência a grupos populacionais. Exemplos destas questões, como citado pelo entrevistado podem ser: agenda voltada a atendimento específico de gestantes ou ainda hipertensos e diabéticos.

Então há três pontos para a nossa discussão dentro desta unidade de categorização. O primeiro seria o papel burocrático cumprido pela APS, em um problema identificado pela UPA. O segundo, que a atenção primária faz opções de atendimento, planejadas ou não a respeito de alguns problemas. E o terceiro seria a opção por fechar a sua agenda em alguns momentos para atender grupos populacionais específicos, como gestantes ou diabéticos. Este último bastante relacionado ao segundo aspecto, descreveremos os dois em conjunto.

O primeiro papel descrito nas entrevistas, relacionado ao processo trazido pela organização do sistema de saúde. Pela fala do E4, vale lembrar que o acesso é o resultado da combinação de vários fatores como a localização, o

custo e adequação de serviços, perfil epidemiológico e nesta situação a disponibilidade de recursos (ultrassom)¹⁰.

Aqui, o acesso toca um outro princípio essencial que é a integralidade. Bárbara Starfield defende que a atenção primária é o melhor local para que a abordagem do paciente ocorra, focado em uma amplitude de serviços que resolva a maioria dos problemas prevalentes na população¹.

No caso do entrevistado 4, houve a abordagem do problema dele pela UPA que gerou necessidade de um exame. Assim, o problema não foi totalmente resolvido pelo pronto atendimento, gerando uma demanda adicional para a APS.

Apesar de todo o esforço e recursos empregados para a formação de uma APS baseada em ESF aqui no Brasil, há entraves. Alguns estudos apontam as dificuldades enfrentadas pelas equipes de ESF pelo aumento da demanda espontânea e sobrecarga dos profissionais. Muitas vezes, este cenário pode gerar escolhas por um determinado grupo de pacientes, em detrimento de outros grupos²⁶.

É possível que uma das origens de acesso restrito na atenção primária seja decorrente de um modelo que está sobrecarregado, gerando demandas duplas (para a UPA e para a APS) como na fala do E4⁵.

É claro que uma boa resposta à sobrecarga de trabalho e um modelo que está constantemente sobrecarregado vai muito além de contratação de médicos e outros profissionais. O modelo de abordagem centrado na pessoa permite uma aliança com o paciente e resolução mais efetiva das demandas de saúde^{10,26}.

Uma outra questão relacionada às demandas duplicadas por falta de acesso na APS, vista na fala do E9, seria o encaminhamento para a UPA a partir da unidade. O atendimento no mesmo dia poderia ser empregado para que gerasse uma escuta qualificada e ativa ao problema e angústia destes pacientes, que muitas vezes é a resposta que esperam. Uma das formas apontadas por Tesser, Norman e Vidal⁵ (2018) seria a ampliação da capacidade clínica das enfermeiras, aumentando a abrangência dos serviços destes profissionais.^{5,10,25}

E a facilitação do acesso pode ser entendido como postura profissional, técnica e como princípio reorientador do processo de trabalho. Essa postura profissional permite entender a necessidade do usuário do sistema tentando dar a ele o serviço em momento oportuno²⁵.

Trazendo o conceito discutido anteriormente aqui, o acesso é também determinado por recursos financeiros e humanos para sua melhor eficiência. Portanto, nesta situação foram gerados dois acessos ao sistema, um via urgência / emergência e outro via atenção primária para o mesmo problema de saúde.

Eugênio Vilaça Mendes ¹⁰ (2016) traz a importância de uma economia de escala na organização dos sistemas de saúde. A economia de escala visa trazer os melhores resultados possíveis racionalizando ao máximo os recursos disponíveis. Até porque os recursos são com frequência escassos e limitados¹⁰.

Vamos ao segundo e terceiros aspectos apontado nestes trechos desta categoria.

Há uma barreira organizacional gerando filas para a resolução completa do problema de saúde, ocorrem geralmente na tentativa de adequar oferta e demanda¹⁰. A falta de atendimento a uma pessoa específica ou a um problema específico gera uma tentativa de resolução do seu problema em um outro ponto da rede de atenção.

A prioridade por grupos populacionais específicos pode aumentar inequidades. Quando se opta por atender um paciente porque se tem prioridade na agenda, frente a um contexto de sobrecarga das equipes, tira-se a possibilidade de que alguém com maior necessidade tenha acesso ao serviço que precisa, procurando outra forma de resolver seu problema^{5,13}.

É importante lembrar que algumas atividades preventivas adotadas pelas equipes que estão na atenção primária têm escassos níveis de evidência e mesmo assim continuam sendo empregadas. No momento em que uma criança saudável e sem risco biológico ou social ganha uma vaga na agenda médica, pode ser que uma criança com febre seja obrigada a procurar a UPA por não ter conseguido a vaga^{5,7}.

Em um contexto de recursos humanos limitados e equipes sobrecarregadas, haverá sempre a necessidade de escolhas por parte da equipe de quem ou de que problemas a equipe irá priorizar nos atendimentos. Porém, muitas dessas prioridades são embasadas em crenças pessoais dos profissionais e não baseadas em evidências, agravando as inequidades em saúde^{7,25}.

Considerações finais

A organização da porta de entrada do SUS com a política das UPAs pode gerar sobreposição de serviços com a APS. Nas experiências internacionais com APS avaliadas como fortes não há uma estrutura semelhante às UPAs, cabe às unidades de APS a oferta de atendimento nos horários não comerciais (às noites durante a semana e nos finais de semana).

No Brasil, especialmente nos municípios maiores, há esses dois serviços funcionando simultaneamente durante o horário comercial, o que pode levar a uma duplicação dos custos e dificuldades de compreensão quanto ao papel de cada serviço. Na visão dos usuários, demonstrada nessa pesquisa, aparece essa dúvida quanto à função desses serviços. Do mesmo modo, em relação ao papel que os profissionais consideram que precisam desempenhar, por direcionar as UBS no sentido de lidar mais com pacientes sem sintomas e as agendas programáticas e os profissionais das UPAs ao abrirem mão de acompanharem os pacientes.

Os usuários entrevistados moravam em regiões pertencentes a UBS com uma relação população/profissionais de saúde considerada adequadas pela política nacional, ainda assim demonstrou-se uma importante dificuldade de acesso.

Como considerações para as políticas de saúde, sugere-se não apenas a adequação da quantidade de pessoas vinculadas a cada equipe, mas também a reorganização do processo de trabalho nas UBS, no sentido de facilitar o acesso em até 48h, mas também é necessário avaliar o papel das UPAs no SUS. Os recursos hoje destinados a esse equipamento podem ser necessários para o fortalecimento da APS no sentido de cumprir melhor seus atributos.

Referências

- 1) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- 2) Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

- 3) Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2012; (28/9): 1772-1784.
- 4) O'Donnell P, Tierney E, O'Carroll A, Nurse D, MacFarlane A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. *International journal for equity in health*. 2016; (19/15): 1-16.
- 5) Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate*. 2018; 42(1): 361-78.
- 6) Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na estratégia saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2015; (24/1): 165-179.
- 7) Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003; (289/9):1035-1040.
- 8) Campos RTO, Ferrer AL, Gama AP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. 2014 ; 38(ESPECIAL): 252-64.
- 9) Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. 2014; *Saúde Debate*, Rio de Janeiro (38/n.especial):252-264.
- 10) Mendes EV. *O Acesso à Atenção Primária à Saúde*. Brasília, 2016.
- 11) Rocha AS, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários da saúde: revisão integrativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016; (26/1): 87-111.
- 12) Oliveira AEF, Araújo FLSM, Garcia PT, organização. *Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde*. São Luís: EDUFMA, 2018.
- 13) Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de pronto atendimento UPA 24 h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015; 24(1): 238-44.
- 14) Minayo, MCD. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

- 15)Gusso G, Neto PP. Gestão da clínica. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012. 159-166.
- 16)Ministério da saúde (Brasil). Portaria 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 22 de setembro de 2017, seção 1.
- 17)Faoro NT, Kami MT, Nakamura CY, Góes GAR, Franco CAG, Oliveira LM. Boletim de Informação e Monitoramento da Atenção Primária à Saúde da SMS Curitiba. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2015. [acesso em 15 de novembro de 2018].
- 18) Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas j, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; (2/27): 389-394.
- 19)Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? Rev Saude Publica, Florianópolis, 2017; 51:116: 1-9.
- 20)Ramos AL, Hoffmann F, Spreckelsen. Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany. BMC Health Services Research. 2018; 18(191):1-9.
- 21) Goddard MK. Quality in and equality of access to healthcare services – County report for England. England. European Commission; 2008 [acesso em 15 de novembro de 2018]. Disponível em: https://ehma.org/wp-content/uploads/2016/08/healthquest_england_en.pdf.
- 22) Salisbury C, Chalder M, Manku-Scott T, Nicholas R, Deave T, Noble S et al, et al. The National Evaluation of NHS Walk-in Centres: final report. [Internet]. Bristol: University of Bristol; 2002 https://research-information.bristol.ac.uk/files/9403884/WIC_Evaluation_Report_Final.pdf.
- 23)Ford JA, Jones AP, Wong G, Steel N. Weekend opening in primary care: analysis of the general practice patient survey. British Journal of General Practice. 2018: e792-e798.
- 24)Subramanian U, Ackermann RT, Brizendine EJ, Saha C, Rosenman MB, Wills DR, et al. Effect of advanced access scheduling on processes and intermediate outcomes of diabetes care and utilization. J Gen Intern Med. 2009; (24/3): 327-333.
- 25)Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais sobre o acesso à atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; (18/8): 2347-2357.

26) Carrapato JFL, Silva RVC, Rotondaro EC, Placideli N. Programa Mais Médicos: percepção dos usuários e dos profissionais do SUS. Em pauta, Rio de Janeiro, 2016; 14 (38): 280 - 93.

5. CONCLUSÃO

Para que a APS seja efetiva, é preciso que alguns preceitos básicos sejam respeitados. Como exemplos: os princípios essenciais, dimensionamento adequado de pacientes por equipe ESF e ampliação da carteira de serviços.

No SUS, a organização da porta de entrada do sistema respeita duas entradas diferentes, as UPA's e a APS. Os pacientes podem acessar como quiserem essas portas de entrada e não são, com frequência, informados do papel de cada uma. Assim, utilizam suas experiências pessoais para tomar a decisão.

Segundo as entrevistas, as UPA's não apresentam tantas dificuldades de acesso como a ESF. E atendem um grande número de pacientes que poderiam ser melhor atendidos na APS. A entrevista a esses pacientes foi o foco deste trabalho.

O sistema de saúde poderá ter melhores respostas quando houver uma APS organizada e que respeite de forma sistemática os princípios essenciais descritos por Starfield. Enquanto a APS não for verdadeiramente a porta de entrada, melhores desfechos em saúde ficarão num horizonte longínquo.

REFERÊNCIAS

- 1) Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- 2) Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública. 2012; (28/9): 1772-1784.
- 3) Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- 4) O'Donnell P, Tierney E, O'Carroll A, Nurse D, MacFarlane A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. International journal for equity in health. 2016; (197/15): 1-16.
- 5) Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. Saúde Debate. 2018; 42(1): 361-78
- 6) Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. 2014; Saúde Debate, Rio de Janeiro (38/n.especial):252-264.
- 7) Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA. 2003; (289/9):1035-1040.

- 8) Campos RTO, Ferrer AL, Gama AP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. 2014 ; 38(ESPECIAL): 252-64
- 9) Richardson WC, Berwick DM, Bisgard JC, Bristow LR, Buck CR, Cassel CK, et al. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington; Institute of medicine, Committee on quality of health care in america. [acesso em 15 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
- 10) Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na estratégia saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2015; (24/1): 165-179.
- 11) Ministério da saúde (Brasil). Portaria 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* 22 de setembro de 2017, seção 1.
- 12) Oliveira AEF, Araújo FLSM, Garcia PT, organização. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde. São Luís: EDUFMA, 2018.
- 13) Oliveira SN, Ramos BJ, Piazza M, Prado ML, Reibnitz KS, Souza AC. Unidade de pronto atendimento UPA 24 h: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2015; 24(1): 238-44

- 14) Mendes EV. O Acesso à Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2016.
- 15) Wollmann A, Da Ros C, Voth Lowen IM, Moreira LR, Kami MT, Gomes MAG, et al. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a agenda na atenção primária à saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2014. [acesso em 15 de novembro de 2018]. Disponível em:
http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado__2014-06-05.pdf
- 16) Rocha AS, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários da saúde: revisão integrativa. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2016; (26/1): 87-111.
- 17) Vidal, TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
- 18) Trad, LA, Bomfim LA. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009; (19/3): 777-796.
- 19) Minayo, MCD. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 20) Gusso G, Neto PP. Gestão da clínica. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012. 159-166.

- 21) Faoro NT, Kami MT, Nakamura CY, Góes GAR, Franco CAG, Oliveira LM. Boletim de Informação e Monitoramento da Atenção Primária à Saúde da SMS Curitiba. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2015. [acesso em 15 de novembro de 2018].
- 22) Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas j, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; (2/27): 389-394.
- 23) Bardin, L. Análise de Conteúdo. 70ª edição. Lisboa, Portugal: LDA; 2009.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento da Segunda etapa da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Bruno Marach Bizinelli, aluno de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná; Paulo Poli Neto, professor da Universidade Federal do Paraná estamos convidando você usuário do sistema único de saúde (SUS) a participar de um estudo intitulado: AVALIAÇÃO DO ACESSO DA APS EM CURITIBA: A VISÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Este estudo envolve o entendimento do acesso do paciente como atributo essencial da atenção primária à saúde e como índice de qualidade da atenção primária de uma determinada localidade.

- a) O objetivo desta pesquisa é conhecer a percepção dos pacientes e dos profissionais de saúde sobre o acesso fornecido na unidade de saúde.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista que ocorrerá na UPA em que você está sendo atendido.
- c) Você terá espaço para expressar sua opinião sobre as perguntas do pesquisador. O pesquisador não fará nenhum julgamento sobre sua opinião.

d)-Os benefícios esperados com essa pesquisa são: melhorar o cuidado ao paciente, avaliando o acesso à atenção primária à Saúde. Embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.

e) O pesquisador Bruno Marach Bizinelli, responsável por este estudo poderá ser localizado por e-mail: bruno.bizinelli@hotmail.com e pelo telefone celular por ligação ou por meio de mensagem eletrônica pelo número 99232-4663 (Bruno) ou telefone 999622561 (Paulo) , no horário das 08 horas até às 19 horas para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. O endereço físico do pesquisador Bruno M. Bizinelli é R. Cel. Victor Agner Kendrick, 80, Bairro Sítio Cercado. E o endereço do pesquisador Paulo Poli Neto é Rua General Carneiro, 181.

f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. E a participação ou não neste estudo não implicará em nenhuma alteração no seu atendimento. Assim, caso não queira participar, o seu atendimento ocorrerá da mesma forma.

g) O tempo estimado de duração da sua participação nesta pesquisa é de 15 minutos.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas. Orientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto e alunos de iniciação científica. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade. A sua entrevista será gravada em áudio, pelo pesquisador, mas você não será identificado e após a finalização da pesquisa o áudio será descartado.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: _____ [rubrica]
 Pesquisador Responsável – Paulo Poli Neto: _____ [rubrica]
 Colaborador – Bruno Marach Bizinelli: _____ [rubrica]

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB, nº 29/01530 na data de 12/09/2012. PA

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa: impressão de papéis e custos com o audiovisual não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

k) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da participação do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

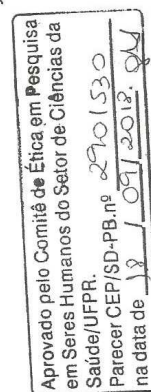
Eu, _____ entendi que esta pesquisa terá gravação de áudio para a possibilidade de realização de levantamentos de dados. O uso destas gravações será restrito a esta pesquisa e em nenhum momento terei minha identidade revelada.

[Curitiba, ____ de _____ de ____]

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Assinatura do Pesquisador Responsável – Paulo Poli Neto]

[Assinatura do Pesquisador Colaborador – Bruno Marach Bizinelli]



APÊNDICE B- PERGUNTAS NORTEADORAS/ DISPARADORAS PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Quais os motivos de ter procurado a UPA para seu atendimento hoje?
- 2) Você acha que poderia ter procurado a sua unidade de saúde para resolver este problema?

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação do acesso da Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a visão dos usuários e dos profissionais de saúde.

Pesquisador: Paulo Poli Neto

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 80185817.1.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.901.530

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DO ACESSO DA APS EM CURITIBA: A VISÃO DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE" do pesquisador responsável Paulo Poli Neto, com a colaboração de Bruno Marach Bizinelli. Emenda para modificação pedida pelo comitê de ética da Instituição Cooparticipante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar a percepção do acesso fornecido pelos profissionais de saúde e a percepção do acesso conseguido pelos usuários em um determinado modelo de atenção à Saúde.

ESPECÍFICOS

Conhecer a percepção do profissional de saúde sobre o acesso fornecido.

Conhecer a percepção do usuário sobre o acesso fornecido pelos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Entende-se que o maior benefício desta pesquisa será o conhecimento da percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o acesso e em que aspectos essa percepção se aproxima do que consta na literatura. Esse conhecimento poderá permitir, além da avaliação crítica, uma melhora da forma como o acesso é realizado, levando em conta percepções pessoais e estruturais do sistema de saúde.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.901.530

Os riscos são relacionados à coleta dos dados, principalmente em algum constrangimento pela pesquisa. Para garantir a proteção do participante na pesquisa, todo dado usado no estudo será identificado por códigos, sem ter o nome do participante. E a transcrição da entrevista será realizada apenas pelos pesquisadores e alunos selecionados de iniciação científica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia do estudo será baseada em uma metodologia qualitativa. Serão realizadas três etapas. A primeira etapa compreende a escolha da amostra. A amostra será composta por 3 critérios, que serão determinantes para a escolha de duas unidades de saúde. Só farão parte da seleção da amostra unidades que organizem a seu processo de trabalho no modelo ESF. O primeiro critério compreenderá o critério estrutural. Aqui será levado em conta o orientado pela política nacional de atenção básica de 2012 (PNAB), serão consideradas unidades que tenham, no máximo 4.000 habitantes por equipe de ESF, máximo considerado adequado pela PNAB. (9) O segundo critério, da primeira etapa, será baseado no boletim epidemiológico de monitoramento da APS de Curitiba. (6) Será considerado o gráfico "proporção de pessoas diferentes atendidas na APS, por tipo de unidade", em que serão considerados unidades que atendam pela menos 51 % de pessoas diferentes no período avaliado no boletim, ano de 2015. O terceiro critério partirá da avaliação do gráfico "distribuição do número de atendimentos de pessoas diferentes na APS, por tipo de unidade de saúde", considerando unidades que tenham um Índice máximo de 6,5 atendimentos por pessoa diferente. Será excluída a unidade que o pesquisador tenha vínculo profissional para que não haja contaminação da amostra. Essa primeira etapa visa parear a amostra, gerando uma amostra de duas unidades que tenham perfil parecido, diminuindo diferenças de acesso e estrutura que possam influir nos resultados. A segunda etapa compreenderá uma entrevista aberta com duas perguntas disparadoras que serão realizadas para pacientes. Os pacientes selecionados serão os que estarão aguardando atendimento na UPA (unidade de pronto atendimento) de abrangência de cada uma das unidades selecionadas na primeira etapa, e a estes será proposta a participação na nossa pesquisa. Serão selecionados no período em que a unidade estaria aberta e possibilitando acesso, pelo horário de atendimento. Os pacientes selecionados serão os que estejam aguardando na sala de espera, e não estejam em emergência médica, desde que aceitem participar do estudo. Serão excluídas as gestantes, pacientes abaixo de 18 anos e analfabetos.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.901.530

Optou-se pela escolha dos pacientes da UPA, excetuando-se as emergências, devido ao fato que estes pacientes poderiam ser atendidos na sua unidade de saúde de referência, no entanto buscaram um outro serviço, que não a atenção primária à Saúde. Dessa forma a entrevista aberta busca explorar justamente este motivo de preferência pela UPA em contraposto à APS.

O pesquisador irá até a UPA, pessoalmente, para aplicar o roteiro. As perguntas a serem realizadas serão as descritas no ANEXO 1. Será coletado o consentimento informado para o paciente antes de ser aplicado o roteiro. E será usado o mecanismo de saturação de dados para determinar a suspensão das entrevistas abertas e depois geradas categorias de análise para análise fenomenológica dos dados.

Pretende-se que o período de aplicação da entrevista semiestruturada, nesta segunda etapa, não exceda quinze minutos. Entendemos que é um tempo suficiente para conseguirmos informações para a pesquisa sem um impacto grande no dia do paciente.

O registro da entrevista será em material gravado em gravador de áudio. Após, será transcrito de forma literal as perguntas e as respostas. Com posterior análise de conteúdo destes discursos. Os pacientes não serão identificados nominalmente, serão identificados por codinomes. Os áudios não serão utilizados a posteriori desta pesquisa, sendo descartados.

Na terceira etapa, serão usadas as entrevistas realizadas na UPA como disparadoras de um grupo focal com os profissionais das unidades selecionadas na primeira etapa. Os grupos focais serão realizados em média com seis a doze participantes de acordo com os autores estudados (8). Essa seleção de participantes será realizada junto aos profissionais de saúde, priorizando que haja abrangência de pelo menos 3 categorias profissionais (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), após seleção os grupos serão realizados em data previamente combinada com a gestão e os participantes. Os participantes que se sentirem aptos a participarem da pesquisa preencherão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entregue e esclarecido pelos pesquisadores. Os grupos serão filmados e terão gravação de áudio para posterior análise. As imagens e áudios dos grupos serão visualizados pelos pesquisadores e por alunos de iniciação científica que farão as transcrições das entrevistas. O roteiro programado dos grupos focais será baseado nas entrevistas da segunda etapa, sem que sejam citados nomes de pacientes ou qualquer situação que remeta a sua identidade. Esse roteiro não será de conhecimento prévio dos participantes da pesquisa.

O pretendido será um tempo de duração que variará de 90 a 110 minutos para cada um dos dois grupos focais. A análise de dados, da segunda e da terceira etapa, levará em conta um dos

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.901.530

princípios de Bourdieu, a "ilusão da transparência", entendendo que o literal não revela em toda a essência o real comunicado. Assim é necessária uma abstração do discurso para poder entendê-lo em sua plenitude. E o grande obstáculo nesta fase será manter-se fidedigno a compreensão do material coletado, sem retirar conclusões próprias baseadas em valores dos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Entregou todos os termos.

Ref. Parecer 2.843.460 - Coparticipante indicou pendência e sistema não devolveu para o mesmo centro participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu a todas as pendências pedidas.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.901.530

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_120827_2_É2.pdf	18/09/2018 11:50:24		Aceito
Outros	Carta_de_emenda_CEP_16092018.docx	18/09/2018 11:49:25	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_NOVO.doc	18/09/2018 11:48:05	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_emenda_CEP08082018.docx	08/08/2018 21:26:45	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_comitee_de_etica_09072018.doc	19/07/2018 20:56:01	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_09072018.docx	19/07/2018 20:55:16	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes_09072018.docx	19/07/2018 20:54:23	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CRONOGRAMA.doc	02/05/2018 22:36:32	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Outros	CARTA_MUDANCAS.docx	20/04/2018 21:07:57	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2518806.pdf	29/03/2018 17:17:32	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3aETAPA.docx	29/03/2018 17:17:03	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_sgeundaetapa.docx	29/03/2018 17:16:11	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ETAPA3.docx	21/02/2018 20:56:58	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO_ETAPA2.docx	21/02/2018 20:56:38	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_RELATANDO_MUDANCAS_2.docx	21/02/2018 20:56:02	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_BRUNO_3.doc	21/01/2018 19:18:10	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_BRUNO_2.doc	28/12/2017 15:08:28	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.901.530

Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_AUSENCIA_DE_CUSTOS.pdf	20/11/2017 22:27:03	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	REQUERIMENTO_SMS.pdf	20/11/2017 22:26:26	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Bruno_ExtratoAta.pdf	14/11/2017 19:05:08	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BRUNO_BROCHURA.doc	13/11/2017 21:15:30	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CHECKLIST.pdf	13/11/2017 21:13:37	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_RESPONSABILIDADES_NO_PROJETO.pdf	13/11/2017 21:12:48	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_INICIO_DA_PESQUISA.pdf	13/11/2017 21:12:13	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_USO_ESPECIFICO_DO_MATERIAL.pdf	13/11/2017 21:11:25	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_TORNAR_PUBLICOS_OS_RESULTADOS.pdf	13/11/2017 21:10:45	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	13/11/2017 21:09:43	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CONCORDANCIA_DA_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE.pdf	13/11/2017 21:09:10	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ANALISE_DE_MERITO.pdf	13/11/2017 21:08:42	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OFICIO_DO_PESQUISADOR_ENCAMINHANDO_O_PROJETO_AO_CEP.pdf	13/11/2017 21:08:13	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_CONCORDANCIA_DOS_SERVICOS_ENVOLVIDOS.pdf	13/11/2017 20:58:57	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	13/11/2017 20:46:57	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.901.530

CURITIBA, 18 de Setembro de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do acesso da Atenção Primária à Saúde em Curitiba: a visão dos usuários e dos profissionais de saúde.

Pesquisador: Paulo Poli Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80185817.1.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.906.820

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa para dissertação de mestrado profissional em Medicina de Família e Comunidade da UFPR para análise de viabilidade de campo de pesquisa. Ao longo do século XX a concepção de saúde foi ampliada, passando a ser entendida como um espectro de melhora de determinantes sociais. A atenção primária à Saúde (APS) passou a ser uma ferramenta de assistência à saúde com grande impacto na qualidade da saúde. No entanto, para que a APS realmente ocorra foram descritos alguns atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) por Barbara Starfield. Este projeto visa avaliar um destes atributos: o acesso, tendo como base o referencial que ajudou a definir os itens do PCAtool, tanto do ponto de vista dos profissionais de saúde quanto dos pacientes. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada em 3 etapas-1ª etapa: compreende a escolha da amostra. A amostra será composta por 3 critérios, que serão determinantes para a escolha de duas unidades de saúde. Só farão parte da seleção da amostra unidades que organizem a seu processo de trabalho no modelo ESF. 1.O primeiro critério - consideradas UBS que tenham, no máximo 4.000 habitantes por equipe de ESF, máximo considerado adequado pela PNAB. – seleção a partir de listagem das UBS fornecidas pela SMS; 2.O segundo critério será baseado no boletim epidemiológico de monitoramento da APS de Curitiba. Será considerado o gráfico “proporção de pessoas diferentes atendidas na APS, por tipo de unidade”, em que serão considerados unidades que atendam pela menos 51 % de pessoas diferentes no período avaliado no boletim, ano de 2015; 3.O terceiro

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: esica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.906.820

critério partirá da avaliação do gráfico "distribuição do número de atendimentos de pessoas diferentes na APS, por tipo de unidade de saúde", considerando unidades que tenham um índice máximo de 6,5 atendimentos por pessoa diferente. Será excluída a unidade que o pesquisador tenha vínculo profissional para que não haja contaminação da amostra. Essa primeira etapa visa parear a amostra, gerando uma amostra de duas unidades que tenham perfil parecido, diminuindo diferenças de acesso e estrutura que possam influir nos resultados.

2ª etapa: compreenderá uma entrevista aberta com duas perguntas disparadoras que serão realizadas para pacientes. Os pacientes selecionados serão os que estarão aguardando atendimento na UPA correspondente as duas UBS's selecionadas.

3ª etapa: serão usadas as entrevistas realizadas na UPA como disparadoras de um grupo focal com os profissionais das unidades selecionadas na primeira etapa. Os grupos focais serão realizados em média com seis a doze participantes de acordo com os autores estudados (8).

Essa seleção de participantes será realizada junto aos profissionais de saúde, priorizando que haja abrangência de pelo menos 3 categorias profissionais (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), após seleção os grupos serão realizados em data previamente combinada com a gestão e os participantes.

Os grupos serão filmados e terão gravação de áudio para posterior análise. As imagens e áudios dos grupos serão visualizados pelos pesquisadores e por alunos de iniciação científica que farão as transcrições das entrevistas. O pretendido será um tempo de duração que variará de 90 a 110 minutos para cada um dos dois grupos focais.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a percepção do acesso fornecido pelos profissionais de saúde e a percepção do acesso conseguido pelos usuários em um determinado modelo de atenção à Saúde. Específicos: Conhecer a percepção do profissional de saúde sobre o acesso fornecido.

Conhecer a percepção do usuário sobre o acesso fornecido pelos profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são relacionados à coleta dos dados, principalmente em algum constrangimento pela pesquisa. A possibilidade de ocorrência destes riscos pode ocorrer durante toda a duração dos grupos focais e entrevistas abertas. Já que os riscos que podem acontecer ao participante são inerentes à sua participação nos grupos focais. Benefícios: A população e a sociedade serão

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.906.820

beneficiadas indiretamente com o resultado da pesquisa. A partir do momento que a pesquisa tem como seu objetivo a avaliação de um atributo essencial ao cuidado do paciente, o acesso, haverá possibilidade de melhorar as discussões sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e poderá auxiliar na análise do atributo Acesso na APS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Apresentar os resultados à Superintendência de Gestão e ao Departamento de Atenção Primária à Saúde da SMS Curitiba. Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades, de posse do Termo de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador realizou todas as recomendações solicitadas. Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_de_emenda_CEP_16092018.docx	18/09/2018 11:49:25	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_NOVO.doc	18/09/2018 11:48:05	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_comitee_de_etica_09072018.doc	19/07/2018 20:56:01	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_09072018.docx	19/07/2018 20:55:16	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 2.906.820

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes_09072018.docx	19/07/2018 20:54:23	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CRONOGRAMA.doc	02/05/2018 22:36:32	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Outros	CARTA_MUDANCAS.docx	20/04/2018 21:07:57	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2518806.pdf	29/03/2018 17:17:32	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_3aETAPA.docx	29/03/2018 17:17:03	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_sgeundaetapa.docx	29/03/2018 17:16:11	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ETAPA3.docx	21/02/2018 20:56:58	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_NOVO_ETAPA2.docx	21/02/2018 20:56:38	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURA_BRUNO_3.doc	21/01/2018 19:18:10	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_BRUNO_2.doc	28/12/2017 15:08:28	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BRUNO_BROCHURA.doc	13/11/2017 21:15:30	BRUNO MARACH BIZINELLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Atílio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**Fax:** (41)3360-4965**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.906.820

CURITIBA, 20 de Setembro de 2018

Assinado por:
antonio dercy silveira filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

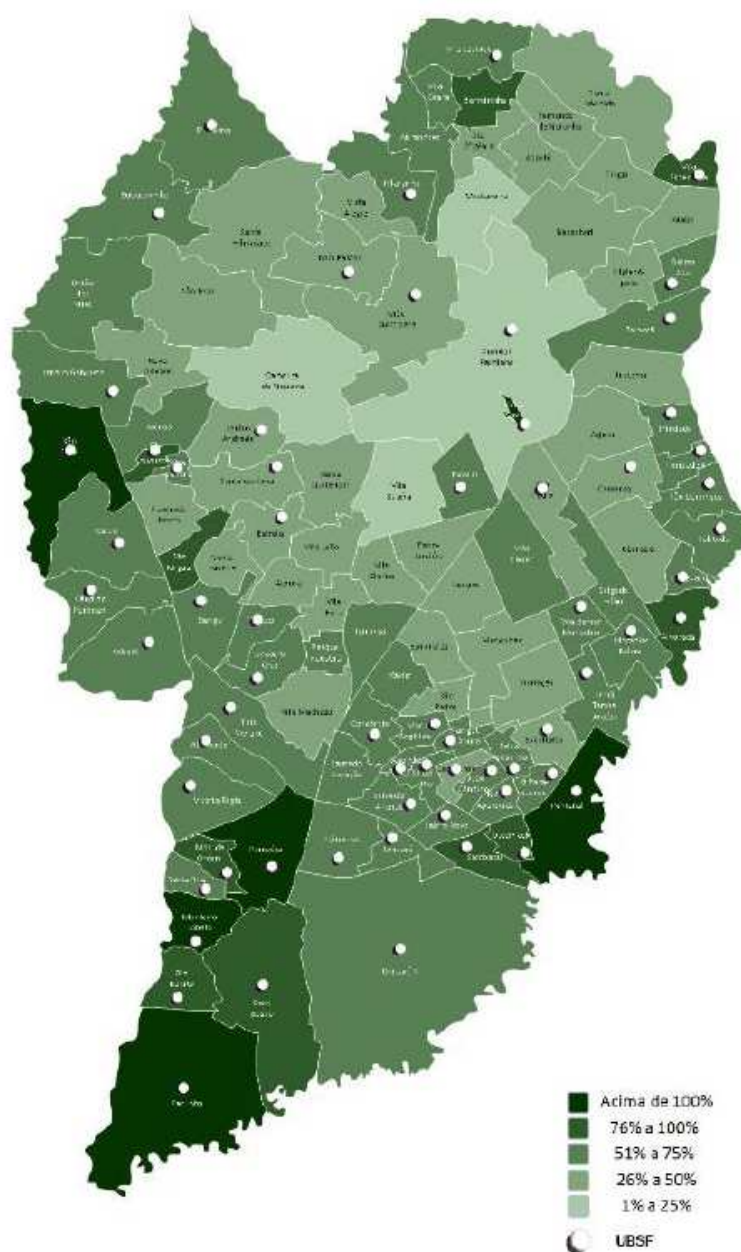
Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 2 – GRÁFICO DO BOLETIM DE INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SMS DE CURITIBA: PROPORÇÃO DE PESSOAS DIFERENTES ATENDIDAS NA APS, POR TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE

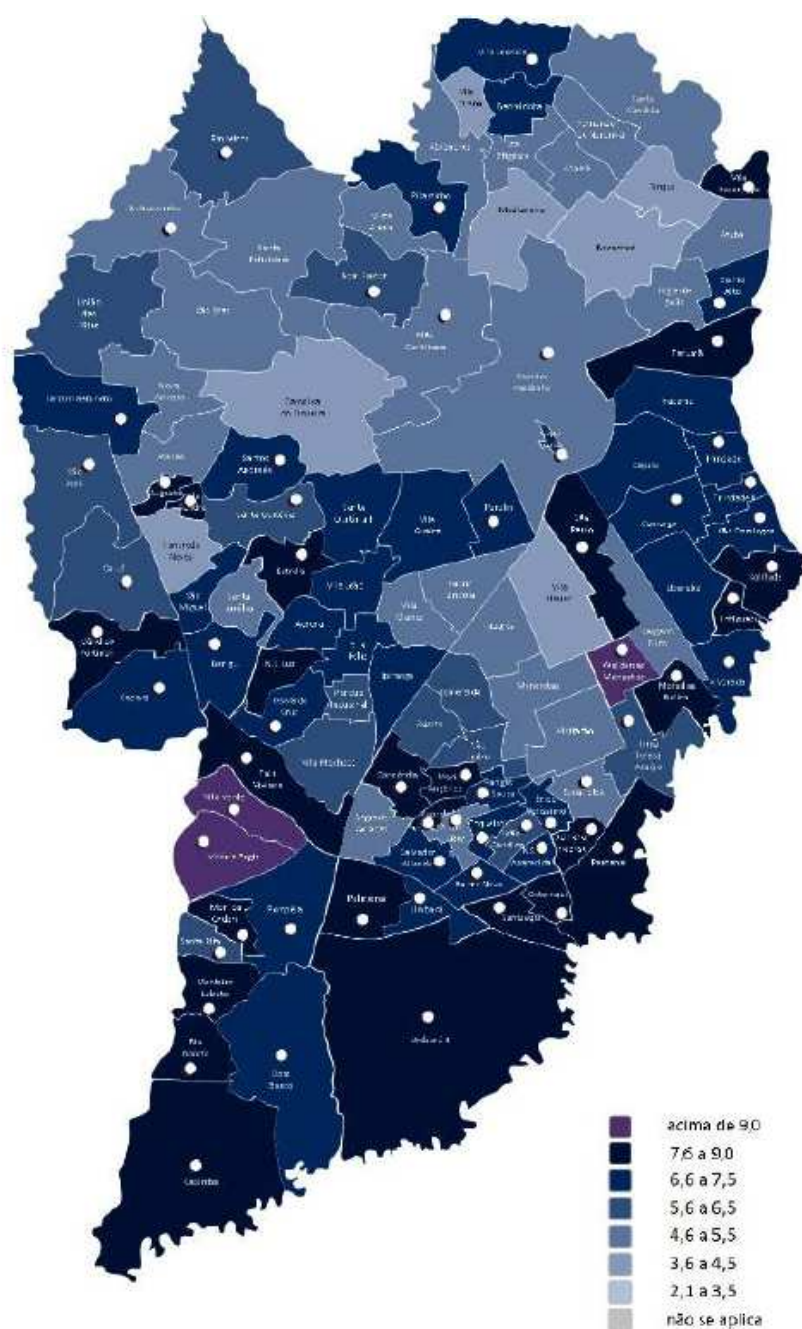


FONTE: Banco de dados _Pessoas diferentes atendidas por UBS, em 02/2016.

Elaborado por: Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo para a Qualidade.

Obs: Para o cálculo foi utilizada a razão entre número de pessoas diferentes atendidas na UBS/ pop IBGE da UBS.

ANEXO 3 – GRÁFICO DO BOLETIM DE INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA SMS DE CURITIBA: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE PESSOAS DIFERENTES NA APS, POR TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE.



FONTE: E-Saúde/ Banco de dados_pessoas diferentes atendidas por UBS, em 02/2016

Elaborada por: Coordenação de Informação, Avaliação e Incentivo para a Qualidade