

# Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo

## Integrality and Primary Health Care: assessment in the perspective of health services users in the city of São Paulo

### **Arnaldo Sala**

Médico Sanitarista. Doutor em Medicina Preventiva. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Endereço: Av. Vital Brasil, 1490, Butantã, CEP 05503-000, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: [asala@saude.sp.gov.br](mailto:asala@saude.sp.gov.br)

### **Carla Gianna Luppi**

Médica Sanitarista. Doutora em Medicina Preventiva. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Centro de Saúde Escola Barra Funda.

Endereço: Av. Abraão Ribeiro, 283, Barra Funda, CEP 01133-020, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: [cgluppi@yahoo.com.br](mailto:cgluppi@yahoo.com.br)

### **Oziris Simões**

Médico Sanitarista. Doutor em Ciências da Saúde. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Medicina Social.

Endereço: Rua Dr. Cesário Motta Junior, 61, Santa Cecília, Caixa-Postal: 7762, CEP 01221-020, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: [oziris.simoese@fcmcsesp.edu.br](mailto:oziris.simoese@fcmcsesp.edu.br)

### **Regina Giffoni Marsiglia**

Cientista Social. Doutora em Ciências Política. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Endereço: Rua Monte Alegre, 984, Perdizes, CEP 01221-020, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: [regina.marsiglia@fcmcsesp.edu.br](mailto:regina.marsiglia@fcmcsesp.edu.br)

## **Resumo**

Na cidade de São Paulo, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) atuam nos modelos do Programa de Saúde da Família (PSF) e da Programação em Saúde. Ambos envolvem a questão da integralidade. O objetivo deste trabalho é avaliar processos de integralidade em unidades de APS localizadas no Município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços. As categorias de avaliação consideradas foram acessibilidade, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, e orientação comunitária. Foram comparados os dois modelos de organização dos serviços na APS presentes no Município. O Questionário adaptado do Primary Care Assessment Tool (PCATool) foi aplicado a uma amostra de usuários dos dois modelos de APS. Os resultados principais apontaram para o bom desempenho nas categorias de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação. Enfoque familiar, orientação comunitária e acessibilidade receberam as piores avaliações. Diferenças significantes entre os dois modelos envolvem melhor registro em prontuário, melhores atividades orientadas à comunidade, menor referenciamento ao especialista e horário de atendimento mais adequado no modelo do PSF. Questões mais imediatamente relacionadas à prestação direta de serviços foram mais bem avaliadas, enquanto as relacionadas com a organização e a cultura dos serviços receberam piores pontuações. **Palavras-chave:** Integralidade; Atenção primária à saúde; Avaliação; Usuários de serviços de saúde.

## Abstract

In the city of São Paulo, the Primary Health Care (PHC) outpatient clinics function based on the models of the Family Health Program (FHP) and Health Program. Both models involve integrality issues. The aim of this study is to assess the integrality achievement in PHC outpatient clinics located in the city of São Paulo, based on users' opinion. The categories were: access to first contact, continuity, coordination, services catalogue, community orientation and family orientation. The two models of services organization at the PHC outpatient clinics in the city were compared using the Portuguese translated version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The Adapted PCATool was administered to a sample of users of the two PHC models. The main results indicated good performance in the categories of first contact, services catalogue and coordination. Family orientation, community orientation and accessibility received the worst evaluation. Significant differences between the two models involve better medical records, better community-oriented activities, lower number of referrals to specialized care and more adequate working hours in the FHP model. The integrality issues that were best evaluated were those closely related to individual health care, while the issues concerned with services' organization and culture received the worst scores.

**Keywords:** Integrality; Primary Health Care; Evaluation; Health Service Users.

## Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolveu-se basicamente por meio de dois grandes modelos de organização de suas ações: o modelo da Programação em Saúde, nos anos 1970, e o modelo do Programa de Saúde da Família, nos anos 1990.

O modelo da Programação em Saúde teve origem na atuação da Saúde Pública, no século XX, no momento em que se trabalhava na perspectiva da integração dos serviços de saúde pública com os serviços de assistência médica.

Nos anos 1970, em São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e as Secretarias Municipais de Saúde foram incentivadas a reorganizar seus serviços sob a forma de Programas de Saúde: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental, saúde bucal e programas especiais para atendimento à tuberculose e à hanseníase (Nemes, 1990). Nessa perspectiva, incentivou-se a constituição da ação da Saúde Pública em uma base territorial, o acompanhamento das pessoas ali residentes, o desenvolvimento de ações de promoção (educação em saúde, por exemplo) e a prevenção à saúde (programas de imunização, por exemplo), reduzindo a atenção à demanda espontânea.

Desse modo, os Programas de Saúde foram implantados nos centros de saúde da rede estadual a partir da reforma da SES-SP em 1972, na gestão do Dr. Walter Leser, tendo sido criada entre outras, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade. Na cidade de São Paulo, a implantação dos Programas de Saúde ocorreu em 1974, com a reforma da Secretaria de Higiene e Saúde, sob direção do Dr. Cornélio Pedroso Rosenburg, por meio da atenção programática nos postos de saúde do Município. Portanto, essa experiência da APS no modelo de Programação em Saúde, que ficou conhecida como o "modelo tradicional", foi implantada há mais de três décadas. Esse modelo acabou bastante disseminado em vários municípios do Estado de São Paulo, assim como na cidade de São Paulo, mantendo-se até o momento atual, como uma das formas de organização dos serviços de APS (Yunes e Bromberg, 2006).

A organização dos serviços de APS nos moldes do Programa Saúde da Família (PSF) é mais recente, tendo sido proposto pelo Ministério da Saúde em

1996. É uma estratégia de universalização da APS e reorientação do Sistema de Saúde no Brasil para ações de promoção, prevenção da saúde e assistência à saúde, de maneira integrada, em um território definido.

No Município de São Paulo, o PSF começou a ser implantado em 1995, por meio de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (Qualis); em 2001, somava 226 equipes de saúde da família. A partir desse ano, com a municipalização da gestão da saúde no Município de São Paulo, o Programa de Saúde da Família foi expandido para as diversas regiões do Município (Goldbaum e col., 2005).

Um dos traços fundamentais da APS, em qualquer de seus modelos de organização das ações, é a perspectiva da integralidade (Paim, 2004).

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como “atendimento integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade é considerada como um dos atributos próprios da APS, tal como propõe Starfield (2002).

Uma das acepções de integralidade (Mattos, 2004) pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Concorrem aí os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde.

Outro ângulo de aproximação com a integralidade considera a rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências em que a integração entre as ações se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (Mattos, 2004). Intervém agora a atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma “integralidade vertical”, entre os diferentes

níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde.

No âmbito da prática profissional, Pinheiro e Mattos (2001) apontam a integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Na organização dos serviços e das práticas de saúde a integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação (curativas) da saúde. A integralidade pressupõe uma organização do trabalho nos serviços de saúde que considere a relação assimétrica entre profissional e usuário do serviço, com necessidades não redutíveis ao conhecimento técnico do profissional (Costa, 2004).

Para avaliar as práticas de integralidade na APS, o referencial proposto por Starfield (2002) permite uma operacionalização, na medida em que identifica categorias que compõem e caracterizam a APS. No plano do cuidado em saúde, aparecem acesso, acolhimento, vínculo e enfoque familiar. No plano da “integralidade vertical”, fluxo e coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária.

O objetivo do presente trabalho é avaliar os processos de integralidade na APS em um conjunto de unidades localizadas em uma região do Município de São Paulo, sob o ponto de vista dos usuários dos serviços, a partir de critérios de porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, e orientação comunitária. Procedeu-se, complementarmente, a comparação entre os dois modelos de organização dos serviços na APS presentes no Município.

## Metodologia

Este trabalho é parte integrante de um projeto de pesquisa mais abrangente acerca da integralidade na Atenção Primária à Saúde e avaliação da organização do processo de trabalho, concluído em 2008 (“Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo” - Edital n.º. 49/2005 - MCT-CNPq/MS-DAB/SAS - Processo n.º. 40241/2005-1).

Trata-se de estudo transversal que envolveu a realização de entrevistas com usuários de unidades de APS selecionadas, localizadas nas regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo, realizadas no segundo semestre de 2007.

### **Estrutura do questionário**

O questionário dirigido aos usuários é uma adaptação derivada dos instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT) elaborado na Universidade de John Hopkins, aplicado inicialmente no Brasil por Almeida e colaboradores (2004), e utilizado posteriormente em estudo realizado no Estado de São Paulo (Ibañez e col., 2006).

O questionário dirigido aos usuários, ou seus acompanhantes, busca avaliar a efetividade da integralidade dos serviços, a partir de oito dimensões, descritas abaixo:

1. Acessibilidade: horários e dias de atendimento, facilidade de se consultar e obter medicamentos e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos do acesso.
2. Porta de entrada: uso de serviços preventivos, de consulta médica e atendimento de emergência.
3. Vínculo: qualidade das relações entre profissionais de saúde e população.
4. Elenco de serviços: tipos de serviços de atenção primária oferecidos pela unidade de saúde.
5. Coordenação: articulação de ações que garantam a qualidade na continuidade do atendimento pelos profissionais dos serviços e para consultas referenciadas a especialistas.
6. Enfoque familiar: consideração da família e do ambiente familiar nas consultas do serviço.
7. Orientação para a comunidade: quanto o serviço considera o contexto social das necessidades de saúde da população no planejamento de suas ações.
8. Profissionais de saúde: qualificação dos profissionais de saúde do serviço.

O questionário contém 116 perguntas, das quais 85 são diretamente relacionadas às oito dimensões descritas, formuladas com respostas estabelecidas em escala ordinal, à qual se atribui um valor de 1 a 6 (nunca = 1; quase nunca = 2; algumas vezes = 3; muitas vezes = 4; quase sempre = 5; sempre = 6).

### **Amostragem**

Foram selecionadas inicialmente 10 unidades de saúde nas regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo de modo a atender a dois critérios: unidades operando sob diferentes modelos de organização (PSF, modelo da Programação em Saúde e modelo misto); unidades localizadas em áreas com características socioeconômicas distintas.

A amostra de usuários foi estimada em 90 usuários vinculados ao PSF e 90 usuários sem vínculo com equipe de PSF. Foi realizada amostra sistemática envolvendo as dez unidades pré-selecionadas, a partir de listagem de indivíduos que compareceram à unidade para qualquer tipo de atendimento.

### **Análise estatística**

Os dados obtidos a partir dos questionários de usuários/acompanhantes foram consolidados com a finalidade de obter as proporções de respostas positivas (sempre); intermediárias (quase sempre, muitas vezes e algumas vezes, quase nunca) e negativas (nunca), estabelecendo comparações entre as modalidades de organização das ações em saúde: usuários vinculados a uma equipe de PSF (modelo do PSF); usuários sem vínculo com o PSF (modelo da Programação).

Foram utilizados para essas consolidações o *software Epi-Info*, versão *Windows 3.4.3*, e o *Stata/IC-9*. Para verificar a significância estatística nas comparações entre proporções foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson, com tolerância de erro ao aceitar as diferenças significantes de até 5%.

A descrição dos resultados foi sistematizada segundo as categorias de análise: acessibilidade, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, enfoque comunitário e profissionais de saúde.

### **Aspectos éticos**

Os entrevistados foram previamente informados acerca dos objetivos e dos métodos da pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

## Resultados

Foram entrevistados 184 usuários das dez unidades básicas de saúde incluídas no estudo. Desses usuários, 92 eram atendidos pela modalidade PSF, e 92 pelo modelo da Programação em Saúde.

## Características sociodemográficas

As características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1. Dos 184 usuários 28,6% eram homens. A média de anos de estudo encontrada foi de 6,4 (0-16). A média de idade foi de 29,5 anos (0,5-85). Não ocorreram diferenças segundo os modelos de assistência e características sociodemográficas.

**Tabela 1 - Número e Proporção (%) de usuários entrevistados segundo características sociodemográficas e modelo de organização das ações, São Paulo, 2007**

Características	Programação		PSF		TOTAL		p*
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	23	25,0	29	68,5	132	71,7	
Feminino	69	75,0	63	31,5	52	28,3	0,326
Faixa etária							
0 a 14 anos	29	31,5	38	41,3	67	36,4	
15 a 29 anos	12	13,0	14	15,2	26	14,1	
30 a 59 anos	42	45,7	31	33,7	73	39,7	
60 anos ou +	9	9,8	9	9,8	18	9,8	0,389
Cor da pele							
Branca	39	42,4	35	38,1	74	40,2	
Preta	14	15,2	15	16,3	29	15,7	
Parda	37	20,2	39	42,4	76	41,3	
Amarela	2	2,2	1	1,1	3	1,6	
Indígena	0	0	1	1,1	1	0,5	0,803

\* Valor de p para o teste de qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Questionários aplicados aos usuários.

## Saúde do usuário

Quando questionado sobre sua saúde nos últimos 30 dias, mais da metade dos entrevistados relataram saúde muito boa ou boa. Apenas 12% relataram um estado de saúde ruim nos últimos 30 dias. Dos usuários, 25% relataram que deixaram de fazer alguma atividade em decorrência de algum problema de saúde. Dos problemas de saúde relatados com maior frequência aparecem: problemas de coluna (40%), hipertensão arterial (34%), depressão (19%), diabetes (15%), artrite (12%) e obesidade (10%). Não ocorreram diferenças segundo modelo de assistência e estado de saúde dos usuários.

## Acessibilidade

Nas questões relativas à acessibilidade (Tabela 2), destaca-se que 46% dos usuários consideraram sempre fácil conseguir uma consulta na unidade, não havendo diferença significativa entre as duas modalidades de organização dos serviços. A maioria dos entrevistados (62%) relatou muita dificuldade em conseguir uma consulta não urgente em 24 horas; somente 19% relataram que sempre conseguem, sem diferenças entre os dois modelos.

Em relação ao agendamento, 72% relataram que sempre conseguem agendar consulta por telefone. Em relação ao tempo de espera para a consulta, 68%

**Tabela 2 - Número e Proporção (%) de usuários que responderam positivamente (sempre) às perguntas do questionário nas categorias de acessibilidade, porta de entrada e vínculo, segundo o modelo de organização das ações, São Paulo, 2007**

Dimensão de integralidade	Questão	Programação		PSF		Total		p*
		N	%	N	%	N	%	
Acessibilidade	É fácil conseguir consulta na unidade?	42	45,6	43	50,6	85	46,4	0,918
	Consegue consulta em 24 horas?	15	16,8	20	22,5	35	19,1	0,542
	Posto fica aberto nos finais de semana?	4	5,3	1	1,3	1	1,3	0,091
	O posto é aberto após as 18 h?	16	23,4	30	45,4	46	34,3	0,028
	Marca consulta por telefone?	60	53,1	53	67,9	113	71,5	0,587
	Espera mais de 30 minutos antes do atendimento?	66	71,7	59	64,7	125	68,2	0,599
	Tinha remédio que precisava?	44	50,6	48	53,3	92	52,0	0,677
	Deixa de trabalhar quando vem consultar?	41	44,6	32	35,2	73	39,8	0,363
Porta de entrada	O serviço tem os equipamentos necessários?	79	88,8	77	86,5	156	87,5	0,889
	Usa o serviço para controle de saúde preventivo?	81	89,1	82	90,1	163	89,6	0,964
	Vem à unidade qdo. tem problemas de saúde?	56	60,9	51	56,0	107	58,8	0,108
Vínculo	Precisa realizar consulta antes de um especialista?	78	88,6	75	85,2	153	86,9	0,745
	É atendido sempre pelo mesmo profissional?	66	72,4	60	65,8	126	69,1	0,220
	Consegue resolver dúvidas sobre o tratamento?	65	73,0	67	76,1	132	74,7	1,000
	Tem tempo suficiente para falar e tirar dúvidas?	61	67,0	71	78,0	132	72,5	0,120
	O profissional compreende suas perguntas?	76	83,4	77	84,5	153	84,1	0,210
	O profissional anota no prontuário?	72	78,3	85	92,4	157	85,2	0,048
	Com que frequência tratam apenas como doente?	25	27,2	15	16,8	40	22,1	0,197
Com que frequência tratam como ser humano?	60	65,3	60	66,8	120	65,9	0,599	

\* Valor de p para o teste de qui-quadrado de Pearson.  
Fonte: Questionários aplicados aos usuários.

dos pacientes relataram sempre esperar mais de 30 minutos. Dos entrevistados, 40% sempre deixam de trabalhar para ir à unidade. A metade dos usuários declarou sempre ter medicações no posto, e 87% relataram que sempre tem os equipamentos necessários ao atendimento (Tabela 2). Não ocorreu diferença significativa entre os dois modelos.

### Porta de entrada

No questionamento acerca da dimensão de porta de entrada, 90% dos usuários afirmaram que sempre procuram a unidade para controle preventivo. Para a resolução de problemas de saúde, 59% sempre buscam a unidade de saúde. Ainda, 87% sempre procuram a unidade básica antes de procurar o médico especialista.

Não ocorreu diferença significativa na distribuição das respostas segundo o modelo de assistência (Tabela 2).

### Vínculo

Em relação ao vínculo entre usuário e profissional de saúde (Tabela 2), 69% dos usuários relataram que sempre foram atendidos pelo mesmo profissional de saúde, 75% relataram que sempre tem tempo de tirar as dúvidas com o profissional que atende, sendo que 84% consideram que os profissionais de saúde sempre compreendem suas perguntas. Não ocorreu diferença significativa na distribuição das respostas segundo o modelo de assistência.

Os entrevistados referiram em 85% das respostas que o profissional sempre anota as queixas no prontuário, sendo isso mais significativamente frequente no PSF (92%) que no modelo da Programação em Saúde (78%) ( $p < 0,05$ ); 65,9% relataram ser sempre tratados como “um ser humano completo” (Tabela 2).

## Elenco de serviços

A Tabela 3 apresenta as respostas às questões relacionadas ao elenco de serviços que os entrevistados reconhecem como ofertado pela unidade. De modo geral, os usuários reconhecem o serviço de atenção primária como espaço privilegiado de ações preventivas e de controle de saúde, apesar de alguns relatarem ignorar os tipos de serviços fornecidos pela unidade de saúde que frequentam.

Ao serem questionados acerca da possibilidade de obter atendimento para diversas ações na unidade básica, os entrevistados relataram, em percentuais acima de 90%, que sempre poderiam obter as diversas ações preventivas relativas à atenção à saúde de mulheres e crianças (Tabela 3). Destaca-se que as atividades de prevenção e de controle de saúde receberam maior percentual de respostas “sempre”, quando os entrevistados foram questionados se poderiam conseguir os diferentes serviços na unidade. As atividades de promoção à saúde apareceram com os menores percentuais, em especial aquelas de educação em saúde.

Do elenco de serviços, as atividades preventivas que receberam altas proporções (acima de 95%) de respostas “sempre” foram: imunização de crianças, imunização de adultos, e prevenção de câncer de colo uterino. Das atividades assistenciais programáticas, pré-natal, controle de diabetes e de hipertensão também receberam mais de 95% de respostas “sempre”.

Entre as questões relacionadas ao elenco de serviços, somente em duas situações ocorreram diferenças significantes na distribuição da percepção dos usuários segundo modalidade de assistência ( $p < 0,05$ ): oferta de atendimento odontológico e problemas de saúde mental. O modelo do PSF apresenta percentuais mais baixos de resposta “sempre” tanto no atendimento odontológico como no de problemas de saúde mental (Tabela 3).

## Coordenação

O relacionamento do usuário com o profissional de saúde como gestor de seu cuidado foi analisado nesse bloco (Tabela 4), em que foram abordadas questões relativas ao acesso do usuário às informações e ao fluxo das informações entre a unidade de saúde e o atendimento especializado.

Dos pacientes que tinham algum resultado de exame, a grande maioria (97%) respondeu que sempre foi informada sobre o resultado. Quase 90% dos usuários sempre foram avisados em relação ao retorno para verificar os exames realizados.

Dos usuários, 94,7% relataram que o profissional que os atende sempre utiliza o prontuário (apenas um usuário relatou que o profissional nunca utilizou). Quando questionados se poderiam ver o prontuário caso quisessem, 55% responderam que sempre poderiam. Nessa última questão, o percentual é significativamente maior entre os usuários vinculados ao PSF (66%) do que entre os atendidos no modelo da Programação em Saúde (43%) ( $p < 0,05$ ).

Das 78 mulheres que relataram pelo menos uma gestação na vida, 91% relataram ter recebido cartão de gestante. Todas as 15 mulheres que relataram estar grávidas no momento da entrevista receberam cartão de gestante. Apenas uma relatou que o profissional não solicitou o cartão durante o atendimento.

Em relação a encaminhamentos para especialista, 64 dos 184 entrevistados (34,8%) já foram pelo menos uma vez encaminhados a especialista. Entre os usuários do PSF, essa proporção de encaminhamento a especialista é significativamente menor (22%) do que no modelo da Programação em Saúde (48%) ( $p < 0,05$ ). Desses, 59,4% foram sempre encaminhados pela própria unidade.

No processo de encaminhamento ao especialista, em pouco mais de 80% das entrevistas, os usuários referiram que sempre discutem com o profissional o local do atendimento especializado, que o posto sempre ajuda no agendamento, e que sempre a unidade fornece informações escritas de seu caso para o especialista, sem diferenças significantes nas respostas segundo o modelo de assistência.

No entanto, as questões relativas ao atendimento com o especialista receberam percentuais um pouco mais baixos de respostas positivas: retorno com as informações escritas do especialista, ser informado sobre dos resultados da consulta com o especialista e discussão na unidade sobre os resultados da consulta ao especialista. Ainda, apenas 51% dos entrevistados afirmam que os profissionais da unidade estão sempre interessados no resultado

**Tabela 3 - Número e Proporção (%) de usuários que responderam positivamente (sempre) às perguntas do questionário na categoria de elenco de serviços, segundo o modelo de organização das ações, São Paulo, 2007**

Dimensão de integralidade	Questão: em que medida poderia conseguir os seguintes serviços nesta unidade?	Programação		PSF		Total		p*
		N	%	N	%	N	%	
Elenco de serviços	Vacina adulto	79	96,2	82	100,0	161	98,2	0,217
	Vacina criança	89	98,9	88	98,9	177	98,9	0,994
	Atendimento para criança	84	92,3	82	90,1	166	91,2	0,580
	Atendimento para adulto	83	90,2	82	91,1	165	90,7	0,611
	Atendimento para idoso	78	91,6	80	95,2	158	93,5	0,221
	Pré-natal	78	98,7	77	97,5	155	98,1	0,605
	Atendimento de planejamento familiar	52	91,3	65	94,2	117	92,9	0,726
	Grupo de planejamento familiar	39	92,8	56	91,8	95	92,2	0,389
	Atendimento de DST	31	86,1	38	80,9	59	83,1	0,331
	Programa de controle da tuberculose	31	81,6	50	84,7	81	83,5	0,620
	Controles de doenças epidêmicas	35	87,5	43	86,0	78	86,7	0,421
	Atendimento de doenças crônicas	33	75,0	28	68,3	61	71,8	0,586
	Controle/tratamento do diabetes	66	95,6	63	97,0	129	96,3	0,868
	Controle/tratamento da hipertensão	82	97,6	78	96,3	160	97,0	0,827
	Tratamento de pequenos ferimentos	68	94,4	71	91,0	139	92,7	0,719
	Prevenção de câncer de mama	26	92,9	13	81,3	39	88,5	0,243
	Prevenção de câncer ginecológico	82	97,6	80	96,5	162	97,0	0,640
	Orientação de interrupção de álcool e fumo	19	63,3	20	55,6	39	59,1	0,395
	Problema de saúde mental	42	76,4	20	46,4	62	38,3	0,010
	Conselhos sobre alimentação e nutrição	31	68,9	44	77,2	75	73,5	0,197
	Conselhos sobre atividade física	33	70,1	47	81,2	80	76,2	0,304
	Educação sobre preparo higiênico de alimentos	12	19,7	15	28,3	27	23,7	0,450
	Educação sobre violência doméstica	14	41,2	14	38,9	28	40,0	0,845
	Educação acidentes domésticos	12	34,3	12	36,4	24	35,3	0,982
Prevenção odontológica	56	78,9	47	66,2	103	72,5	0,230	
Atendimento odontológico	69	86,2	52	65,0	121	75,5	0,007	

\* Valor de p para o teste de qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Questionários aplicados aos usuários.

de sua consulta com o especialista. Não ocorreram diferenças significantes nas respostas segundo o modelo de assistência.

### Enfoque familiar

O enfoque familiar (Tabela 4) é a dimensão de análise que possui a maior proporção de questões com percentuais baixos de respostas positivas.

Quando questionados se os profissionais abordam questões relativas às suas condições de vida, apenas 18% responderam positivamente (“sempre”).

No entanto, ocorreram 44% de respostas positivas quanto se trata de informação sobre doenças de outros membros da família.

Apenas 26% dos usuários relataram que os profissionais de saúde sempre conhecem a sua família. No entanto, esse percentual é significativamente mais alto no PSF (32%) do que no modelo da Programação em Saúde (20%) ( $p < 0,05$ ).

Contraditoriamente, 75% dos usuários declararam que os profissionais do posto sempre fariam com sua família sobre seu estado de saúde, se solicitado.

**Tabela 4 - Número e Proporção (%) de usuários que responderam positivamente (sempre) às perguntas do questionário nas categorias de coordenação, enfoque familiar, orientação comunitária e profissional, segundo o modelo de organização das ações, São Paulo, 2007**

Dimensão de integralidade	Características	Programação		PSF		Total		p*
		N	%	N	%	N	%	
Coordenação	Recebe resultado de exames em mãos?	63	95,4	66	98,5	129	97,0	0,300
	Guarda resultado dos exames?	34	51,5	42	62,7	76	57,1	0,338
	Traz exames quando os tem em mãos?	31	77,5	34	77,3	65	77,4	0,556
	É avisado do agendamento de consulta de retorno?	57	83,8	63	94,0	120	88,9	0,051
	Quando vem traz docs. prontuário, exames lab.?	81	96,4	85	97,7	166	97,1	0,828
	Tem prontuário disponível no atendimento?	78	94,0	83	95,4	161	94,7	0,588
	Se quiser ver prontuário, pode?	26	42,6	43	66,2	69	54,8	0,020
	Tinha cartão de gestante quando estava grávida?	37	88,1	34	94,4	71	91,0	0,328
	Nessa gravidez, traz o cartão de gestante?	6	100,0	9	100,0	15	100,0	
	Os profissionais pedem o cartão de gestante?	6	100,0	8	88,9	14	93,3	
	Consultou especialista? = sim	44	47,8	20	22,0	64	35,0	0,000
	É encaminhado ao especialista pelo posto?	28	63,6	10	50,0	38	59,4	0,235
	Indicam ou discutem local atend. especialista?	24	85,6	8	72,6	32	82,1	0,342
	O posto ajuda a marcar consulta c/ especialista?	23	82,1	9	81,8	32	82,1	0,728
	O posto fornece informação escrita ao especialista?	24	85,7	9	81,8	33	84,6	0,762
	Retorna do especialista com as informações escritas?	13	50,0	10	90,9	23	62,2	0,062
	O posto informa sobre resultado do atend. especializado?	16	64,0	10	90,9	26	72,2	0,097
Discute c/ profissional do posto o resultado do especialista?	18	72,0	8	72,7	26	72,2	0,964	
Profissional do posto interessado na qualidade da consulta c/ especialista?	14	51,9	5	50,0	19	51,4	0,970	
Enfoque familiar	Profissional do posto pergunta sobre condições de vida?	11	12,0	22	24,2	33	18,0	0,083
	Pedem informação de doenças da família?	35	38,0	46	50,6	81	44,3	0,234
	Profissionais do posto conhecem a família?	18	19,6	29	31,9	47	25,7	0,029
	Profissionais do posto com a família?	47	68,1	68	81,0	115	75,2	0,156
	Pergunta opinião do usuário sobre o tratamento?	18	20,2	27	29,7	45	25,0	0,320
Orientação comunitária	É consultado para saber se atende aos seus problemas?	21	22,8	22	24,4	43	23,6	0,058
	Sabem sobre problemas de saúde da comunidade?	42	53,9	54	71,1	96	62,3	0,088
	Pedem p/representantes participarem do conselho?	11	14,9	23	29,5	34	22,4	0,083
	O posto oferece saúde na escola?	11	32,4	20	45,5	31	39,7	0,429
	Frequência das visitas domiciliares?	19	28,4	64	71,1	83	52,9	0,000
Posto trabalha c/ grupos p/ melhorar vida da comunidade?	11	25,6	25	51,0	36	39,1	0,032	
Profissionais	Tinha pelo menos um médico na unidade?	86	94,5	85	94,4	171	94,5	0,574
	Tinha pelo menos um enfermeiro?	83	94,3	91	100,0	174	97,2	0,070
	Você recomendaria esse posto a um amigo?	76	82,6	64	70,3	140	76,5	0,070
	Recomendaria o posto para homeopatia?	32	37,7	36	43,9	68	40,7	0,554
	Profissional resolve a maior parte dos problemas?	49	54,4	48	53,3	97	53,9	0,716
Profissional relaciona-se bem c/ a comunidade?	19	31,2	35	51,5	54	41,9	0,036	

\* Valor de p para o teste de qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Questionários aplicados aos usuários

Um quarto dos usuários relatou que os profissionais de saúde que os atendem sempre perguntam a opinião do entrevistado sobre as condutas a tomar sobre a sua saúde.

Embora em somente uma das questões as diferenças entre os dois modelos foi estatisticamente significativa, vale notar que os percentuais de respostas positivas são maiores no modelo do PSF em todas as cinco questões relativas ao enfoque familiar.

### **Orientação comunitária**

As questões acerca da dimensão de orientação comunitária são apresentadas na Tabela 4. Em relação à orientação comunitária, somente 24% dos usuários sempre foram consultados pela unidade sobre a se os serviços fornecidos atendem às suas necessidades de saúde. No entanto, 62% dos entrevistados declararam que os profissionais da unidade sempre conhecem os problemas de saúde da comunidade.

Mais da metade dos usuários não sabia se sua unidade tinha atuação em saúde na escola. Dos 78 que sabiam informar, apenas 40% relataram que a unidade desenvolvia atividades na escola.

Em relação às visitas domiciliares, 53% dos usuários relataram que os profissionais da unidade sempre realizam esse serviço. Nessa questão ocorreu diferença significativa das respostas segundo a modalidade de atenção. Os usuários do PSF responderam que os profissionais de sua unidade sempre fazem visita domiciliar em uma frequência de 71%, enquanto no modelo da Programação apenas 29% relataram que os profissionais sempre fazem visitas ( $p < 0,05$ ).

A outra questão que também apresentou diferenças significativas segundo o modelo assistencial foi se a unidade trabalhava com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida da comunidade. Embora somente 50% souberam responder, entre os 92 respondentes 39% afirmaram que a unidade sempre trabalha com esses grupos. Na modalidade assistencial do PSF, esse percentual subiu para 71%, enquanto no modelo da Programação em Saúde o valor foi de 28% ( $p < 0,05$ ).

### **Profissionais de saúde**

Considerando a dimensão de profissionais de saúde (Tabela 4), a grande maioria (94,5%) dos usuários relatou que quando vão ao posto tem sempre pelo

menos um médico trabalhando (apenas um usuário relatou que nunca tem médico na unidade), sem diferenças significativas entre os modelos de atenção. Um alto percentual de respostas positivas também foi obtida em relação às enfermeiras (97%).

Quando foram questionados se recomendariam a unidade para um conhecido ou amigo 77% referiu que sempre recomendaria a unidade que utiliza. Quando questionados se os profissionais da unidade resolveriam seus problemas de saúde, 54% responderam que sempre, porém 13% responderam que nunca resolveriam.

Apenas 41% sempre recomendariam o posto para seguimento de terapias alternativas (como a homeopatia, acupuntura e ervas).

Quando perguntado sobre relação dos profissionais com a comunidade em geral, 55 usuários não sabiam responder. Dos respondentes, 42% relataram que sempre existe boa relação entre o profissional e a comunidade. Nessa questão, a única com diferenças significativas entre os modelos de atenção, as respostas positivas apresentam percentual maior no PSF (52%), enquanto no outro modelo é de 31% ( $p < 0,05$ ).

## **Discussão**

As dimensões de integralidade consideradas a partir das respostas a cada uma das questões, e não a partir de um valor sintético de todas as questões de uma mesma dimensão, permitiu visualizar os diferentes aspectos envolvidos no exercício da integralidade e da percepção do usuário da unidade de APS. Essa opção metodológica diverge da utilizada em estudos de avaliação da APS realizados no Estado de São Paulo (Elias e col., 2006; Ibañez e col., 2006). Nesses estudos, chega-se a um escore sintético de cada uma das dimensões analisadas e aqui se privilegia cada elemento que compõe a dimensão.

De modo geral, a avaliação da integralidade pelos usuários da APS mostrou avaliação bastante favorável nas questões de porta de entrada, elenco de serviços e coordenação. Porém, as questões que compõem o enfoque familiar, a orientação comunitária e a acessibilidade receberam as piores avaliações. Do ponto de vista da avaliação dos usuários, as percepções não diferiram, na maior parte dos pontos investigados, entre os modelos da Programação em Saúde e do PSF.

Na análise da acessibilidade, os resultados apontaram para as dificuldades de acesso rápido aos serviços de APS. Essa dificuldade de acesso percebida pelo usuário pode impactar negativamente a sua avaliação sobre serviço, em especial no que diz respeito à resolução de queixas agudas ou subagudas. Os estudos de Elias e colaboradores (2006), no município de São Paulo, e de Ibañez e colaboradores (2006), em municípios acima de 100 mil habitantes no Estado de São Paulo, utilizando questionário também derivado do PCAT, encontraram escores intermediários na avaliação da acessibilidade pelos usuários.

Chama a atenção a dificuldade, nos dois modelos de atenção, de obtenção de consulta, e principalmente de consulta em 24 horas. Embora as unidades de APS devessem estar próximas do local de moradia dos usuários e facilitar o acesso aos serviços de saúde, como “porta de entrada” preferencial, os resultados ainda revelam dificuldades consideráveis, o que poderia ter como consequência o redirecionamento da demanda para unidades que trabalham sobretudo com pronto-atendimento. No Município de São Paulo, as unidades dedicadas ao pronto-atendimento, denominadas de Unidade de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), certamente absorvem parte da demanda que têm dificuldade de obter atendimento na unidade de APS.

É interessante destacar que uma das questões relativas à acessibilidade - encontrar a unidade aberta após as 18 horas - ocorreu mais entre os usuários vinculados ao PSF. Provavelmente as unidades PSF já estão organizadas para oferecerem maior flexibilidade de horário que as unidades que operam no modelo da Programação e Saúde.

A porta de entrada recebeu avaliação bastante favorável, resultado também verificado em outros estudos (Elias e col., 2006; Ibañez e col., 2006). No entanto, a questão que aborda especificamente o uso da unidade de saúde para resolver problemas de saúde (e não para ações de prevenção) recebeu pontuação bem inferior. Essa percepção é coerente com a dificuldade de acesso à consulta, já comentado.

Muitos podem considerar que os centros de saúde seriam aquelas unidades que oferecem os programas de saúde da mulher e da criança, ou seja, local para imunização, pré-natal e puericultura. Ocorre ainda

dificuldade para apreender que os serviços da APS ofertam assistência integral à saúde.

O vínculo estabelecido entre usuário e unidade de saúde foi, de modo geral, favorável. Com exceção da questão sobre anotação no prontuário, não ocorreram diferenças expressivas entre as respostas dos usuários em cada um dos modelos de atenção. A anotação no prontuário merece destaque, não só pela diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos, mas pelo significado aí presente, ou seja, o PSF, ao reunir condições que induzem a um melhor registro no prontuário, será capaz também de estabelecer melhor comunicação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, além de propiciar facilidades (no prontuário) para o seguimento longitudinal do usuário.

A análise do elenco de serviços mostrou que os usuários reconhecem claramente a unidade de APS como local para ações em saúde dirigidas à prevenção de agravos e ao controle de saúde. Esse achado é coerente com a percepção de controle de saúde preventivo, da dimensão de porta de entrada. Quando os serviços envolvem tratamento de agravos, como tuberculose, doença sexualmente transmissível e doenças crônicas, esses percentuais são menores. No entanto, hipertensão e diabetes receberam respostas positivas em quase sua totalidade, revelando o reconhecimento dos usuários no controle desses dois agravos, pela unidade de APS.

É preocupante o resultado de que as questões envolvendo educação em saúde receberam os piores percentuais de respostas positivas, uma vez que se trata de unidades de APS.

Na dimensão de em elenco de serviço ficou também clara a ausência de serviços de saúde mental e bucal na modalidade de assistência PSF, que parece não ter logrado êxito na oferta adequada desses dois tipos de serviço.

Na dimensão de coordenação de serviços, é necessário comentar o encaminhamento do usuário para o especialista. É interessante lembrar que na dimensão de porta de entrada a procura da unidade de APS é claramente reconhecida como necessária para acesso a uma consulta com especialista.

Chama atenção, inicialmente, que o encaminhamento ao especialista dos usuários PSF foi muito menos frequente. Isso pode estar refletindo,

em parte, a maior resolubilidade desses serviços diante das demandas dos usuários. Não há nada que indique que os indivíduos vinculados ao PSF teriam maior dificuldade para obter uma consulta especializada.

O enfoque familiar apresentou percentuais muito baixos de respostas positivas em quatro das cinco questões que compõem a dimensão. Os dois estudos, no Estado de São Paulo, que utilizaram questionário semelhante para avaliar a APS também encontraram pontuação baixa na dimensão de enfoque familiar (Elias e col., 2006; Ibañez e col., 2006).

A orientação comunitária também apresentou pontuações baixas, revelando as mesmas dificuldades do enfoque familiar. Cabe destacar que a modalidade de atenção do PSF apresentou melhor desempenho não só no que se refere às visitas domiciliares, que são parte integrante da rotina diária da equipe de PSF, mas também no engajamento da unidade com vistas à melhoria da vida da comunidade.

## Considerações Finais

Neste estudo, a percepção de que as questões mais imediatamente relacionadas ao cuidado individual e à prestação direta de serviços foram, de modo geral, bem avaliadas, em que pesem as dificuldades no acesso. No entanto, as atividades e ações envolvendo uma perspectiva de intervenção que considere o espaço coletivo e os determinantes da saúde, ou seja, aquelas que necessitam de reestruturação mais profunda na organização e na cultura dos serviços acabaram revelando resultados insatisfatórios na percepção dos usuários.

A integralidade constitui um dos pilares da organização do SUS. Sua efetiva presença, em termos de integração entre promoção, prevenção e tratamento tem sido induzida nas diferentes modalidades de financiamento da APS no Brasil, com a utilização de critérios populacionais, epidemiológicos e de desigualdades regionais (Campos, 2003). Desse modo, a pactuação de metas epidemiológicas e de desempenho das ações refuta a lógica da produção de serviços, induzindo os gestores da APS a buscarem novos arranjos na organização das ações.

A integração entre os serviços de diferentes graus de complexidade de modo a prover acesso

tanto à APS como a atendimentos especializados e de alta complexidade tecnológica também é responsabilidade fundamental do SUS.

O modelo de organização da APS nos moldes do PSF apresenta, em tese, melhores condições para a efetivação dos princípios da integralidade, uma vez que baseia as ações em um território estruturado, permitindo um planejamento das ações a partir das condições de vida e saúde da população adscrita, e não a partir da demanda por assistência. A equipe do PSF é, nesse contexto, responsável e gestora do cuidado em saúde para os indivíduos e para o conjunto da população adscrita, que deveria conduzir as ações em saúde partilhando as decisões com os indivíduos e famílias referidas à equipe (Campos, 2003).

As ações integradas de prevenção, promoção e assistência realizam-se parcialmente nas unidades de APS: se, por um lado, ocorre uma inequívoca dificuldade de acesso ao atendimento na unidade, por outro, foram os atendimentos relacionados ao controle e à prevenção de agravos os elementos do elenco de serviços mais evidentes aos usuários. A falta de serviços resolutivos de saúde mental e bucal chamou a atenção no relato dos usuários, apontando a necessidade de qualificação das ações de saúde na APS e a incorporação de ações para atender às demandas de saúde mental e bucal.

Na integralidade no sentido da hierarquização entre os serviços, a unidade de APS viabiliza o acesso ao especialista e acaba não sendo reconhecida como um importante locus para a resolução de problemas de saúde. As políticas públicas já organizadas devem ser reforçadas para alcançar a integralidade das ações.

## Agradecimentos

Às pesquisadoras de campo: Selma Patti Spinelli, Maria Olinda Carreira, Julia Valeria e Maria Emília Carmineti.

## Referências

ALMEIDA, C. M. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho de serviços de atenção básica do SUS em nível local. Relatório Final*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2004.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, abr.-jun. 2003.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, set.-dez. 2004.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, jul.-set. 2006.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, jan. 2005.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, jul.-set. 2006.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-116.

PAIM, J. S. Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

YUNES, J.; BROMBERG, R. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 20-38, jan.-fev. 2006.

Recebido em: 04/05/2011

Aprovado em: 14/06/2011