



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Avaliação de usuários sobre atributos da atenção primária à saúde bucal na Estratégia Saúde da Família

User evaluation on the attributes of primary care for oral health in the Family Health Strategy

Jacques Antonio Cavalcante Maciel¹, Raul Anderson Domingues Alves da Silva², Mariana Ramalho de Farias³, Cinthia Nara Gadelha Teixeira⁴, Igor Iuço Castro-Silva⁵, Ana Karine Macedo Teixeira⁶

RESUMO

Avaliação em saúde é uma importante ferramenta no processo de transformação e melhoria de um serviço de saúde. O PCATool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária) é um dos principais instrumentos usados para avaliar o primeiro nível de atenção à saúde. O objetivo do trabalho foi avaliar a Atenção Primária à Saúde Bucal em um Centro de Saúde da Família na perspectiva de usuários adultos. Trata-se de uma pesquisa transversal realizada em 2016 no Centro de Saúde da Família Francisco Moura Vieira em Sobral, Ceará. Para coleta dos dados foi usado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Saúde Bucal (PCATool-SB), versão usuário. Participaram do estudo 172 usuários. As análises dos resultados mostraram uma alta orientação à Atenção Primária à Saúde nos atributos de Primeiro Contato (Utilização) e Coordenação (Sistema de Informações), enquanto os demais atributos essenciais e derivados indicaram baixa orientação. Não houve associação entre os escores e as variáveis sociodemográficas. Conclui-se que há necessidade de reestruturação da atenção prestada na unidade, principalmente na adequação da relação número de profissionais e demanda, a fim de melhorar o serviço de saúde ofertado aos usuários.

¹ Doutor em Odontologia. Docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará - *Campus Sobral*.

² Mestre em Odontologia. Docente dos cursos de graduação em Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá e da Faculdade Paulo Picanço. E-mail: raulanderson_alves@hotmail.com

³ Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de graduação em Odontologia e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará - *Campus Sobral*.

⁴ Mestre em Odontologia. Docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade de Fortaleza.

⁵ Doutor em Odontologia. Docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará - *Campus de Sobral*.

⁶ Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de graduação em Odontologia e Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Health assessment is an important tool in the process of transformation and improvement of a health service. The PCATool (Primary Care Assessment Tool) is one of the main tools used to evaluate the first level of health care. The aim of the present paper is to evaluate the Primary Oral Health Care in a Family Health Center from the perspective of adult users. This is a cross-sectional study carried out in 2016 at the Francisco Moura Vieira Family Health Center in Sobral, Ceará. To collect the data, the Primary Care Assessment Tool - Oral Health (PCATool-SB), user version, was used. 172 users participated in the study. The analysis of the results showed a high orientation to Primary Health Care in the attributes of First Contact (Use) and Coordination (Information System), while the other essential and derivatives attributes indicated low orientation. There was no association between scores and sociodemographic variables. It is concluded that there is a need to restructure the care provided at the unit, mainly in the adequacy of the relationship between the number of professionals and demand, in order to improve the health service offered to users.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Services. Health Services Research. Oral Health.

INTRODUÇÃO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) foi tratado mundialmente pela primeira vez na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1978, quando foi proposta a meta “*Saúde para Todos no Ano 2000*” entre os países-membros para atingir, através de ações de APS, o maior nível de saúde possível até o ano 2000¹.

No Brasil, a APS tem como princípios: responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade e participação social, com previsão do direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade². A estruturação do modelo de APS no Brasil se deu em conjunto com a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988, com o contexto político-sanitário do país, no qual a Saúde Pública se articula SUS no intuito de consolidar a APS como o ponto preferencial para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde por meio da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e sua posterior reformulação em Estratégia Saúde da Família (ESF) com a possibilidade de uma maior integralidade do cuidado com promoção e organização das ações de saúde em território definido³.

A Saúde Bucal foi incluída na ESF através da Portaria 1.444 de dezembro de 2000, que teve como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde

bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, com a regulamentação de um Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária⁴. Em 2004, com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Brasil Sorridente, a ampliação do acesso e continuidade do tratamento odontológico gratuito por meio do SUS permitiram que a Odontologia ganhasse um maior destaque no campo da integralidade da atenção⁵.

Para atingir de fato a qualificação das ações e serviços de saúde bucal na APS, a avaliação é uma importante ferramenta no processo de tomada de decisão por parte de gestores e colaboradores, permitindo observar o desempenho das práticas na rotina dos serviços de saúde, bem como o impacto no estado de saúde da população⁶. A avaliação em saúde pode ser entendida como um método sistemático para medir um fenômeno ou o desempenho de um processo, comparar o resultado obtido com os critérios estabelecidos e fazer uma análise crítica, levando em conta a magnitude das diferenças. Pode ainda ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões⁶.

Um dos instrumentos que pode ser utilizado para o processo avaliativo da APS é o *Primary Care Assessment Tool - PCATool*, em português, Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, criado na *Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene* por Cassidy, Starfield, Shi e seus colaboradores em 1997, validado em 1998, adaptado e validado no Brasil em 2000, usado para avaliação da presença e efetividade dos atributos da APS⁷. Ele é composto por três versões (Adulto, Criança e Profissionais de Saúde), com perguntas organizadas de acordo com cada atributo da APS: essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade); e derivados (orientação familiar e orientação comunitária)⁸.

A existência do PCATool voltado para os serviços de saúde bucal na ESF permite avaliar com maior especificidade a incorporação dos atributos da APS nos serviços prestados pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), especialmente sua inserção na ESF ser recente, além da possibilidade de avaliação dos serviços de Saúde Bucal sob a ótica dos usuários. Assim, diante da importância desse tipo de avaliação para a melhoria do serviço, o objetivo desse estudo foi avaliar a Atenção Primária à Saúde Bucal em um Centro de Saúde da Família, na perspectiva de usuários adultos.

MÉTODOS

A pesquisa teve uma abordagem transversal, quantitativa e avaliativa, e foi realizada no Centro de Saúde da Família Francisco Moura Vieira (CSF CAIC), localizado em Sobral, Ceará. O município tem uma população estimada de 206.644 habitantes para o ano de 2018. No ano de 1997, o município vivenciou um processo de reorganização da

APS através da estruturação da ESF. Uma iniciativa importante ocorreu em 1998 quando cirurgiões-dentistas foram contratados para trabalhar na ESF, sendo mantidos com recursos financeiros do próprio município, ainda antes da regulamentação da inclusão das ESB na ESF pelo Ministério da Saúde⁹.

A ESF em Sobral é organizada em 35 Centros de Saúde da Família (CSF), contendo um total de 63 ESF e 44 ESB, garantindo uma cobertura de 100% da ESF na sede e distrito. De acordo com o Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB), o CSF CAIC possui uma população de 6.371 pessoas e 1.841 famílias, distribuídas nos bairros Alto da Brasília, Recanto I e Parque Silvana I, que são bairros com maior vulnerabilidade social e mais distantes da região central do município. O CSF conta com duas ESF e duas ESB, um quantitativo populacional adequado ao objeto do presente estudo.

A população da pesquisa estudo foi composta por adultos jovens, na faixa etária de 18 a 39 anos, e residentes do território de abrangência do CSF CAIC. Como critérios de inclusão na pesquisa, foram considerados ter entre 18 a 39 anos de idade e residir na área adscrita pelo CSF CAIC por no mínimo seis meses, considerado para o estudo como o tempo mínimo para a constituição de vínculo entre a família e a equipe da ESF. Nessa delimitação, foram excluídos os pacientes que apresentaram alguma limitação física que pudesse comprometer a participação na coleta de dados. Os critérios de retirada envolveram a não resposta de todas as questões do instrumento de coleta necessárias à análise de dados do estudo.

Para a obtenção da amostra, optou-se por uma *amostragem não probabilística do tipo por conveniência*, em virtude de a seleção de indivíduos para participarem da pesquisa ocorrer por meio daqueles que buscavam a ESB no CSF. *Assim, a amostra foi composta por indivíduos que aceitaram participar da pesquisa e se enquadraram nos critérios estabelecidos.* A coleta de dados foi realizada entre julho e setembro de 2016 na própria unidade de saúde e os usuários foram convidados a participar do estudo em local reservado. Os dados foram coletados por quatro entrevistadores externos ao serviço de saúde calibrados para a correta utilização do instrumento.

O instrumento utilizado na avaliação dos atributos da APS, em relação aos serviços odontológicos da ESF, foi o de Avaliação da Atenção Primária PCATool Brasil SB (PCATool) – versão usuário, adaptado para este estudo da versão já validada por Cardozo (2015)¹⁰. A versão validada é adequada às recomendações do Ministério de Saúde para avaliação da qualidade de serviços de saúde na APS² e é composta por duas partes. A primeira caracteriza o perfil sociodemográfico da amostra participante de acordo com as seguintes questões: sexo, idade, autodeclaração de cor da pele, estado civil e número de filhos. A segunda avalia a APS de acordo com os seus atributos, composto por 90 itens divididos em 10 componentes (subescalas). As respostas são do tipo *Likert*, variando de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim). Para este estudo, o instrumento validado atribui, através das subescalas, escores para cada atributo: essencial (acesso de primeiro

contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária).

Os escores avaliam o grau de orientação do serviço para a APS em relação aos atributos. Além disso, um escore essencial pode ser gerado através da análise de todas as questões que compõem os escores dos atributos essenciais, tendo um escore geral estabelecido a partir dos escores dos atributos essenciais e derivados. Escores altos denotam efetividade da APS. O escore de cada atributo foi categorizado de acordo com o ponto de corte preconizado: 1) Serviços com orientação para a APS – com escores $\geq 6,6$ (num intervalo de 0 a 10); 2) Serviços sem orientação para APS – com escores $< 6,6$. As respostas possíveis para cada um dos itens 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 ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente².

Para análise de dados, inicialmente foram aferidos os escores de cada atributo, utilizando-se a média aritmética das respostas, classificando-os como alto e baixo escore, tendo 6,6 como valor de referência. Os dados foram analisados por meio do software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20. Para a associação entre os escores dicotomizados (alto e baixo) e as variáveis sociodemográficas, foi utilizado o Teste Qui-quadrado de *Pearson*, adotando nível de significância de 5%.

Todos os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos foram respeitados. Todos os participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi apreciado pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA), obtendo aprovação sob o parecer Nº 1.450.220.

RESULTADOS

Ao todo foram abordados 243 idosos, entretanto, 71 usuários foram considerados como perda após a aplicação dos critérios. Destes, 35 não se enquadravam nos critérios de idade, 18 utilizavam o serviço daquela unidade há menos de seis meses, 13 recusaram-se a participar e 5 apresentavam limitações que os impossibilitavam responder ao questionário. Assim, participaram do estudo 172 usuários. A maioria dos participantes eram mulheres (75,6%); prevaleceram indivíduos autodeclarados como pardos (68,6%), o estado civil casado/com companheiro (58,7%) e indivíduos sem filhos (69,2%). A descrição pormenorizada dos resultados encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários. Sobral – CE, 2016

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	42	24,4
Feminino	130	75,6
Raça		
Negra	29	16,8
Branca	16	9,3
Amarela	7	4,1
Parda	118	68,6
Indígena	2	1,2
Estado Civil		
Casado / Tem companheiro(a)	101	58,7
Solteiro(a)	59	34,3
Viúvo(a)	7	4,1
Separado(a) / Divorciado(a)	5	2,9
Filhos		
Sim	53	30,8
Não	119	69,2

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação à análise dos atributos contemplados pelo PCATool-SB versão usuário adulto, os atributos Primeiro Contato (Utilização) e Coordenação (Sistemas de informação), ambos pertencentes ao escore “Essencial” na avaliação da APS, atingiram escore médio superior a 6,6 (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores médios e desvios padrão dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos. Sobral – CE, 2016

Atributo	n	Mínimo	Máximo	Média	DP*
Grau de afiliação	172	0,0	10,0	5,7	2,9
Primeiro contato (Utilização)	172	0,0	10,0	7,7	2,3
Primeiro contato (Acessibilidade)	172	0,0	9,2	3,5	1,5
Longitudinalidade	172	0,5	8,6	5,0	1,4
Coordenação (Cuidado)	33	0,0	10	5,7	3,1

(Conclusão)

Atributo	n	Mínimo	Máximo	Média	DP*
Coordenação (Sistemas de informação)	172	0,0	10,0	7,3	2,1
Integralidade (Serviços disponíveis)	172	0,0	10,0	3,3	2,4
Integralidade (Serviços prestados)	172	0,0	10,0	4,2	2,5
Orientação familiar	172	0,0	10,0	2,8	2,5
Orientação comunitária	172	0,0	10,0	3,2	2,5

*Desvio Padrão

Fonte: elaborada pelos autores

A após a definição do Grau Afiliação e dos escores de cada um dos atributos, os escores Essencial e Geral foram calculados. O Escore Essencial alcançou média de 5,3 variando entre 2,1 e 7,5, enquanto o escore Geral atingiu 4,8, variando de 1,7 a 7,7 (Tabela 3).

Tabela 3 – Valores médios e desvios padrão dos escores Essencial e Geral dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos. Sobral – CE, 2016

Escore	n	Mínimo	Máxima	Média	DP*
Essencial	172	2,1	7,5	5,3	1,12
Geral	172	1,7	7,7	4,8	1,21

*Desvio Padrão

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação à análise estatística da associação das variáveis sociodemográficas da amostra com os Escores Essencial e Derivados da APS, conforme pode-se observar na Tabela 4, não foi encontrada significância estatística em nenhuma das associações.

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico da amostra e sua comparação com os Escores Essencial e Geral dos atributos da APS conferidos pelos usuários adultos. Sobral – CE, 2016

Variável	n	Escore Essencial		p	Escore Geral		p
		Baixo	Alto		Baixo	Alto	
Sexo							
Masculino	42	36	6	0,272	36	6	0,094
Feminino	130	119	11		122	8	

(Conclusão)

Variável	n	Escore Essencial		p	Escore Geral		p
		Baixo	Alto		Baixo	Alto	
Idade							
18 - 30 anos	82	74	8		77	5	
31 - 45 anos	64	56	8		58	6	
46 - 59 anos	19	18	1	0,633	17	2	0,780
60 anos ou mais	7	7	0		6	1	
Raça							
Negra	29	24	5		25	4	
Branca	16	15	1		15	1	
Amarela	7	7	0		7	0	
Parda	118	107	11	0,553	109	9	0,707
Indígena	2	2	0		2	0	
Estado Civil							
Casado(a)	101	91	10		93	8	
Solteiro(a)	59	52	7		54	5	
Viúvo(a)	7	7	0	0,665	6	1	0,847
Separado(a)	5	5	0		5	0	
Filhos							
Sim	119	108	11	0,673	109	10	0,850
Não	53	47	6		49	4	
TOTAL	172	155	17		158	14	

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

A partir dos resultados deste estudo, o atributo melhor avaliado pelos usuários foi o Primeiro Contato – Utilização, sugerindo que, para estes, o CSF do CAIC é o contato preferencial na busca dos serviços de saúde bucal, o que reflete a consolidação da ESF como forma de organização dos serviços de APS preconizados por Sobral desde 1997, em consonância com diversos estudos que mostraram boa avaliação¹¹⁻¹⁸. Já o atributo de Primeiro Contato – Acesso foi o pior avaliado. Isso aponta um problema no serviço prestado, já que o atributo se refere à disponibilidade do serviço de saúde para o usuário

e sua capacidade de atendê-lo¹⁷. Ou seja, para os usuários da unidade, o CSF CAIC não se mostra disponível às necessidades da população, pois apesar de servir de porta de entrada prioritária para o acesso aos serviços de saúde, esse acesso é dificultado e demorado.

A acessibilidade está relacionada com a disponibilidade, oferta e demandada dos serviços, assim como a organização para desenvolvê-lo¹. Os achados da pesquisa corroboram com outros estudos que adotam que apesar da boa avaliação da utilização, o acesso encontra-se dificultado em diversas partes do Brasil^{11-15,17}. O baixo desempenho encontrado na pesquisa pode ser resultado de barreiras geográficas e organizacionais do serviço em APS¹⁹ e os achados da pesquisa podem ser resultados da realidade do CSF estudado, que atua em um território grande para sua capacidade e com apenas duas ESB, o que tem refletido na dificuldade da prestação de serviço e conseqüentemente ao acesso dos usuários.

No atributo Longitudinalidade, que se relaciona com a regularidade da atenção e sua continuidade ao longo do tempo envolvendo o vínculo, os achados apontaram que os usuários consideraram esse atributo insatisfatório, assim como em alguns estudos nacionais^{16,18,20}. Entretanto, tal atributo apresentou-se com a terceira melhor avaliação quando comparado aos demais quanto à sua associação à APS em revisão da literatura²⁴. A alta rotatividade e a presença inconstante dos profissionais nas unidades de saúde são apontadas por outros autores²¹ como uma das principais justificativas para achados semelhantes ao deste estudo.

O atributo Coordenação é dividido em: Integração dos Cuidados, sendo definida como a articulação da rede de atenção à saúde com as ações e serviços relacionados a ela para uma melhor atenção ao usuário¹⁸; e Sistemas de Informações, tratando dos registros das informações e o acesso dos usuários a eles²⁰. Os achados da pesquisa corroboram com a literatura e mostraram que os usuários avaliaram a primeira subunidade como associação à APS insatisfatória^{22,23}, enquanto a segunda foi satisfatória^{23,24}. Para os usuários, apesar de suas informações em saúde serem registradas e de fácil acesso, o CSF não está sendo capaz de garantir a continuidade de sua atenção na rede de saúde. Segundo Ibanez et al. (2006), a histórica falta de valorização do atributo de Coordenação faz com que ele não resulte em boas relações entre população e serviço, enfraquecendo-o¹¹.

Apesar de existirem dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), um regional e um municipal, em Sobral – CE, a rede assistencial prestada por esses centros se mostrou frágil em relação ao trânsito desses pacientes para níveis de cuidado mais complexos. Em estudo que avalia a acessibilidade de pacientes ao CEO Regional de Sobral, a existência de barreiras geográficas, financeiras e organizacionais explica as baixas taxas de aproveitamento de marcação de consultas e de utilização do serviço, e o absenteísmo a níveis complexos de atenção pode estar relacionado aos achados da presente pesquisa em relação à Integração dos Cuidados¹².

Já o atributo Integralidade diz respeito ao desenvolvimento de atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população¹, sendo também dividido em: Serviços Disponíveis e Serviços Prestados. A literatura parece divergir quanto aos achados sobre associação desse atributo para a APS, parte dos autores^{13,14,19} encontraram alta associação dos escores nas suas investigações, enquanto outros^{18,21,24,25} encontraram o contrário. Segundo Sala et al. (2011), o modelo de organização da APS nos moldes da ESF, por ser desenvolvido em um território estruturado, apresenta características que efetivam o princípio Integralidade²⁶. Contudo, a má avaliação do atributo da integralidade pelos usuários, como o encontrado nesta pesquisa, pode ser interpretada de duas formas: apesar de ser validado no Brasil, o instrumento não é capaz de elencar adequadamente todos os serviços da realidade das ESF; ou as ações e os serviços prestados pela unidade estão abaixo das necessidades dos usuários e não cumprem toda a gama de serviços preconizadas pela APS¹⁷. Além disso, acredita-se que a baixa associação encontrada na pesquisa pode ser reflexo de uma realidade do próprio serviço de atenção primária prestado pela ESF, que pode não estar conseguindo prestar a variedade de serviços preconizados pela ESF de forma integral capaz de atender as necessidades básicas de saúde da população¹.

Quanto aos atributos derivados de APS, Orientação Comunitária, que diz respeito ao conhecimento dos profissionais quanto à comunidade e o vínculo estabelecido entre profissional-usuário, e Orientação Familiar, que trata sobre a aproximação dos profissionais às famílias por meio de seus cuidados e orientações¹, os achados da pesquisa corroboram com os encontrados da literatura^{11,14,15,18,19,21,24-26}, que indicam baixos escores para ambos os atributos. Prates et al. (2017) afirmam que esses atributos têm apresentado as piores porcentagens de desempenho em relação aos outros em estudos realizados no Brasil²⁰, isso chama atenção já que esses atributos correspondem a princípios da ESF. A inadequação de atributos como esses pode indicar uma falta de integração aos usuários pelo modelo de atenção prestado, que passam a não ser percebidos como parte de uma comunidade¹⁹. Além disso, o acompanhamento das famílias e comunidade é necessário para o bom desenvolvimento de ações básicas, como prevenção e promoção da saúde.

A análise conjunta dos atributos por meio dos Escores Geral e Essencial denota que, na visão dos usuários, a avaliação dos serviços de saúde bucal destinados à população do CSF não se encontrava adequada. Isso quer dizer que no CSF estudado não existe uma aderência dos serviços prestados em saúde bucal de acordo com o modelo de atenção da ESF², com indícios da persistência do modelo assistencial odontológico tradicional, prestado muitas vezes de forma pontual, curativista, biologicista e mutilador.

A grande maioria dos atributos com pior desempenho no estudo possuem uma relação entre si. A avaliação de orientação dos atributos essenciais e derivados para a APS, apesar de ocorrer de forma isolada, são constituídos também da relação entre eles, de forma que a baixa orientação de um desses atributos pode estar causando efeito

negativo sobre outro que esteja intimamente ligado, como uma cadeia de efeitos. O baixo desempenho do atributo Integralidade pode ter relação com o dos atributos Orientação Familiar e Comunitária, já que para que uma assistência integral seja prestada da forma mais adequada, é preciso ter um bom conhecimento dos pacientes e do ambiente em que vivem, para que ocorra uma correta adequação da atenção prestada, de acordo com as necessidades reais desses indivíduos¹.

Para Lima et al. (2015), enquanto a atenção prestada e a satisfação do usuário se relacionam diretamente com o acesso, coordenação e continuidade dos serviços de saúde, a insatisfação do usuário tem como principais causas a falta de comprometimento, respeito, acolhimento adequado, acessibilidade, projetos terapêuticos singulares, coordenação do cuidado e integralidade¹⁹.

O CSF estudado não obteve desempenho satisfatório na maioria dos seus atributos e, apesar de a ESF ser considerada um modelo de atenção à saúde capaz de superar as tradicionais formas de prestação de assistência, por meio da estruturação de um modelo baseado nos atributos da APS²⁷, não é possível assegurar que a população desse território tem recebido a melhor assistência possível. Esses entraves podem ser superados por meio de ações como: estímulo financeiro capaz de promover um maior desenvolvimento de ações orientadas pela APS²⁸, a superação do modelo tecnicista e biomédico por parte dos profissionais com estímulo à Educação Permanente em Saúde e adequação das Diretrizes Curriculares Nacionais à realidade do SUS²⁹ e, por fim, a maior valorização da percepção do usuário em relação aos serviços que lhe são prestados³⁰, capaz de moldar e adequar a atenção prestada de acordo com suas necessidades.

Ainda assim, os resultados do estudo mostraram a ausência de significância estatística em algumas associações. Acreditamos que certas associações não foram possíveis devido ao tamanho amostral insuficiente da amostra e as características regionais, culturais da amostra. Por isso, certas generalizações devem ser vistas com cautela para se evitem equívocos, já que os achados não podem ser extrapolados para o município ou outras regiões maiores. Entretanto, os achados do presente estudo podem refletir a realidade do local avaliado ou outras regiões semelhantes e podem ser utilizados para melhor compreendê-la, além de poderem ser usados para desenvolver ações que possam contribuir na criação e reformulação da atenção à saúde ofertada.

A pesquisa apresentou limitações, pois tratou-se de um estudo transversal, o que não permite estabelecer relações causais entre variáveis. O delineamento metodológico retratou uma situação momentânea do serviço, que apesar de conter a relação 1:1 entre ESF e ESB, durante a realização da coleta de dados, apenas um cirurgião-dentista estava responsável por toda a área de abrangência do CSF em virtude de o processo de contratação do segundo cirurgião-dentista ainda estar acontecendo, o que pode

explicar as dificuldades no acesso ao serviço pelos usuários, além de os resultados serem restritos a um único CSF. Além disso, o instrumento utilizado considera todos os atributos avaliados com mesma importância e peso para orientação dos serviços em APS, não possibilitando o estabelecimento de uma relação entre eles quanto aos seus níveis de orientação.

Em virtude de dificuldades operacionais, a utilização da amostragem não probabilística do tipo por conveniência também se apresenta como uma das limitações por não fornecer a mesma chance de participação para os diversos estratos sociais presentes no território, o que não invalida, porém, a avaliação dos usuários que se encontram em momentos de utilização do serviço. A cultura da avaliação por usuários deve ser fortalecida nos serviços de saúde, já que os resultados fornecem um diagnóstico do serviço sob o olhar do usuário que subsidiará os processos de gestão e gerenciamento na atenção à saúde bucal.

CONCLUSÃO

O CSF CAIC não foi provedor da grande maioria dos atributos de APS. Não houve associações significativas entre as variáveis analisadas. A fraca orientação para a APS desses atributos evidencia a necessidade não só de uma mudança nos moldes da atenção odontológica prestada na unidade, mas também uma reestruturação do serviço por políticas públicas.

Apesar dessa predominância, os atributos de primeiro contato e coordenação (Sistemas de Informação) tiveram boa avaliação do serviço e merecem destaque. O primeiro por refletir o vínculo histórico que a ESB do CSF estabelece com os usuários do serviço em relação à busca por cuidados na saúde bucal, e o segundo pela qualidade da organização do sistema logístico e governança no CSF, implicados com o cuidado longitudinal e integral.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Brasília; 2010.
3. Connil, EM. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008; 24(Sup. 1): S7-S27.

4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União; 2000 dez 29.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: Brasília; 2004.
6. Goes PSA, Figueiredo N. Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012. 248 p.
7. Harzheim E, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade, Rio de Janeiro. 2013; 8(29): 274-84.
8. Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001; 50:161-75.
9. Pinto VPT, Dias MSA, Chags MIO, Freitas CASL, Bezerra MM, Albuquerque IMN, Linhares AKN, Viana ASA. Análise do processo de educação permanente para profissionais do SUS: a experiência de Sobral/ CE. Sanare. 2008; 7(2):62-70.
10. Cardozo DD. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
11. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Cienc. saúde coletiva. 2006; 11(3):683-703.
12. Pinto VPT, Teixeira AH, Santos PR, Araújo MWA, Moreira MAG, Saraiva SRM. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. Cienc. saúde coletiva. 2014; 19(7):2235-244.
13. Macinko J, Almeida C, Klingelhofer DSP. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan. 2007;22:167-77.
14. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Firmino TZ, Santos, CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(1):48-55.
15. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2013; 8(29):264-73.

16. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, Ribeiro SVO, Dias MSA, Silva RA. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(11):3321-31.
17. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, BarbosaDA. Integralidade e atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 19(11):4407-15.
18. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):365-71.
19. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(3):559.
20. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, Costa GD, Cotta RMM. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(6):1881-93.
21. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de atenção primária. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(1):30-6.
22. Pereira MJB, Mishima SM, Bava MCG, Santos JS, Matumoto S, Fortuna CM, et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. In: *Anais do XXIIème Congrès de l'ALASS*; 2011; Lausanne. Lausanne: CALASS, ALASS. p. 1-10.
23. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate*. 2014; 38(esp):279-95.
24. Araújo JP, Viera CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(5):440-6.
25. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(11):4415-23.
26. 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. *Saude soc*. 2011; 20(4):948-60.
27. Silva LA, Cassoti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):221-32.

28. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet (Série Saúde no Brasil)*. 2011;11-31
29. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012.
30. Brandão ALRBS, Giovannela L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros brasileiros. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(1):103-14.

Submissão: agosto de 2019.

Aprovação: outubro de 2020.