

Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família¹

Simone Albino da Silva²
Tamara Cristina Baitelo³
Lislaine Aparecida Fraccolli⁴

Objetivo: avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na Estratégia de Saúde da Família, triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial. Método: Pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa e delineamento transversal. Dados coletados, empregando-se o *Primary Care Assessment Tool* para entrevistas com 527 usuários adultos, 34 profissionais de saúde, e 330 responsáveis por crianças de até dois anos, relacionados a 33 equipes de saúde da família, em onze municípios. Análise feita no *software Statistical Package for the Social Sciences*, com intervalo de confiança de 95% e erro de 0,1. Resultados: Os três grupos avaliaram o acesso de primeiro contato - acessibilidade com baixos escores. Os profissionais avaliaram com alto escore os demais atributos. Os usuários emitiram avaliações de baixo escore para os atributos: orientação comunitária; orientação familiar; integralidade - serviços prestados; integralidade - serviços disponíveis. Conclusões: A qualidade de atuação autorreferida pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família não é percebida ou valorizada pelos usuários e as ações e serviços podem estar sendo desenvolvidos de forma inadequada ou insuficiente para serem captados pela experiência dos mesmos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Avaliação dos atributos da atenção primária a saúde na estratégia de saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais", apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 473768/2011-9.

² PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

³ Enfermeira, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

Em todos os países do mundo há mudanças que requerem um redesenho dos cuidados em saúde para responder mais eficazmente às mais novas e complexas necessidades como a transição demográfica, a transição epidemiológica, a evolução da tecnologia e o aumento das expectativas sociais em relação à saúde e bem estar vital. Essas e muitas outras alterações requerem respostas sanitárias, sobretudo pedem uma APS organizada e forte⁽¹⁾.

No Brasil, a APS organiza-se de diversas maneiras, sendo que a partir de meados da década de 1990 foi executada predominantemente na forma da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa estratégia foi planejada incorporando o conhecimento gerado nas experiências internacionais de sistemas de saúde fundamentados na atenção primária e nas propostas definidas na Conferência de Alma Ata, tendo como princípios o acesso universal, o cuidado continuado, integral e coordenado, junto às comunidades e seu contexto social⁽²⁾. Seus objetivos principais foram estruturar e consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, reorientar a centralidade da prática assistencial para a família em seu ambiente físico e social e expandir a rede de serviços desse nível assistencial.

Com a implantação, expansão e fortalecimento da APS nas Américas e, particularmente, no Brasil, a produção de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde é imprescindível⁽²⁾. Há conceitos, instrumentos e medidas para avaliar a qualidade dos serviços⁽¹⁾.

Neste estudo, utilizou-se o conceito de atenção primária à saúde segundo Starfield⁽³⁾ que se fundamenta principalmente na dimensão tecnológica, elencando as qualidades próprias da APS, os chamados atributos essenciais e derivados. Segundo essa autora, são atributos essenciais da APS o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde que é a acessibilidade e a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde; a longitudinalidade, a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo; a integralidade, leque de serviços do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação, disponíveis e adequadas ao contexto da APS, incluindo

os encaminhamentos; a coordenação da atenção a qual pressupõe alguma forma de continuidade, seja pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global do paciente.

Outras três características, chamadas atributos derivados, também qualificam as ações dos serviços de APS⁽³⁾, a orientação familiar na avaliação das necessidades individuais deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e também de ameaça à saúde; a orientação comunitária, reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; a competência cultural, adaptação do provedor às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

O objetivo deste estudo foi avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a: acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar e orientação comunitária na Estratégia de Saúde da Família, triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa⁽⁴⁾, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal⁽⁵⁾ oriunda da tese de doutorado "Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais", aprovada pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP, parecer 30699 de 01/06/2012.

O cenário de pesquisa foi a microrregião de saúde de Alfenas, Minas Gerais. Os municípios dessa área foram submetidos ao critério de possuir cobertura populacional pela ESF superior a 50% e suas unidades da ESF deveriam ser localizadas na zona urbana; e estar em funcionamento ininterrupto há pelo menos cinco anos. Cumpriram essas exigências 11 municípios e 33 unidades da ESF. Aos profissionais de saúde, aplicaram-se os critérios de inclusão de trabalhar na unidade de ESF há mais de um ano, e ser médico ou enfermeiro, totalizando 44 profissionais.

O cálculo amostral dos usuários da ESF teve como referência a população total dos municípios selecionados, com estimativa do desvio padrão de 1,2, erro de 0,1, obtendo-se um total de 546 adultos e 549

adultos responsáveis por crianças de zero a dois anos⁽⁶⁾. Esse número foi dividido proporcionalmente entre as cidades e as unidades da ESF participantes.

Os critérios de inclusão para os usuários adultos foram ser maior de 18 anos, residir em área de abrangência e ser cadastrado há mais de um ano na ESF. O usuário criança foi representado por seu cuidador/responsável e foi submetido aos mesmos critérios. A criança deveria ser usuária cadastrada na unidade da ESF.

A coleta de dados ocorreu de junho a julho de 2012, e foi realizada por estudantes de graduação e de pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, capacitados para essa finalidade. A abordagem dos profissionais foi feita na unidade de saúde, durante o horário de trabalho, mediante agendamento prévio. A amostragem dos usuários feita de forma intencional, na qual os Agentes Comunitários de Saúde indicaram à equipe de pesquisa quais moradores de suas micro-áreas atendiam aos critérios de inclusão para adultos e crianças. As entrevistas dos usuários foram realizadas no domicílio, com um adulto por unidade habitacional, sem a presença de membros da equipe de saúde da família.

Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a legislação vigente. A entrevista se constituiu em duas partes: o questionário para caracterização social e o questionário Primary Care Assessment Tool – PCATool, que avalia os atributos da APS com base nos pressupostos de estrutura, processo e resultados.

O PCATool Profissional possui 77 questões; o PCATool Adulto, 88 e o PCATool Criança, 53 questões, distribuídas entre os atributos da APS. As respostas possíveis para cada item são: “com certeza sim” (valor=4); “provavelmente sim” (valor=3); “provavelmente não” (valor=2); “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas para cada pergunta.

Como resultado geral da avaliação pelo PCATool tem-se o Escore Essencial é feito pela média dos escores dos atributos de Acesso de Primeiro Contato – Utilização; Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração dos Cuidados; Coordenação – Sistemas de Informação; Integralidade – Serviços Prestados e Integralidade – Serviços Disponíveis. Para a obtenção do valor do Escore Geral incluem-se à esta média os escores dos atributos de Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

Os Escores Essencial e Geral caracterizam o grau de orientação do serviço ou do sistema de saúde aos atributos da atenção primária à saúde.

As respostas foram organizadas no software Microsoft Excel for Windows e analisadas no software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 14.0, com intervalo de confiança de 95%, e o valor de referência 6,66, como limite entre alto e baixo escore. Para a comparação por grupos, utilizou-se o modelo ANOVA com post hoc pelo método Tukey.

Resultados

As características demográficas, sociais e econômicas dos onze municípios participantes da pesquisa estão descritas na Tabela 1.

Os municípios da microrregião de Alfenas têm como características demográficas serem de pequeno porte, com importante contingente populacional residindo em zona rural, com equilíbrio entre o percentual de homens e mulheres na população, com predomínio de adultos (56,39%), seguido de crianças/adolescentes (30,46%) e de idosos (13,15%). Nos indicadores sócio econômicos destaca-se positivamente a taxa de desemprego baixa, porém os demais indicadores quando comparados aos dados oficiais do Estado de Minas Gerais e do Brasil⁽⁷⁾, mostram uma região com baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, baixa renda per capita, baixo percentual de indivíduos adultos alfabetizados e alto percentual de pessoas vivendo com menos de meio salário mínimo. Nesses 11 municípios a APS é organizada predominantemente pela ESF, sendo quatro municípios com cobertura populacional entre 50 e 75%, e sete municípios entre 75% e 100%. Nas cidades mais populosas, ainda existem algumas unidades básicas de saúde tradicionais fazendo parte da APS.

Na população descrita acima, buscou-se os sujeitos da pesquisa: profissionais, usuários adultos e usuários adultos responsáveis por crianças de 0 a 2 anos.

Responderam ao PCATool 34 profissionais de saúde, dos quais 19 eram enfermeiros e 15 eram médicos. A caracterização desse grupo mostrou que 76,5% têm tempo de formação superior a cinco anos; 64,7 %, têm entre 20 e 39 anos; 55,9% têm no serviço de APS o único vínculo empregatício, no qual perfazem carga horária semanal de 40 horas de trabalho; e que 55,9% possuem entre um e cinco anos de tempo de trabalho na unidade. Possuem especialização na área de APS 89,48% dos enfermeiros e 13,33%, dos médicos.

Tabela 1 - Características demográficas, sociais e econômicas dos municípios da região de saúde participantes da avaliação da ESF, Alfenas-MG, Brasil, 2012

Município	População	Urbana	Rural	Feminino	Masculino	< 1/2 Salário Mínimo	Alfabetização	Desemprego	IDHM*	Renda per Capita
		%	%	%	%	%	%	%		
1	73.774	93,77	6,23	51,09	48,91	21,35	87,74	6,87	0,761	R\$ 467,90
2	38.688	82,89	17,1	50,01	49,99	26,8	85,19	4,79	0,715	R\$ 475,00
3	27.600	69,41	30,6	49,05	50,96	34,77	83,09	2,44	0,682	R\$ 401,25
4	20.426	70,31	29,7	48,68	51,32	27,58	85,32	3,86	0,733	R\$ 442,50
5	20.245	82,39	17,6	49,73	50,27	24,84	86,58	3,7	0,715	R\$ 500,00
6	13.731	83,93	16,1	49,57	50,43	24,15	86,68	4,37	0,727	R\$ 456,66
7	13.717	72,92	27,1	49,1	50,89	38,11	83,82	3,83	0,668	R\$ 417,50
8	11.476	87,65	12,4	49,21	50,79	34,69	84,31	6,07	0,683	R\$ 383,66
9	9.820	63,13	36,9	49	51	28,66	84,5	3,89	0,691	R\$ 446,25
10	7.542	87,19	12,8	49,58	50,41	38,17	80,03	1,99	0,677	R\$ 366,66
11	5.763	80,84	19,2	48,26	51,74	30,96	79,66	2,83	0,67	R\$ 478,47
Total/média	242.782	79,49	20,51	49,39	50,61	30,01	84,27	4,06	0,702	R\$ 439,62

* IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Os usuários adultos e os responsáveis por crianças apresentaram uma variação numérica digna de nota. Embora a amostragem tenha sido feita de forma delimitada e intencional, muitos usuário não responderam sobre a unidade da ESF da qual faziam parte da área adscrita, e, sim, sobre outros serviços de saúde, aos quais se sentiam vinculados. Dentre os usuários adultos, 59 (10,07%) responderam sobre hospital/pronto atendimento/pronto socorro. Os responsáveis por crianças de até dois anos apontaram ambulatório especializado (25,26%), a UBS (9,39%) e o Pronto Socorro (9,04%) como fonte regular de cuidado em saúde da criança as equipes da ESF. A afiliação à outros serviços, por parte população adscrita à uma unidade da ESF é um dado importante, que necessita de outros estudos para se identificar onde estão as falhas que levam a esse comportamento.

Para compor os resultados deste estudo de avaliação, foram utilizados somente os questionários dos usuários que referenciaram a ESF como serviço de saúde preferencial, perfazendo um total 527 (89,93%) usuários adultos e 330 (56,31%) usuários adultos, responsáveis por crianças.

Os usuários adultos participantes tiveram como características serem do sexo feminino (86,15%); casados (59,96%); de cor branca (62,81%); com até três filhos (50,10%) e de idade média de 53,36, para as mulheres e de 58,23, para os homens.

Os usuários adultos, responsáveis por crianças de 0 a 2 anos, que avaliaram a ESF, foram em maioria do sexo feminino (98,79%); de cor branca (56,13%); mães (85,45%); na faixa etária de 20 a 39 anos (79,09%); casadas/amasiadas (76,92%) e têm entre 1 e 2 filhos (63,47%).

O resultado das comparações dos escores entre os três grupos de participantes da pesquisa está exposto na Tabela 2.

A comparação entre os três grupos de participantes mostrou que houve concordância na avaliação baixa para o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade e alta para a Longitudinalidade. Nota-se o predomínio dos valores mais elevados emitidos na avaliação do grupo dos profissionais para todos os atributos, com significância estatística em relação aos demais grupos, sendo esta diferença mais evidente nos atributos de Orientação Familiar, Orientação Comunitária e na Integralidade – Serviços Prestados.

Entre os dois grupos dos usuários houve concordância de avaliações de alto escore para Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Longitudinalidade e de avaliações de baixo escore para os Atributos de Orientação Familiar, de Orientação Comunitária, de Integralidade – Serviços Prestados, de Integralidade – Serviços Disponíveis, de Acesso Primeiro Contato – Acessibilidade, de Escore Essencial e Escore Geral.

Tabela 2 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com o tipo de participantes, na microrregião de Alfenas – MG, Brasil, 2012

Atributo da APS*	Grupo	N	Média	DP†	Valor p	Agrupamento
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	Adulto	527	8,59	1,97	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	330	7,99	2,45		B
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	Adulto	524	3,21	1,49	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	330	4,87	2,45		B
	Profissional	33	4,13	1,27		C
Longitudinalidade	Adulto	527	7,26	1,96	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	329	6,66	1,98		B
	Profissional	33	7,86	1,12		C
Coordenação – Integração de Cuidados	Adulto	259	6,10	2,67	0,014	A
	0 a 2 Anos	47	6,88	3,24		Ab
	Profissional	33	6,91	1,47		B
Coordenação – Sistemas de Informação	Adulto	510	6,41	2,16	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	316	6,98	1,95		B
	Profissional	33	8,95	1,33		C
Integralidade – Serviços Disponíveis	Adulto	460	5,22	1,56	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	288	5,18	1,88		A
	Profissional	32	6,80	1,24		B
Integralidade – Serviços Prestados	Adulto	508	4,92	2,50	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	321	6,50	3,42		B
	Profissional	33	8,01	1,25		C
Orientação Familiar	Adulto	511	5,69	2,93	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	323	5,10	2,97		B
	Profissional	33	8,82	1,40		C
Orientação Comunitária	Adulto	464	5,88	2,48	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	294	5,69	2,24		A
	Profissional	33	7,68	1,46		B
Escore Essencial	Adulto	527	5,96	1,09	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	330	6,44	1,18		B
	Profissional	33	7,12	0,74		C
Escore Geral	Adulto	527	5,92	1,20	< 0.001	A
	0 a 2 Anos	330	6,21	1,20		A
	Profissional	33	7,40	0,77		B

*APS: Atenção Primária à Saúde; †DP: Desvio Padrão

Fonte: Elaborado pelos autores. Notas: Médias seguidas de mesma letra na coluna são estatisticamente iguais a 5%.

Discussão

Nas cidades onde foi realizada a pesquisa, a ESF prevalece como forma de organização dos cuidados primários à saúde. Observando-se as condições sociais e econômicas da região, a decisão política de fortalecimento da APS, cumpre a necessidade da sustentabilidade financeira, e os princípios de universalidade de acesso e equidade.

A despeito disso, em alguns municípios, a implantação da ESF não foi efetivamente integrada à estrutura de atenção básica tradicional já existente. No período de coleta de dados, observou-se a concomitância de modelos de APS e suas disfuncionalidades. No município 1, a maioria das unidades da ESF não possuía sala de vacina, uma parte das equipes da ESF possuía

atendimento semanal de pediatra e, a outra parte, possuía em seu território UBSs tradicionais ligadas a uma faculdade de medicina, que proviam a população com atendimento diário. Nos municípios 4, 6 e 7 existia atendimento semanal de pediatria nas chamadas “policlinicas”, locais, nos quais também estavam localizadas as únicas salas de vacina do município, direcionando assim as oportunidades de abordagem da criança e da família para fora da unidade da ESF. No município 8, a única unidade básica com ESF encontrava-se sem profissional médico, sendo o pronto socorro a outra opção de atendimento no município, e a que foi indicada pela maioria dos participantes

Os autores acreditam que esses arranjos descritos, contribuem para o alto percentual de usuários residentes em áreas da ESF que indicaram outros

serviços, principalmente na atenção à saúde da criança. Em avaliações que utilizaram a mesma metodologia, o percentual de responsáveis a indicarem a ESF como principal fonte de cuidados por crianças de 0 a 2 anos foi superior a 75%⁽⁸⁻⁹⁾.

Sobre essa concorrência, faz-se a reflexão de que ainda que a superioridade da qualidade da atenção dada pela ESF em comparação à atenção básica tradicional seja comprovada⁽¹⁰⁾, essa coexistência de modelos existe, e torna os serviços por vezes complementares, por vezes concorrentes, seguramente dificultando a superação do modelo individualista e curativo e a consecução da integralidade. Diante desse contexto, indica-se a realização de outros estudos que apontem caminhos para a superação desses desafios.

Para a avaliação do PCATool, o primeiro atributo avaliado é o Acesso, que é subdividido em duas categorias: Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. A primeira mede o quanto o usuário prioriza utilizar uma determinada unidade de saúde de APS, e a segunda o quanto este serviço está disponível ao usuário, sua capacidade de atendimento de rotina, de demanda espontânea, de uma doença aguda ou de agudização de uma doença crônica⁽³⁾.

O Acesso de Primeiro Contato – Utilização alcançou altos escores para os dois grupos de usuários. Resultados análogos de pesquisas realizadas em diferentes regiões do país reforçam que a população entrevistada tem na ESF uma fonte regular de no cuidado à saúde, e a enxerga como uma porta de entrada para o sistema de saúde, seja por problemas crônicos, por ações preventivas ou por novas necessidades de saúde⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Os três grupos entrevistados conferiram baixos valores médios para o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, o que também ocorreu em outros estudos⁽¹⁰⁻¹²⁾. Destaca-se este resultado, pois não se trata apenas de insatisfação de usuários para com o atendimento, já que os profissionais também atribuíram uma avaliação baixa, ele significa que a introdução da saúde da família não implicou necessariamente uma melhoria de acesso, distanciando a ESF da reorientação do modelo de saúde preconizada nos discursos oficiais⁽¹²⁾. A análise dos itens que compõem esse atributo mostrou que na microrregião de Alfenas, a despeito da alta cobertura populacional, há várias barreiras para o acesso à assistência na ESF, sobretudo nas formas de comunicação e nos horários de funcionamento das mesmas. A estrutura e o processo

de trabalho existentes nas unidades da ESF favorecem apenas os atendimentos de rotina, durante a semana, para os quais a presença da pessoa é imprescindível para informação e agendamento.

Avaliações de alto escore dos três grupos entrevistados convergiram para o atributo Longitudinalidade, ressaltando-se que os valores emitidos pelos profissionais foram superiores aos dos usuários. Resultados positivos nas avaliações dos profissionais e dos usuários da ESF sobre esse atributo também foram obtidos em outros estudos⁽¹⁰⁾. Manifesta-se, então, que existe continuidade na relação entre o usuário e o serviço de saúde, com construção de vínculo e de responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida do usuário⁽¹³⁾. Apesar do resultado positivo, o estudo dos componentes desse atributo indicou que há pouco conhecimento dos profissionais sobre o histórico de saúde e as condições de vida dos usuários da ESF e suas famílias.

O atributo Coordenação foi dividido em duas dimensões, Integração de Cuidados e Sistemas de Informação. A Coordenação – Integração de Cuidados foi avaliada por todos os profissionais, mas somente pelos usuários que afirmaram ter recebido encaminhamento para serviços especializados. Os responsáveis por crianças de zero a dois anos e os profissionais avaliaram-na com alto escore, indicando que para esses grupos a coordenação do cuidado está adequada. A avaliação do adulto foi classificada como baixo escore, embora seja estatisticamente igual à de outro grupo de usuários. Os itens que questionaram sobre a contrarreferência obtiveram as piores avaliações nos três grupos. Do ponto de vista do profissional que encaminha, falta uma retroalimentação que favoreça a continuidade do cuidado, e, do ponto de vista dos usuários, falta o interesse do profissional da atenção primária sobre os resultados e a qualidade da assistência prestada nos demais níveis assistenciais.

A coordenação requer tanto um meio de transferência de informações, o componente estrutural, quanto o reconhecimento dessas informações, o componente processual⁽³⁾. Sobre o componente estrutural, no locus de estudo, a oferta de serviços especializados foi planejada e executada sob o modelo da regionalização, contudo a comunicação entre os serviços não seguiu a mesma lógica, não existindo um sistema de prontuário eletrônico que congregue e compartilhe as informações entre os municípios.

A dimensão Coordenação – Sistema de Informação, que versou principalmente sobre a existência e disponibilidade do prontuário apresentou avaliações de alto escore para os profissionais e responsáveis por crianças de 0 a 2 anos. A avaliação revelou que, embora o profissional disponibilize o prontuário, os usuários informam com mais frequência que não têm a possibilidade de consulta-lo, em concordância com resultado conhecido em outro trabalho⁽¹⁴⁾. Infere-se que a compreensão sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde dessa microrregião necessita de desenvolvimento a partir da educação em saúde, criando condições para a autonomia do sujeito.

O atributo Integralidade também foi abordado em dois segmentos, a saber, Serviços Disponíveis e Serviços Prestados. No primeiro segmento, houve concordância entre os dois grupos de usuários com avaliação de baixo escore. Os três grupos de participantes atribuíram avaliações insuficientes para as ações de pequena cirurgia; sutura de ortopedia; de aconselhamento/tratamento para o uso de drogas lícitas e ilícitas, de álcool e de tabagismo; de aconselhamento/tratamento em saúde mental, bem como ocorreu em outros estudos^(9,14-17). Os profissionais da APS carregam a responsabilidade de lidar com uma clientela portadora de uma diversidade de sofrimentos, tendo atualmente, no SUS uma estrutura insuficiente para ofertar respostas às situações que permeiam o processo saúde-doença⁽¹⁶⁾.

Em Integralidade – Serviços Prestados, repetiu-se a avaliação de baixo escore emitido pelos usuários e de alto escore pelos profissionais. Aqui, ficou evidente que nas unidades participantes do estudo não é contemplado o aconselhamento sobre prevenção de quedas, de acidentes domésticos, de armas de fogo, de substâncias intoxicantes e de prevenção de queimaduras.

O entendimento da integralidade deve se dar por diversos ângulos, não excludentes entre si, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais⁽¹⁵⁾. Na região do estudo, as ações educativas e de aconselhamento, visando à prevenção de doença e à promoção da saúde ainda são incipientes, revelando a manutenção do modelo assistencial centrado em práticas curativas⁽¹⁶⁾.

Nos atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, os escores médios dos usuários foram abaixo do valor de referência e dos profissionais, foram acima. A avaliação de gestores e dos profissionais em relação aos serviços é sempre maior e melhor que a do usuário e, especificamente, o enfoque familiar e a

orientação comunitária atingem altas avaliações pelos profissionais e as maiores divergências com a opinião do usuário^(10-12,18). Os resultados do atributo Orientação Comunitária apontam que a participação e o controle social não estão incorporados nas ações da ESF na região estudada.

A diferença de valores dos atributos conferidos pelos usuários e pelos profissionais expõe que esse alto desempenho dos escores médios emitidos pelos profissionais, especificamente em relação ao enfoque familiar e à orientação comunitária, sugere a capacidade de construir um sentimento de pertencimento a um ideário de cuidado à saúde, configurando-se em espécie de ethos para os profissionais. Dificilmente, esses atributos receberiam baixos escores pelos próprios gestores e profissionais, já que estes são encarregados de implantá-los nos serviços⁽¹⁰⁾.

Sobre o atributo Orientação Familiar, cabe uma crítica ao instrumento PCATool, que fez essa a avaliação de forma reducionista, orientada para a doença e para práticas curativas, de forma que sua abordagem não contempla as características fundamentais que dão identidade à ESF. É importante salientar a importância de estratégias de educação permanente que levem os profissionais a identificar a importância da sensibilização e da aprendizagem sobre a abordagem familiar e sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de seu trabalho, dadas às avaliações desse atributo e a importância do mesmo na ESF.

Conclusão

A avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos três grupos estudados identificou limites e possibilidades do trabalho da ESF na região de saúde de Alfenas - MG. A qualidade de atuação na APS autorreferida pelos profissionais não é percebida ou valorizada pelos usuários, o que leva os autores a inferirem que as ações e serviços podem estar sendo desenvolvidos de forma inadequada ou insuficiente para serem captadas pela experiência do usuário.

O alto percentual de usuários da ESF que referiram ter outros locais na rede assistencial como referência para o cuidado, principalmente no cuidado da criança, parece ser devido a não integração dos dois modelos da APS existentes. Sobre os atributos Orientação Comunitária e Orientação Familiar ficou patente o confronto de perspectivas entre profissionais e usuários, no qual o conhecimento e o reconhecimento que o profissional possui sobre o tema não se traduzem em

práticas percebidas na experiência do usuário, que não se sente reconhecido como parte de uma família e como membro de uma comunidade que necessita se expressar, participar e avaliar.

As barreiras para o Acesso foram congruentemente identificadas pelos três grupos que avaliaram a ESF a despeito da alta cobertura dos serviços da ESF na microrregião de Alfenas, a mesma não se constitui numa porta de entrada abrangente para o SUS. A Longitudinalidade encontra-se num bom patamar de desenvolvimento, na opinião dos três grupos pesquisados, se constituindo em um dos pontos fortalecidos na APS da região estudada. Na Coordenação, ficou claro que a ESF é reconhecida como filtro para os níveis Assistenciais de maior complexidade e como base de um sistema regionalizado de saúde, e indicou-se a necessidade de desenvolvimento de mecanismos que assegurem a contrarreferência, pois se o usuário que acessa a ESF e o profissional que nela está não consegue dar continuidade ao projeto terapêutico nos demais níveis assistenciais, a resolubilidade fica comprometida e desacreditada, rompendo-se o vínculo entre cuidador - cuidado.

Sobre a Integralidade, na perspectiva dos três grupos, as práticas em saúde na ESF da região de Alfenas não contemplam um amplo espectro da atuação da APS, tampouco se constituem em um ponto de convergência favorável para a intersectorialidade das políticas públicas que interferem sobre agravos e determinantes sociais, que não sejam propriamente doenças. As ações de prevenção e de promoção ficaram subjugadas às práticas tradicionais de tratamento e de reabilitação, não se efetivando a integralidade e a clínica ampliada.

Obviamente, não é possível que a APS responda a todas as demandas de saúde da população de uma região característica de um país em desenvolvimento, mas o caráter técnico da APS necessita constantemente de aperfeiçoamento.

Como limitações deste estudo destacamos: a delimitação regional do mesmo, o que impossibilita generalizações a respeito dos resultados, mas ainda assim contribui para a caracterização e a avaliação da ESF no Brasil; a composição predominante de mulheres de maior idade na amostra, ocorrida principalmente devido ao período de coleta de dados, que coincidiu com a safra cafeeira no Sul de Minas Gerais; e o pequeno número de profissionais que preencheram os critérios de inclusão, o que comprometeu o resultado dos testes estatísticos em busca de associações entre as variáveis deste grupo e os escores médios dos atributos da APS.

Referências

1. Gérvas J. Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente). *Rev Bras Med Fam Comum*. [Internet]. 2013 Nov 8 [acesso 15 dez 2014];8(29):223-4. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/834>
2. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Goncalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde : PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comum*. 2013;8(29):274-84.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
4. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-9.
5. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5o ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Cochran W. Sampling Techniques. 3o Edição. New York: John Wiley & Sons; 1977.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro. 2013 [acesso 10 jun 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>
8. Ribeiro L da CC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 Dec [acesso 19 set 2013];26(12):2316-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
9. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011 Sep;11(3):323-34.
10. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Á Junior, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2006 [acesso 19 set 2013];11(3):633-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30979.pdf>
11. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC de, Ribeiro MCS de A, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2006 [acesso 20 set 2013];11(3):683-703. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30979.pdf>

scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

12. Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TB de S, Lima ÂMD de, Massote AW, Oliveira C di L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2008 [acesso 20 set 2013];24(Suppl 1):148-58. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/19.pdf>

13. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 24 out 2011. [acesso 23 dez 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

14. Viana LMM. Avaliação da atenção primária à saúde de teresina na perspectiva das usuárias. Universidade Federal do Piauí; 2012. p. 127.

15. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Soc* [Internet]. 2011 Dec [acesso 19 set 2013];20(4):948-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

16. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho S da S, Queluz MC, Campos LV de O, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2011 [acesso 19 set 2013];32(1):48-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

17. Oliveira VBCA. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo - Paraná. *rededepesquisaaps.org.br*. Universidade de São Paulo; 2012. p. 124.

18. Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. [Internet]. 2007 [acesso 12 dez 2013];22(3):167-77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400576>

Recebido: 31.8.2014

Aceito: 11.4.2015