

AValiação Comparativa entre Modelos de Atenção Primária à Saúde: Perspectiva dos Profissionais

COMPARATIVE EVALUATION BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE MODELS: PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

THAIS GARCIA PAES¹, MARIA FERNANDA PEREIRA GOMES², LISLAINE APARECIDA FRACOLLI³, SIMONE ALBINO SILVA⁴, KESLEY DE OLIVEIRA RETICENA⁵

1. Graduanda em enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP); 2. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP); 3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP); 4. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL; 5. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP).

* Rua Myrtes Spera Conceição, 301, Conj. Nelson Marcondes, Assis, São Paulo, Brasil. CEP 19813-550. m.fernanda.pgomes@hotmail.com

Recebido em 08/01/2018. Aceito para publicação em 29/01/2018

RESUMO

Objetivo: avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) e comparar a extensão dos atributos nos dois modelos de APS. **Método:** Pesquisa avaliativa, descritiva e quantitativa realizada com 25 profissionais de saúde, sendo quatorze lotados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e onze trabalhadores de unidades básicas de saúde tradicionais (UBST). A coleta de dados aconteceu por entrevista utilizando o instrumento Primary Care Assessment Tool. **Resultados:** o atributo de acessibilidade apresentou escore negativo na ESF e na UBST, os demais escores de longitudinalidade, coordenação e integralidade foram positivos para ambos os serviços. **Conclusão:** na visão dos profissionais, a APS apresenta alto desenvolvimento na maioria dos atributos avaliados. Comparando os dois modelos, a ESF apresentou valores maiores em sete atributos e nos escores geral e essencial. Contudo, há baixo desenvolvimento da acessibilidade, caracterizado por barreiras organizacionais dos dois tipos de serviços e em componentes de outros atributos como a contrarreferência, a valorização de informações sobre o estilo de vida do cliente e a participação nos conselhos locais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde, avaliação em saúde, estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence and extent of the attributes of Primary Health Care (PHC) and compare the range of attributes in both PHC models. **Method:** Evaluative, descriptive and quantitative study conducted with 25 health professionals, fourteen who work in the Family Health Strategy (FHS) and eleven who work in traditional basic health units (TBHU). Data collection was conducted through interviews using the instrument primary care assessment tool. **Results:** the accessibility attribute showed a negative score in the FHS and in the TBHU; the other scores of longitudinality, coordination and comprehensiveness were positive for both services. **Conclusion:** In the professionals' point of view, PHC

has a high development in most of the evaluated attributes. Comparing the two models, the FHS had higher values in seven attributes and in the general and essential scores. However, the development of accessibility is low, characterized by organizational barriers in the two types of services and in components of other attributes such as counter-reference, the importance of information about customers' lifestyle and the participation in local health councils.

KEYWORDS: Primary health care, health evaluation, family health strategy.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil a Atenção Primária à Saúde está organizada com base em dois modelos principais: a Atenção Básica tradicional e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A primeira se caracteriza, no município de Assis (SP), por atendimento pautado nos programas tradicionais de puericultura, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, pré-natal, imunização, tratamento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, e no atendimento médico especializado em ginecologia, pediatria e clínica geral. A grande diferença entre a ESF e a Atenção Básica tradicional é a proposta de trabalhar com foco na família. A ESF, além de trabalhar com os programas propostos pelo Ministério da Saúde, trabalha com território e população definida, equipe multiprofissional, mapeamento de risco, visita domiciliar, integralidade das ações, acompanhamento das famílias e na identificação dos seus condicionantes e determinantes de saúde¹. Na maioria das cidades brasileiras esses dois modelos coexistem de forma complementar ou concorrente. No município de Assis somente uma das Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST) possui o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) aco-

plado, o que dificulta a realização regular de visitas domiciliares e o mapeamento de risco.

Independente do modelo adotado, a definição operacional da Atenção Primária à Saúde (APS) que vem sendo utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde, define quatro atributos essenciais para o funcionamento dos serviços de APS: a) acesso de primeiro contato: o serviço de saúde como referência de cuidado a cada novo problema ou novo evento de um mesmo problema de saúde, exceto nas urgências; b) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção e a expressão da relação interpessoal de confiança mútua entre a população e o serviço; c) integralidade: ações de atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial e do processo saúde-doença, adequadas ao contexto da APS; e d) coordenação: existência de uma rede de serviços, de informações a respeito de problemas e de serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação para o atendimento atual²⁻⁴.

Para caracterizar a APS, três características foram propostas, chamadas atributos derivados, que qualificam as ações dos serviços de APS: orientação familiar: consideração do contexto familiar e de seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde na avaliação das necessidades individuais; b) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e da relação com a comunidade, incentivo ao controle social, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; e c) competência cultural adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma³. Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados⁴. A partir dessas definições, estabeleceu-se uma forma de avaliação da APS, verificando a presença e o alcance dos seus atributos.

A diversidade da realidade social, econômica e de saúde do Brasil estimula a realização de avaliações que possam comparar a ocorrência dos atributos da APS nos diferentes “modelos” que operam na APS, com a finalidade de proporcionar a melhor utilização desses serviços pela população e para maximizar a resolutividade do primeiro nível de assistência. Avaliar serviços de saúde envolve a produção de conhecimento e/ou instrumentos visando à melhoria da assistência prestada através das técnicas e tecnologias desenvolvidas pelos profissionais de saúde⁵⁻⁶.

Nessa perspectiva os objetivos desta pesquisa são avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS no

município de Assis-SP, na perspectiva dos profissionais, e comparar a extensão dos atributos da APS nos dois modelos de APS (UBS e ESF) disponíveis no município de Assis.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e quantitativa realizada no município de Assis, interior do Estado de São Paulo, que possui 100.911 habitantes. Apresenta sete Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST) em funcionamento e doze Equipes de Saúde da Família (ESF), que, juntas, cobrem 57,82% da população⁷. A cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é de 29,30%⁷. Outras informações importantes sobre o município de Assis é que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,805 e classificou-se no grupo 3 do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) em 2012.

As UBST, também denominadas centros de saúde, começaram a funcionar com programas de saúde voltados para criança, mulher, adulto, saúde mental, saúde bucal, imunização e programas para atendimento da tuberculose e hanseníase no Estado de São Paulo na década de 1970. Nesse momento histórico, mudanças estruturais e organizacionais estavam ocorrendo na APS a partir da reforma da SES-SP em 1972, na gestão do Dr. Walter Leser. No caso particular do município de Assis, nessa década ocorreu a implantação de uma UBST no centro da cidade, que ficou responsável pelo atendimento da população local. A ESF no município de Assis começou a ser implantada em 1995, assim como no Estado de São Paulo. Em todo território nacional têm-se observado esforços políticos e incentivos financeiros para o avanço, implantação e consolidação da ESF em todos os municípios.

Para responder ao objetivo dessa pesquisa, escolheu-se o universo de profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalhavam com o atendimento direto aos usuários da Atenção Primária à Saúde e que aceitaram participar da presente pesquisa. O número total de médicos e enfermeiros que trabalhavam nas UBS tradicionais em janeiro de 2015, período da pesquisa, era igual a 41 e 28 respectivamente; no caso da ESF, o número total de médicos e enfermeiros era igual a 10 e 11 respectivamente. Aceitaram participar da presente pesquisa 9 enfermeiros e 5 médicos que trabalhavam na ESF e 9 enfermeiros e 2 médicos que trabalhavam nas UBST, no âmbito da Atenção Primária à Saúde do município de Assis-SP.

Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) Versão Profissionais⁴, em horário e dia agendado após contato telefônico e disponibilidade dos profissionais. Essa etapa ocorreu após a aprovação do Secretário de Saúde do município de

Assis e aprovação do Comitê de Ética e pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o nº de parecer 912.502. Nas entrevistas com os profissionais foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e explicado os objetivos, riscos, benefícios, garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa, liberdade para recusar-se a participar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo e privacidade dos sujeitos e confidencialidade das informações.

O instrumento utilizado na presente pesquisa “Permite, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos da estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS”⁴.

O PCATool Versão Profissionais é composto por 77 itens, divididos em oito componentes: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A), Longitudinalidade (B), Coordenação – Integração de Cuidados (C), Coordenação – Sistema de Informações (D), Integralidade – Serviços Disponíveis (E), Integralidade – Serviços Prestados (F), Orientação Familiar (G) e Orientação Comunitária (H). Cada item permite cinco opções de resposta: “Com certeza, sim”, “Provavelmente, sim”, “Provavelmente, não”, “Com certeza, não” e “Não sei/não lembro”⁴.

Os dados foram analisados com base no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde⁴, que calcula os escores a partir da soma dos indicadores que compõem cada atributo seguida da média aritmética. Para análise comparativa entre os atributos utilizou-se o valor igual 6,6, valor médio considerado como referência de boa orientação para APS por Barbara Starfield^{2,4}.

Etapas da análise dos dados:

Digitização e organização dos dados no Microsoft Excel;

Cálculo dos escores, desvio padrão, máxima e mínima no Microsoft Excel;

Análise geral dos escores encontrados com base na literatura da APS;

Análise comparativa entre os escores dos profissionais que trabalham na APS de modelo tradicional e que trabalham na ESF.

3. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados abordando as características gerais dos profissionais entrevistados (tabela 1), características relativas à especialização, capacitação para o trabalho e outros vínculos empregatícios dos profissionais entrevistados (tabela 2), escores dos atributos da APS (ESF + UBS tradicional) no município de Assis (quadro 1), indicadores que contribuíram para os baixos scores alcançados pelo atributo acessibilidade

(quadro 2), e um comparativo entre os scores atingidos pelos atributos da APS nas duas modalidades de assistência em curso no município (quadro 3).

Tabela 1. Características gerais dos médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, Assis 2015.

Características	Médicos N (%)	Enfermeiros N (%)
Trabalha na Atenção Primária Tradicional	2 (8%)	9 (36%)
Trabalha na Estratégia Saúde da Família	5 (20%)	9 (36%)
Trabalha na Atenção Primária há mais de 1 ano	4 (16%)	17 (68%)
Número total de profissionais participantes	7 (28%)	18 (72%)

Fonte: Elaborada pelos próprios autores, 2015.

Os participantes dessa pesquisa foram 25 profissionais, sendo 7 médicos e 18 enfermeiros que trabalham na Atenção Primária à Saúde. Dos 7 médicos, 2 trabalham na Atenção Primária à Saúde tradicional e 5 trabalham na ESF. Dos 18 enfermeiros, 9 trabalham na Atenção Primária à Saúde tradicional e 9 trabalham na ESF.

Como demonstra a Tabela 1, a maioria dos profissionais que participaram da presente pesquisa é enfermeiro, sendo que dos 18 entrevistados, 17 trabalham na APS há mais de um ano. Observa-se também que dos sete médicos entrevistados, quatro trabalham na APS há mais de um ano, demonstrando que há grande rotatividade dos profissionais médicos na APS, o que se contrapõe ao princípio de vínculo e longitudinalidade do cuidado.

Em um estudo realizado em Piracicaba (SP), os profissionais de saúde destacaram que há a necessidade de médicos fixos e exclusivos da unidade, de melhorar a oferta de cursos de capacitação para equipe, de evitar a rotatividade de profissionais quando a equipe está funcionando bem, de melhorar as condições que propiciam ambiente de trabalho estressante, de melhorar o estímulo e a motivação profissional, e de melhorar a contrarreferência das interconsultas⁸.

Tabela 2. Características relativas a especialização, capacitação para o trabalho e outros vínculos empregatícios dos médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, Assis 2015.

Características	Possui especialidade N (%)	Participou de curso de capacitação N (%)	Possui outro Vínculo empregatício N (%)
Médico UBS tradicional	2 (100)	0 (0)	2(100)
Médico ESF	3 (60)	3(60)	2(40)
Enfermeiro UBS tradicional	9 (100)	7(78)	8(89)
Enfermeiro ESF	8 (89)	9(100)	1(11)

Fonte: Elaborada pelos próprios autores, 2015.

Na tabela 2, observa-se que a maior parte dos enfer-

meiros que trabalham na APS possuem especialidade. Dentre as especialidades apontadas pelos enfermeiros estão: saúde da família, saúde pública, saúde mental, saúde coletiva, enfermagem do trabalho, urgência e emergência, obstetrícia, gestão hospitalar e Unidade de Terapia Intensiva, sendo que muitos deles possuem mais de uma especialidade. Em relação aos médicos que possuem especialização, observa-se que 100% trabalham na UBS tradicional, enquanto que 60% trabalham na ESF. As especialidades citadas pelos médicos são: saúde da família, pediatria, sanitarista, medicina do trabalho, gestão pública, cirurgia vascular, pneumologia e medicina interna; verifica-se também que alguns dos participantes referiram mais de uma especialidade.

Em relação à capacitação para o trabalho, observa-se que os enfermeiros apresentam maior percentual de participação em relação aos médicos. Outro dado importante a destacar é que grande parte dos enfermeiros que trabalham na UBS tradicional possuem outro vínculo empregatício.

Quadro 1. Escores dos Atributos Essenciais e Derivados da Atenção Primária à Saúde de acordo com os profissionais. Assis, 2015.

Atributo	Escore	DP	Máx.	Mín.
Acessibilidade	4,83	3,93	9,33	0,67
Longitudinalidade	7,78	1,46	9,60	5,73
Coordenação - Integração de Cuidados	7,22	1,90	9,07	4,27
Coordenação - Sistema de Informações	8,58	0,54	9,07	8,00
Integralidade - Serviços Disponíveis	6,96	2,93	9,87	0,40
Integralidade- Serviços Prestados	7,69	1,59	9,07	3,07
Orientação Familiar	8,27	0,53	8,80	7,73
Orientação Comunitária	7,91	1,24	9,20	6,27
Essencial	7,14	1,39	8,58	4,53
Geral	7,37	1,26	8,58	4,53

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2015.

No quadro 1 o escore do atributo acessibilidade apresentou valor inferior à média preconizada por Starfield, de 6,6. Os demais atributos avaliados obtiveram escore superior ao valor preconizado, com destaque para o atributo *Coordenação - Sistema de Informações*, que obteve o maior escore, com 8,58, seguido pelo atributo *Orientação Familiar*, com escore de 8,27.

Devido ao baixo escore alcançado pelo atributo “acessibilidade”, optou-se por analisar os indicadores que compunham esse item, na busca de identificar qual(is) dele(s) pode(m) ter contribuído para esse baixo escore.

A acessibilidade é avaliada como não satisfatória no município de Assis com escore igual a 4,83. Observa-se que os indicadores: *O serviço está aberto sábado e do-*

mingo, O serviço de saúde abre, pelo menos em alguns dias da semana até às 20 horas, quando o serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente adoecer, alguém do serviço o atende naquela noite foram os que puxaram esse escore para baixo, pois a maioria dos entrevistados respondeu negativamente a essas perguntas.

Quadro 2. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

Indicador	Escore
O serviço está aberto sábado e domingo	0,67
O serviço de saúde abre, pelo menos em alguns dias da semana até às 20 horas	0,80
Quando o serviço de saúde está aberto, atende a pacientes que adoeceram no mesmo dia e precisaram de atendimento	8,67
Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam necessário	9,33
Quando o serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para os pacientes ligarem quando adoecem	5,47
Quando o serviço de saúde está fechado nos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém do serviço o atende no mesmo dia	1,07
Quando o serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente adoecer, alguém do serviço o atende naquela noite	0,93
É fácil para o paciente conseguir marcar consulta de revisão (rotina) no serviço de saúde	9,20
Os pacientes esperam mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou enfermeiro	7,33
Escore geral do atributo	4,83

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2015.

Quadro 3. Quadro comparativo dos escores dos atributos entre Unidades do Modelo Tradicional de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família

Atributo	Escore APS tradicional	DP	Escore ESF	DP
Acessibilidade	4,75	3,90	4,89	3,99
Longitudinalidade	7,5	1,29	8,00	1,77
Coordenação - Integração de Cuidados	7,02	1,71	7,54	1,98
Coordenação - Sistema de Informações	8,58	0,35	8,57	0,71
Integralidade - Serviços Disponíveis	6,61	2,94	7,24	2,96
Integralidade- Serviços Prestados	7,03	1,82	8,21	1,59
Orientação Familiar	8,18	0,52	8,33	0,63
Orientação Comunitária	6,41	1,9	9,09	0,76
Essencial	6,91	1,26	7,41	1,32
Geral	7,01	1,18	7,73	1,29

Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2015.

De uma forma geral os escores dos atributos da ESF apresentam valores melhores do que os escores do modelo tradicional. Observa-se no atributo de orientação comunitária que o modelo tradicional de APS possui valor bem menor do que na ESF. Nos dois modelos de assistência verifica-se baixo escore para o atributo de acessibilidade. Nos escores essencial e geral, os dois modelos de atenção apresentam valor superior a 6,6, ou seja, apresentam valor adequado, segundo Starfield⁴.

4. DISCUSSÃO

A avaliação da APS no município de Assis, na percepção dos profissionais, mostra que no atributo *Acessibilidade* os dois serviços presentes no município precisam melhorar a disponibilidade de horários de atendimento noturno para a população trabalhadora. Os serviços deveriam também estar disponíveis nos finais de semana para melhor atendimento da população. Nessa pesquisa a ESF funciona das 7:00 às 17:00 horas e as UBS (Unidades Básicas de Saúde) do modelo tradicional funcionam das 7:00 às 18:00 horas. Embora a APS no Brasil funcione geralmente de segunda a sexta e das 7:00 às 17:00 horas, devido às necessidades de saúde da população é preciso pensar em outras formas de atender, possibilitar outros horários e disponibilizar atendimento aos finais de semana com recursos físicos, materiais e humanos adequados para atender a demanda.

Comparando as respostas dos profissionais das USF com os das UBS na dimensão acesso, percebe-se que não houve diferenças significativas entre esses dois modelos assistenciais, o que coincide com o observado nas respostas dos profissionais de saúde de Piracicaba (SP), Petrópolis (RJ), dos profissionais de saúde de 62 municípios com mais de 100 mil habitantes do Estado de São Paulo e dos profissionais com formação superior dos municípios da região Centro-Oeste⁸⁻¹¹.

Na pesquisa realizada em Piracicaba, foi identificado que menos de 20% das unidades ficam abertas durante o fim de semana e depois das 18 horas, e não apresentam telefone para pedir informações quando a unidade está fechada, o que dificulta o acesso dos usuários para utilização das USF e UBS⁸. Nesse contexto, a introdução da ESF não implica obrigatoriamente melhoria do acesso, corroborando os dados obtidos nas pesquisas realizadas em São Paulo (SP), Distrito Federal (DF), Serra (ES) e nos municípios da região Centro-Oeste, Brasil¹¹⁻¹⁴.

No estudo prospectivo e de revisão bibliográfica, com base na pesquisa realizada em 32 municípios do interior do Rio Grande do Sul (RS), utilizando a versão profissionais do PCATool, encontrou-se alto grau de orientação para a APS (7,2) e baixo grau no atributo de Acesso de Primeiro Contato (5,8)¹⁵.

Na microrregião de Alfenas (MG), os profissionais fizeram baixas avaliações para os itens que versam sobre o horário de funcionamento e a comunicação do serviço com seus usuários, refletindo a indisponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários como períodos noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos. Recomenda-se que a APS comece a utilizar tecnologias como telefone e e-mail, entre outras, para ampliar o contato¹⁶.

No atributo *Longitudinalidade*, a despeito do alto escore obtido, observa-se que os profissionais não valorizam a informação de atividade laboral de seus clientes. Pensando que a inserção no mercado de trabalho e a posição social dos indivíduos definem o aparecimento e a

forma como se dá o processo saúde-doença de muitas morbidades, é importante que os profissionais saibam a atividade laboral de seus clientes, para contribuir na promoção da saúde e conhecer os fatores envolvidos em seu adoecimento. Falando ainda da *longitudinalidade* do cuidado em saúde, é imprescindível que os profissionais que atendem os usuários da APS saibam todos os medicamentos que os mesmos tomam e que essa informação seja devidamente registrada no prontuário para que toda equipe tenha acesso.

Nas ESFs observou-se que o vínculo e a continuidade do atendimento são mais fortes e consolidados do que nas unidades de atenção primária à saúde tradicional, conforme também foi encontrado nos municípios de Piracicaba (SP), Petrópolis (RJ) e nos municípios da região Centro-Oeste^{8-9,11}.

Com resultados semelhantes, a pesquisa realizada no município de Chapecó (SC) apresentou baixo escore nos atributos de *Acessibilidade* e *Longitudinalidade* com escores de 3,6 e 6,0 respectivamente¹⁷.

O conceito trabalhado por Starfield descreve que o acesso implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou episódio, para o qual as pessoas procuram cuidados em saúde⁴.

No atributo *Coordenação – Integração de Cuidados*, os indicadores “Os profissionais têm conhecimento das consultas que os pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados” e “Os profissionais recebem informações úteis do especialista sobre o paciente encaminhado” obtiveram escores de 6,53 e 4,27, estão abaixo do valor de escore recomendado, o que mostra que o sistema de referência e contrarreferência é falho.

A *Coordenação – Integração de Cuidados* na ESF obteve melhor escore que as UBS do modelo tradicional, no entanto, na *Coordenação – Sistemas de Informações*, os dois tipos de serviços não tiveram diferença significativa no valor do escore.

No município de Sobral, localizado na região Nordeste do Ceará, observou-se que quando os clientes passam no médico especialista, os médicos da APS não recebem informações sobre esta avaliação, mostrando que a contrarreferência não está ocorrendo¹⁸.

No atributo *Integralidade – Serviços Disponíveis* observa-se que a disponibilidade dos serviços de sutura de um corte que necessite de pontos, colocação de tala (ex: para tornozelo torcido), remoção de verrugas, remoção de unha encravada é escassa; geralmente esses serviços de uma forma geral acabam sendo resolvidos nos serviços de urgência e emergência, sobrecarregando esse nível de atenção. Os serviços de identificação de problemas auditivos e visuais, aconselhamento sobre como parar de fumar, orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma) deveriam apresentar melhor disponibilidade, por serem problemas comuns que

abrangem grande parte da população e por não demandarem grande densidade tecnológica para sua resolução ou assistência em outros níveis do sistema de saúde.

O atributo *Integralidade – Serviços Prestados* apresenta fragilidades no indicador de “conhecimento do profissional sobre a existência de arma de fogo na casa do cliente”. Ao perguntar essa informação ao cliente, o profissional pode perceber a presença de riscos no domicílio como, por exemplo, o uso da arma de fogo indevidamente por uma criança; e no indicador de “Prevenção de osteoporose em mulheres”, por mais que a expectativa de vida tenha aumentado e as doenças crônico-degenerativas sejam cada vez mais prevalentes, o serviço de saúde não tem acompanhado essas mudanças. Esse estudo mostra que a APS não tem trabalhado muito a prevenção da osteoporose, doença de grande incidência no período do climatério. O aconselhamento dos profissionais aos usuários sobre a segurança com armas de fogo também é pouco realizado pelos profissionais que trabalham na microrregião de Alfenas (MG)¹⁶.

A disponibilidade de serviços de saúde e sua prestação é melhor operacionalizada pela ESF do que nas UBS modelo tradicional, de acordo com a percepção dos profissionais que trabalham no município de Assis-SP.

Na microrregião de Alfenas (MG), a avaliação do atributo de *Integralidade*, dividido em duas etapas *Serviços Disponíveis* e *Serviços Prestados*, revela importantes pontos de baixa qualidade a serem superados na ESF. Existe um descompasso entre o que é oferecido à população, e suas necessidades de saúde, respeitando o que tange à competência desse nível assistencial¹⁶.

A organização da Assistência na APS, visando ao desenvolvimento da integralidade, pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica¹.

A *Orientação Familiar* da APS nesse estudo mostra que os profissionais têm valorizado cada vez mais o contexto familiar nas suas avaliações, como potencializador de cura e ou doença.

Na pesquisa realizada com os profissionais da APS de Piracicaba (SP), o enfoque familiar foi maior na ESF que nas UBS modelo tradicional⁸. Esse dado coincide com as pesquisas realizadas em Petrópolis (RJ) e nos municípios da região Centro-Oeste⁹⁻¹¹.

Na *Orientação Comunitária* observa-se que, no indicador “Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)”, o escore foi igual a 6,27, o que mostra que o serviço de APS não valoriza a participação social como fator que pode impulsionar os usuários a participar das decisões políticas e lutar por seus direitos e equidade no campo da sa-

úde.

A operacionalização do atributo *Orientação Comunitária* nos municípios de Piracicaba (SP) e Rio de Janeiro (RJ) também obteve melhor avaliação na ESF que nas UBS tradicionais^{8,19}. Esse dado difere do observado em Petrópolis (RJ), no qual não ocorreu diferença significativa entre ESF e UBS, mas coincide com o obtido nos municípios da região Centro-Oeste¹¹.

Quando se compara a APS tradicional com a ESF, observa-se que, em relação à *Orientação Comunitária*, a APS tradicional possui escore bem menor que a ESF e ainda está abaixo do valor preconizado no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Como já era de se esperar, a ESF por trabalhar com foco na família e comunidade apresenta os escores de *Orientação Comunitária* e *Orientação Familiar* com valores maiores que a APS tradicional.

As evidências dos benefícios da APS são amplas, principalmente no que diz respeito ao forte papel que ela desempenha na promoção da equidade, à maior satisfação dos usuários e sobre o aumento da efetividade e eficiência da atenção sanitária. Pesquisas que comparam países com sistemas de saúde baseados em forte orientação para a APS a países com sistemas de saúde que têm apenas pequena orientação para a APS mostram que os primeiros têm resultados de saúde mais equitativos, eficientes, com custos menores e alcançando melhor satisfação do usuário²⁰⁻²¹.

5. CONCLUSÃO

No município de Assis a APS possui os atributos essenciais e derivados elencados na literatura, no entanto precisa melhorar a extensão desses atributos, principalmente no atributo *Acessibilidade*. Esta mudança implica esforço coletivo de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, para transformar o processo de trabalho, de forma que o serviço esteja disponível em horários ampliados, que o agendamento de consultas seja facilitado, e o atendimento imediato no momento em que o cliente procura o serviço seja realizado, pensando que atendimento não implica somente a consulta médica, mas a disponibilidade de toda a equipe multidisciplinar.

Os resultados indicam que, no geral, a ESF apresenta um melhor funcionamento que o modelo tradicional de APS, pois apresentou maiores valores em sete atributos, e maiores valores nos escores geral e essencial. Entretanto, os resultados para acesso sugerem que essa dimensão não foi melhorada com a ESF. Percebe-se que muitos aspectos relacionados à orientação familiar e comunitária têm avançado com a ESF. A coordenação dos cuidados e sistemas de informações, mecanismos de referência, precisam ser fortalecidos, principalmente com a atenção primária como gerenciadora dos fluxos,

realidade necessária para a garantia da integralidade da assistência. Reconhece-se que ainda são muitos os desafios, principalmente no que concerne à comunicação entre atenção primária e os demais níveis de assistência.

Embora os resultados da ESF sejam melhores que os da UBST na presente pesquisa, não se pode deixar de salientar que a ESF possui maiores incentivos políticos e financeiros para sua expansão e consolidação, conforme descreve a Política Nacional de Atenção Básica.

Dessa forma, essa pesquisa, apesar de apresentar limitações como o número de profissionais participantes, mostra que a ESF tem apresentado melhores resultados em relação à orientação à APS do que o Modelo de Atenção Primária Tradicional, precisa melhorar em vários aspectos e do esforço coletivo de gestores, profissionais e usuários para desenhar um novo caminho, com novas ideias com base nas necessidades da população e na busca da consolidação dos princípios da equidade, integralidade, universalidade, controle social e aprimoramento da busca do usuário pela saúde.

REFERÊNCIAS

- [1]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
- [2]. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
- [3]. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J. Fam Pract.* 2001; 50(2):161-175.
- [4]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília; 2010.
- [5]. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. *JAMA*. [periódico na internet]. 1988 set. [citado 2014 Fev 15]; 260(12):1743-1748. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=374139>.
- [6]. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco; 2002.
- [7]. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) [homepage na internet]. Brasília; c2015-2016. [atualizado 2013 nov. 8; citado 2016 maio 24]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>.
- [8]. Castro CM, Campos Gastão WS, Montebelo MIL, Sarmiento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saúde debate.* 2014; 38(n. esp):296-306.
- [9]. 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.
- [10]. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006; 11(3):683-703.
- [11]. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1 Suppl):148-158.
- [12]. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva.* 2006; 11(3):633-641.
- [13]. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde debate.* 2015; 39(105):387-399.
- [14]. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Nascimento MH, Primo CC. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(2):275-280.
- [15]. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(9):1772-1784.
- [16]. Albino SS, Alves ND, Paraizo CMS, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(n. esp):122-128.
- [17]. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):285-93.
- [18]. Melo CMS, 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(n. esp):279-295.
- [19]. 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. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21(5):1399-1408.
- [20]. Baicker K, Chandra A. Medicare appending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs* [Internet]. 2004 [citado 2016 Out 31];184-197. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15451981>.
- [21]. Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet.* 1994; 344(8930):1129-1133.