



e-ISSN 2446-8118

AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS

ASSESSMENT OF THE LONGITUDINALLY IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE USERS STANDPOINT

EVALUACIÓN DE LA LONGITUDINALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALÚD BAJO A LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

Camila Harmuch¹
Tatiane Baratieri²

RESUMO

O cuidado longitudinal é prestado no decorrer do tempo, onde se cria um vínculo entre usuário e equipe multiprofissional de saúde na Atenção Primária a Saúde (APS). O presente estudo objetivou avaliar a APS, com ênfase na longitudinalidade do cuidado nos serviços de atenção básica que compõem o Distrito Sanitário Vila Carli do município de Guarapuava/PR, a partir dos usuários. Trata-se de um estudo quantitativo, avaliativo, com coleta de dados por meio do instrumento PCATool, junto a 379 usuários da APS do Distrito Vila Carli, no município de Guarapuava/PR; os dados foram coletados no período de novembro de 2015 a junho de 2016, e a análise se deu por meio de estatística descritiva simples. Os resultados apontaram que a maioria dos usuários é do sexo feminino (71,8%), com idade produtiva (34,0%), e os entrevistados possuem Ensino Médio Completo (30,3%) e acima de 95% da população tem saneamento básico, mas somente (62,5%) possui carro. Quanto à avaliação do escore geral e essencial a maioria o avaliou negativamente (84,2% e 72,6% respectivamente), com escore menor ou igual a 6,6. Quanto à longitudinalidade, também apresentou um baixo escore por 70,4% dos entrevistados, contribuindo para avaliação negativa da APS. Conclui-se que é de grande importância a avaliação do atributo longitudinalidade na APS, devendo ser melhor desempenhado pelos profissionais, para assim sempre estar aperfeiçoando o cuidado, impactando em melhora na qualidade da atenção primária e melhor satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Longitudinal care is provided over time, creating a link between the user and the multiprofessional health team in Primary Health Care (PHC). The present study aimed to evaluate PHC with an emphasis on the longitudinality of care in the basic care services that make up the Vila Carli Sanitary District of the city of Guarapuava / Parana, from the users. This is a quantitative, evaluative study, with data collection using the PCATool instrument, with 379 PHC users from the Vila Carli District, in the city of Guarapuava / PR; The data were collected from November 2015 to June 2016, and the analysis was done using simple descriptive statistics. The results showed that the majority of the users were female (71.8%), with productive age (34.0%), and the respondents had

¹ Acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste/Unicentro.

² Enfermeira. Mestre em enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Docente efetiva do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste/Unicentro.

completed High School (30.3%) and over 95% of the population had basic sanitation, but only (62.5%) owns a car. Regarding the evaluation of the general and essential score, the majority evaluated it negatively (84.2% and 72.6%, respectively), with a score lower or equal to 6.6. As for longitudinality, it also presented a low score for 70.4% of the interviewees, contributing to a negative PHC evaluation. It is concluded that it is of great importance to evaluate the longitudinality attribute in PHC, and should be better performed by professionals, so as to always be improving care, impacting on improvement in the quality of primary care and better satisfaction of users with health services.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Health Evaluation; Patient Assistance Continuity.

RESUMEN

La atención longitudinal es proporcionada en el curso del tiempo, donde se puede crear un vínculo entre el usuario y el equipo multiprofesional de salud en la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo de este estudio fue evaluar la APS, con énfasis en la longitudinalidad de la atención en los servicios de atención primaria que componen el Distrito Sanitario Censo Carli de Guarapuava/Paraná, a partir de los usuarios. Es un estudio cuantitativo, evaluativo, con la recopilación de datos por medio del instrumento PCATool, a lo largo de los 379 miembros de la APS del censo municipal Carli, el municipio de Guarapuava/PR; los datos fueron recopilados durante el período comprendido entre noviembre de 2015 a junio de 2016, y el análisis se realizó por medio de estadística descriptiva simple. Los resultados mostraron que la mayoría de los usuarios son mujeres (71,8%), con edad productiva (34,0%), y los encuestados tienen secundaria completa (30,3%) y más del 95% de la población el saneamiento básico, pero sólo (62,5%) tenían propio coche. En cuanto a la evaluación de la puntuación general y esencial la evaluación fue más negativa (84,2% y 72,6%, respectivamente), con una puntuación menor o igual a 6,6. En cuanto a la longitudinalidad, también presentó una puntuación baja un 70,4% de los encuestados, lo que contribuye a la evaluación negativa de la APS. Se concluye que es de gran importancia para la evaluación de la APS atributo longitudinalidad y debe ser mejor realizada por profesionales, con el fin de estar siempre a mejorar la atención, que inciden en la mejora de la calidad de la atención primaria y una mejor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

DESCRIPTORES: Atención primaria de salud; Evaluación de la salud; Continuidad del cuidado del paciente.

INTRODUÇÃO

Um evento que mostrou grande influência nas políticas de saúde no mundo foi a Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada no ano de 1978, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), onde afirmaram a saúde como sendo um direito indispensável da humanidade. A conferência foi realizada em um período de crise monetária internacional, onde os gastos na saúde só aumentavam influenciando os países a reconfigurar os seus sistemas de saúde, mudando desde o seu modelo assistencial até a distribuição, reaproveitamento e o usar dos seus recursos¹⁻².

A Constituição Federal brasileira de 1988 estabeleceu uma diferente maneira de atendimento à saúde da sociedade brasileira se baseando a promoção da saúde que

originou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se uma vitória para o movimento sanitário, evidenciando assim, um melhor vínculo entre Estado e civis que visavam um pleno acesso aos serviços de saúde, buscando a satisfação do cidadão².

Com a introdução do SUS no Brasil, permitiu a população brasileira um atendimento universal, equitativo e integral a saúde exaltando-o como uma política social eficaz que garante o acesso a uma saúde pública de qualidade. No entanto para que o sistema seja realmente ativo se faz necessário diversos ajustes e reformas para que assim ocorra a satisfação do usuário à rede de saúde pública³.

O auxílio fornecido a saúde da população brasileira recebeu maior evidência com a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) que não se resume somente na melhora do amparo prestado ao usuário no

local, mas sim a sua progressão em uma ajuda contínua e integral, envolvendo a família, comunidade e os próprios profissionais de saúde, apresentando mudanças à saúde das pessoas e nas próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁴⁻⁵.

O Ministério da Saúde adotou um novo método para a ampliação da APS e consolidação do SUS, sendo ela a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que iniciou em 1994.² A APS está ligada diretamente com a ESF que visa o aumento de atos para o benefício comum dos indivíduos que fazem uso das determinadas estratégias³.

Entendendo a APS como ordenadora do sistema de saúde, deve assumir quatro atributos essenciais: primeiro contato que se refere a acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para episódios novos ou recorrentes; longitudinalidade consiste na existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, refletindo em relações interpessoais/vínculo mútuos entre profissional e usuário; integralidade é a oferta de todos os serviços necessários incluindo encaminhamentos para outros pontos de atenção, de forma organizada; e coordenação que requer continuidade e integração do cuidado global do usuário. E ainda, há os atributos derivados que aumentam o poder de interação dos serviços com os indivíduos e com a comunidade, e qualificam as ações desses serviços, tais como: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural⁵.

No presente trabalho, além de avaliar a APS de forma geral, destacamos a longitudinalidade, pois esta manifesta maior amplitude na APS. Sendo uma orientação contínua no decorrer do tempo, realizada por profissionais de saúde que acompanham os estágios da doença e o cuidado fornecido ao usuário, busca a afinidade entre o mesmo e o profissional, em uma relação mútua de confiança e responsabilidade. Através do apresentado atributo se busca um melhor atendimento com diagnósticos e tratamentos mais precisos, delimitando assim, o atendimento às UBS⁵⁻⁷.

A longitudinalidade pode ser descrita como continuidade do cuidado, mas os termos mostram definições distintas, pois o cuidar contínuo se integra a dificuldades específicas, as ações realizadas no meio tempo das

consultas e as maneiras de recuperação e manutenção da saúde do usuário, sem a preocupação da criação de uma relação no decorrer da terapia⁵.

Já o conceito de longitudinalidade volta-se para o vínculo entre profissional e usuário, analisando a troca de informações que irá existir no decorrer do cuidado, fazendo com que se estabeleça confiança, respeito e formação de um diálogo entre ambos, favorecendo assim um cuidado contínuo e integral, promovendo o seu bem-estar sem que ocorra o uso de métodos dispensáveis, sendo de suma importância a cooperação dos membros da família, sociedade, profissionais e usuários para o estreitamento do determinado vínculo⁵.

Assim, os citados atributos mostram como são de suma importância para um bom desenvolvimento da APS e segundo a OMS, este cuidado deve ser sustentado por outros sistemas e estratégias, direcionando assim a população a um cuidado longitudinal em que irá se fornecer uma assistência em potencial, melhorando assim a realidade da saúde da população^{8,2}.

Com base no que foi colocado o presente estudo tem por objetivo avaliar APS, com ênfase na longitudinalidade do cuidado nos serviços de atenção básica que compõem o Distrito Sanitário Vila Carli do município de Guarapuava/PR, a partir dos usuários.

MÉTODOS

Campo de pesquisa

O município de Guarapuava é dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde, para fins de organização e planejamento. Esses distritos são compostos pelas 31 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), e a divisão dos mesmos se deu considerando aspectos como número populacional e área geográfica do município, sendo assim constituídos:

- Distrito Sanitário Morro Alto (DSM): oito UBSs
- Distrito Sanitário Bonsucesso (DSB): cinco UBSs
- Distrito Sanitário Xarquinho (DSX): seis UBSs
- Distrito Sanitário Boqueirão (DSBO): sete UBSs

- Distrito Sanitário Vila Carli (DSV): cinco UBSs

Para o presente estudo foi selecionado do Distrito Sanitário Vila Carli, em virtude de sua proximidade com o Campus Universitário Cedeteg da Universidade Estadual do Centro-Oeste, o qual abriga os cursos da área da saúde. Além desse Distrito Sanitário abrigar estúdios e aulas práticas da área da saúde, o mesmo está em processo de ser gerenciado por um docente da universidade, justificando-se a escolha do local de estudo.

Tipo de estudo

Trata - se de um estudo com delineamento transversal e abordagem quantitativa.

Em estudos desta natureza, úteis quando se deseja descrever variáveis e seus padrões de distribuição, todas as medições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento. Produzem “instantâneos” da situação de uma comunidade com base na avaliação individual de cada um de seus membros, produzindo indicadores globais para o grupo investigado⁹.

População do estudo

A população desse estudo se constituiu de 278 usuários adultos e 101 acompanhantes de crianças (menores de 12 anos), dos serviços da rede básica do Distrito Vila Carli de Saúde do município de Guarapuava, Paraná.

A presente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unicentro por meio do parecer nº1.093.373/2016.

A população do estudo foi selecionada seguindo os critérios: ter mais de 18 anos; ser usuário da Atenção Primária à Saúde há mais de um ano; ter atendimento prévio na respectiva unidade; concordar em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, foram excluídos do presente estudo pessoas sem capacidade cognitiva para responder ao questionário.

Em situações em que o mesmo usuário foi atendido em mais que um dos serviços da

rede de atenção básica de saúde do Distrito Vila Carli, definiu-se pelo local do último atendimento, assim o usuário passou a ser considerado somente deste último serviço em que foi atendido, impossibilitando a duplicidade de participação.

A população da pesquisa foi constituída pelos usuários dos serviços de APS no Distrito Sanitário Vila Carli, totalizando 29.177 usuários. Realizou-se um cálculo amostral utilizando-se a técnica de amostragem probabilística aleatória, em um nível de significância de 95% e erro de 5%. Chegou-se a um total de 379 pacientes a estudados, conforme a fórmula abaixo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

onde:

n é o tamanho da amostra;

Z é a abscissa da curva normal padrão para nível de significância de 95% que resulta Z=1,96;

N é o tamanho da população finita;

\hat{p} e \hat{q} são as estimativas da verdadeira proporção das variáveis escolhidas (sucesso e fracasso).

Conforme o texto quando você não tiver condições de prever o valor de \hat{p} , admita $\hat{p} = 0,50$, pois, dessa forma, você terá o maior tamanho da amostra, admitindo-se constantes os demais elementos.¹⁰

e é o erro de estimativa, isto é, margem de erro do valor que se estima para um parâmetro populacional;

Então:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 29177}{0,05^2 \cdot (29177 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \cong 379$$

A população é dividida em cinco unidades de atendimento. Com isso, foi necessário realizar uma amostra estratificada proporcional e levar em consideração a quantidade de atendimentos de cada estrato (unidade de atendimento), escolhendo a amostra proporcionalmente aos números de pacientes em cada unidade.

A Tabelas 1 apresenta a quantidade de atendimentos e o tamanho da amostra para o distrito com as cinco unidades, respectivamente.

Tabela1: Número de pacientes em cada unidade do distrito

Unidade	Número de Pacientes	Percentual	Amostra	Aprox
Vila Carli	10000	34,27	129,90	130
Paz e bem	3077	10,55	39,97	40
Vila Bela	10000	34,27	129,90	130
Jardim das Américas	3000	10,28	38,97	39
Colibri	3100	10,62	40,27	40
Total	29177	100,00	379	379

Coleta de dados

A coleta de dados se deu entre os meses de novembro de 2015 a junho de 2016. Como instrumento para avaliação da APS foram utilizados instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT)¹¹, os quais foram elaborados validados por pesquisadores da Universidade de Johns Hopkins, e posteriormente adaptados e validados, por meio do desenvolvimento da pesquisa, realizada em um município brasileiro, pela Organização Panamericana de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, em 2006¹².

Nesse estudo foram utilizados dois questionários, um específico para usuários adultos dos serviços de atenção APS, e outro para acompanhantes de crianças ou incapacitados de responder, além disso foi utilizado um instrumento para identificar as características sociodemográficas de saúde dos pesquisados. Ressalta-se que o perfil traçado quando ao sexo e idade foi dos usuários atendidos (adultos e crianças), e a escolaridade se refere aos respondentes do questionário (adultos e acompanhantes de crianças).

O cálculo dos escores para avaliar a APS no cenário investigado seguiu as instruções contidas no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde¹¹, de modo que a aplicação do instrumento permite construir escores para cada dimensão (atributo) e seus componentes. A estruturação das respostas segue uma escala do tipo Likert, e atribui escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). Para a obtenção do escore da qualidade da APS, foi calculada a

média dos valores dos itens que compõem cada atributo e seus componentes. O Escore Essencial originou-se a partir da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O resultado dos escores Geral, Essencial e Longitudinalidade, foram transformados em uma escala entre 0 e 10, como se segue¹¹:

$$\text{Escore} = \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4-1}$$

O ponto de corte para avaliação da APS foi 6,6, sendo considerado Baixo Escore quando < ou igual a 6,6, e Alto Escore quando > 6,6.

Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2007, e analisados por meio de estatística descritiva simples, e apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da população em estudo

Para a realização da caracterização dos usuários e participantes do estudo na realidade investigada na APS, levou-se em consideração o seu sexo, idade, escolaridade, acesso ao saneamento básico, bens de consumo como carro, televisão, telefone, geladeira e rádio, se possui renda fixa, plano de saúde privado e como o usuário considera o seu próprio estado de saúde.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos usuários. Guarapuava/PR. 2016. N = 379

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	272	71,8
Masculino	107	28,2
Idade		
Menor de 1 ano	27	7,1
1 a menos de 5 anos	46	12,1
5 a 12 anos	26	6,9
18 a 39 anos	129	34,0
40 a 59 anos	83	21,9
Maior de 60 anos	68	17,9
Escolaridade		
Sem escolaridade	16	4,2
Ensino Fundamental Incompleto	88	23,2
Ensino Fundamental Completo	62	16,4
Ensino Médio Incompleto	67	17,7
Ensino Médio Completo	115	30,3
Ensino Superior Incompleto	10	2,6
Ensino Superior Completo	21	5,5

Observando a tabela 1 verificou-se que a maioria (71,8%) dos usuários são do sexo feminino entre as idades de 18 a 59 anos, evidenciando que as mulheres têm maior preocupação com a saúde no grupo familiar¹³. É apresentado respectivamente que os entrevistados possuem escolaridade predominante no Ensino Médio Completo (30,3%) e Ensino Fundamental incompleto (23,2%), os que menos compareceram as Unidades foram com Ensino Superior Incompleto (2,6%).

Em uma pesquisa realizada nos anos de 2004 e 2005 no Estado de São Paulo, a

população predominante que faz uso das UBS's também foi a do sexo feminino, com uma pequena diferença de idade média, sendo de 45 anos¹³.

Os dados do presente estudo corroboram com outros estudos¹⁴⁻¹⁵. Quanto à escolaridade o presente estudo encontrou maioria com ensino médio completo (30,3%), dado esse que também corrobora com estudos recentes, indicando melhora no nível educacional da população brasileira nos últimos anos¹⁶⁻¹⁸, e acompanha estudos internacionais^{19,15}.

Tabela 2: Acesso dos usuários a luz, água, banheiro, geladeira, meios de comunicação e transporte. Guarapuava/PR. 2016. N = 379

Variável	N	%
Geladeira	378	99,7
Luz	378	99,7
Água	373	98,4
Banheiro dentro de casa	377	99,5
Telefone	368	97,1
Televisão	378	99,7
Rádio	335	88,4
Carro	237	62,5

Na tabela 2 verifica-se o percentual de usuários que tem acesso ao saneamento básico, sendo que a maioria deles o possui. No que se refere aos bens de consumo, que entram como necessidades humanas básicas comuns a todos, somente 62,5% dos usuários

tem carro, podendo dificultar assim o acesso à unidade.

Igualmente ao estudo realizado em 2004 e 2005 mais de 95% da população tem saneamento básico em suas moradias. Destaca-se que somente 62,5% possui carro,

aproximando o também ao citado estudo¹³.

Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto corrobora com os dados encontrados, em que aproximadamente a 100% dos entrevistados tem acesso à água

encanada e ao banheiro dentro de casa²⁰, os resultados relacionados aos eletrodomésticos que as pessoas têm disponíveis são também próximos à totalidade a não ser o rádio, sendo de menor posse a eles.

Tabela 3: Emprego, plano de saúde privado e condições de saúde nos últimos 30 dias. Guarapuava/PR. 2016. N = 379.

Variável	N	%
Emprego	147	38,8
Plano de saúde privado	144	38
Considera o estado de saúde nos últimos 30 dias:		
Muito ruim	13	3,4
Ruim	32	8,4
Regular	130	34,3
Bom	163	43
Ótimo	41	10,8
Deixou de realizar atividades habituais por problemas de saúde nos últimos 30 dias	59	15,6

22

Ao analisar a tabela 3, destaca-se um alto índice de desemprego, pois somente 38,8% estão empregadas. Os dados dos pesquisados que possuem plano de saúde privado aproximam-se dos que possuem renda fixa (38%). No estudo realizado em Ribeirão Preto 47,8% dos pacientes atendidos na UBS tem emprego, sendo um índice maior do que dos participantes do estudo. Já os que têm plano de saúde particular são somente de 11,8% nas unidades básicas²⁰, dados esses inferiores aos do presente estudo.

Quanto ao estado de saúde, os pesquisados consideram Bom (43%) e Regular (34,3%) e poucas deixaram de realizar atividades rotineiras por problemas de

saúde. Esses achados são semelhantes a pesquisa realizada em Ribeirão Preto, em que 52,2% consideram o como bom ou muito bom²⁰, e na realidade investigada apresentam 53% bom e ótimo, se assemelhando ao estudo de Ribeirão Preto.

Avaliação da Atenção Primária à Saúde

A seguir é apresentada a tabela 4 com dados da avaliação da APS na realidade investigada. Para interpretação dos escores, os mesmos foram classificados como Baixo Escore (< ou igual a 6,6) e Alto Escore (>6,6).

Tabela 4: Avaliação da Atenção Primária à Saúde segundo Escore Geral, Escore Essencial e Escore do Atributo Longitudinalidade. Guarapuava/PR. N = 379.

Variável	N	%
Escore Geral*		
< ou igual a 6,6	319	84,2
>6,6	60	15,8
Total	379	100
Escore Essencial**		
< ou igual a 6,6	275	72,6
>6,6	104	27,4
Total	379	100
Escore Longitudinalidade		
< ou igual a 6,6	267	70,4
>6,6	112	29,6
Total	379	100

Na tabela 4 evidenciamos que a maioria dos usuários avalia negativamente a APS. O Escore Geral para a maioria (84,2%) dos entrevistados foi Baixo. Já o Escore Essencial teve um menor percentual de avaliações negativas, porém a maioria (72,6%) dos participantes também referenciaram Baixo Escore.

Idosos que participaram em um estudo realizado em Macaíba (RN) avaliaram a atenção recebida na APS como média, pois os valores obtidos no Escore geral (5,7) e Essencial (6,0) foram baixos, evidenciando a necessidade de melhora da atenção,²¹ dados esses que corroboram com o presente estudo.

Já em uma pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro os valores atribuídos ao Escore Geral e Essencial foram próximos de 6,0, sendo abaixo do que mostraria uma APS de qualidade,²² sendo que esse estudo também apresenta dados semelhantes a presente pesquisa. Assim, pode-se evidenciar que apesar de todos esforços evidenciados para melhorar a APS, ainda são necessárias melhorias.

O atributo longitudinalidade obteve menor avaliação negativa ao comparar com Escore Geral e Essencial, entretanto houve predominância (70,4%) do Baixo Escore. A literatura aponta que esse atributo pode ser associado igualmente a uma idade mais avançada, acima de 60 anos, pois é visto em um vínculo criado entre profissional e usuário, devido aos idosos possuírem doenças crônicas que necessitam de um acompanhamento por um período prolongado na atenção primária a saúde, estreitando laços formados²¹. A maioria dos usuários do presente estudo está em idade produtiva, podendo relacionar a má avaliação do atributo.

Em estudo realizado em UBSs do Rio Grande do Norte a atenção longitudinal apresentou média de 7,3% sendo satisfatória para a população, ficando em destaque quando comparada aos outros atributos avaliados.²¹ Estudos realizados em João pessoa¹⁷ e em Serra/ES¹⁸, também apresentaram avaliação positiva no atributo longitudinalidade, dados esses contrários aos encontrados no presente estudo, demonstrando que a realidade investigada necessita de maiores investimentos na APS a fim de melhorar todos os seus atributos.

Ressalta-se que estudo realizado em ESF e UBS no município de Colombo, situado no mesmo Estado do presente estudo, corroboram com esse, evidenciando um baixo escore no atributo longitudinalidade (5,4) e (3,4)²³, podendo inferir que é necessária uma melhor atenção ao cuidado longitudinal no Estado do Paraná.

O atributo Longitudinalidade no presente estudo obteve avaliação ruim dos usuários, por ser um cuidado contínuo ao decorrer do tempo em que se cria um vínculo entre usuário e equipe, demonstra que o mesmo não recebeu a atenção necessária para um determinado auxílio, contribuindo para que a APS seja mal avaliada.

Destaca-se que os serviços brasileiros de saúde e seus sistemas estão organizados de forma hierarquizada em que o cidadão procura atendimento à saúde, mas não tem acesso de maneira igualitária e integral, fazendo que a melhor assistência ao usuário não seja prestada²⁴.

CONCLUSÕES

Evidenciou-se, com o presente estudo que nas UBSs investigadas, o usuário não está recebendo a atenção necessária para a promoção do seu bem-estar e garantia de acesso às tecnologias leves, focando na maior quantidade de atendimento e não na melhor prestação do cuidado, sem considerar o ser pensante, mas sim a doença.

A partir dos resultados obtidos neste estudo é possível verificar que determinadas ações no município de Guarapuava-PR, relacionados à APS e especificamente ao atributo longitudinalidade, necessitam ser melhor aproveitadas pelos profissionais de saúde e usuários, utilizando o que foi conquistado no decorrer dos anos através SUS em prol da saúde dos mesmos. Ressalta-se também que o atributo longitudinalidade contribuiu significativamente para redução dos escores geral e essencial, de modo que aquele foi pior avaliado em relação a esses.

Com os valores obtidos do escore longitudinalidade, permite-se confirmar um cuidado de má qualidade prestado aos usuários ao longo do tempo, mostrando um escore ruim, indicando uma falta na prestação de serviços a população sem correr o cuidado

contínuo ao usuário.

Foi evidenciada a limitação de acesso do usuário aos profissionais de saúde, que deveriam construir uma relação mútua, para que assim o cuidado ao decorrer do tempo seja prestado, este podendo ser realizado através dos atendimentos nas unidades ou por visitas domiciliares, pois assim iria ocorrer a criação do vínculo auxiliando na melhora da saúde do usuário.

O estudo contribui para ressaltar a importância da prestação de uma assistência de qualidade na APS, sendo de extrema importância avaliar os seus atributos, pois é a partir deles que ocorrerá o avanço das assistências em saúde para melhor atendimento ao cidadão.

REFERÊNCIAS

1. Mattos, RA. Desenvolvendo e Oferecendo Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. [Tese]. Rio de Janeiro: Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (BR). Cuidados primários de saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978. Brasília. 1979. Acesso em: 22/06/2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994; 35: Brasília. 2012.
4. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos Saúde Pública. 2008; 24 (1) [online] [acesso em 2015 Out 22] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lang=pt&tlng=pt
5. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
6. Gervas J, Fernandez PM. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Revista brasileira epidemiologia. 2005; 8 (2): [online] [acesso em 2015 Set 02] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200013
7. Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. Annals of Family Medicine. 2003; 1 (3): [online] [acesso em 2015 Set 02]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466595/>
8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: MS; 2004.
9. Almeida filho N, Rouquayrol ZM. Introdução à Epidemiologia. 3ª ed. Rio de Janeiro, Medsi; 2002.
10. Simon GA, Freund JE. Estatística Aplicada: Economia, Administração e Contabilidade. 9ª ed. Porto Alegre, Bookman; 2000.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: MS; 2010.
12. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica

do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006 [acesso em 2015 Out 19]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Sala55641.pdf>

13. Ibañez N. et al. Care performance assessment of primary health care services in the state of São Paulo. *Ciência e saúde Coletiva*. 2006; 11 (3): 683-703.

14. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Silva SL. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50 (2):335-45. [online]. [acesso em 2015 Ago 31] Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/usu%C3%A1rios%20revis%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica%20PAULA.pdf>

15. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, Tobin A, Moineddin R, Blaine S, et al. Academic family health teams Part 2: patient perceptions of Access. *Can Fam Physician*. 2016; 62:31-9. [online]. [acesso em 2015 Ago 31]. Disponível em: [file:///C:/Users/Samsung/Downloads/ingles%20percep%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20acesso%20Canad%C3%A1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Samsung/Downloads/ingles%20percep%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20acesso%20Canad%C3%A1%20(1).pdf)

16. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2014; 19 (2):353-64.

17. Vaz EMC, Magalhães RKBPM, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36 (4):49-54 [online]. [acesso em 2016 Ago 02]. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/longitudinalidade%20do%20cuidado%20a%20crian%C3%A7a.pdf>

18. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o

cuidado. *Rev Lat Am Enferm*. 2015; 23 (3):553-9: [online]. [acesso em 2016 Ago 02]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0496-2587.pdf.

19. Kim KY, Lim K, Park EW, Choi EY, Cheong YS. Patients' Perceived Quality of Family Physicians' Primary Care with or without 'Family Medicine' in the Clinic Name. *Korean J Fam Med*. 2016; 37:303-7.

20. Pereira, M. Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto. [tese]. Ribeirão Preto; 2008.

21. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Júnior HJBA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência Saúde Coletiva*. 2014; 19 (8): [online] [acesso em 2016 Ago 02]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>

22. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência em saúde coletiva*. 2016; 21 (5):1399-1408: [online] [acesso em 2016 Ago 02]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501399&script=sci_abstract&tlng=pt

23. Oliveira VBCA. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo- paraná. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de São Paulo/USP; 2012.

24. Curvo, PA. Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção. [dissertação]. Ribeirão Preto: USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010.

Recebido em: 15.2.2017
Aprovado em: 15.5.2017