

Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil

Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil

Evaluación de los atributos de la Atención Primaria de Salud de Fortaleza, Ceará, Brasil

Leonardo Barbosa Rolim¹

ORCID: 0000-0002-3556-9366

Janássia Gondim Monteiro^{1,II}

ORCID: 0000-0003-4859-7339

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer¹

ORCID: 0000-0003-4237-8995

Sharmênia de Araújo Soares Nuto¹

ORCID: 0000-0002-4763-6773

Márcio Flávio Moura de Araújo¹

ORCID: 0000-0001-8832-8323

Roberto Wagner Junior Freire Freitas¹

ORCID: 0000-0001-9295-1177

¹ Fundação Oswaldo Cruz Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil.

Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):19-26.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033>

Autor Correspondente:

Roberto Wagner Júnior Freire Freitas

E-mail: robertowjff@gmail.com



Submissão: 25-02-2018

Aprovação: 08-06-2018

RESUMO

Objetivo: Avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza, Ceará. **Método:** Estudo avaliativo realizado em 97 Unidades de Atenção Primária à Saúde, no período de agosto de 2015 a junho de 2016. Participaram da pesquisa 451 profissionais da Estratégia Saúde da Família. Foi utilizado o *Primary Care Assessment Tool – Brasil*, que avalia os atributos, atribuindo escores em uma escala de zero a dez. Adotaram-se como ponto de corte, para considerar escore alto da Atenção Primária, os atributos com valor igual ou superior a 6,60. **Resultados:** Dentre os oito atributos avaliados, o *Acesso de primeiro contato* e a *Coordenação – sistema de informações*, foram os que obtiveram menor e maior escore, (2,98) e (7,82), respectivamente. O Escore Geral, calculado através de uma média dos atributos, foi de 6,34. **Conclusão:** A Atenção Primária avaliada obteve baixo escore, demonstrando a necessidade de se discutir mecanismos para impulsionar os atributos que obtiveram escores baixos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State. **Method:** Evaluative study carried out at 97 Primary Health Care Units, from August 2015 to June 2016. 451 professionals from the Family Health Strategy participated in the study. We used the *Primary Care Assessment Tool - Brazil*, which evaluates the attributes, assigning scores on a scale of zero to ten. We adopted as a cut-off point, to consider high Primary Care score, attributes with a value of 6.60 or higher. **Results:** Among the eight attributes evaluated the *First Contact Access* and the *Coordination - Information System* were the ones that obtained the lowest and highest scores, (2.98) and (7.82), respectively. The Overall Score, calculated by means of a mean of the attributes, was 6.34. **Conclusion:** The Primary Care evaluated had a low score, showing the need to discuss mechanisms to boost the attributes that obtained low scores.

Descriptors: Primary Health Care; Health Services Research; Family Health Strategy; Health Evaluation; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los atributos de la Atención Primaria de Salud de Fortaleza-CE. **Método:** Estudio evaluatorio realizado en 97 Unidades de Atención Primaria a la Salud, en el período de agosto de 2015 a junio de 2016. Participaron de la encuesta 451 profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. Se utilizó el *Primary Care Assessment Tool - Brasil*, que evalúa los atributos, asignando escores en una escala de cero a diez. Se adoptaron como punto de corte, para considerar la puntuación alta de la Atención Primaria, los atributos con un valor igual o superior a 6,60. **Resultados:** Entre los ocho atributos evaluados, el *Acceso de primer contacto* y la *Coordinación - sistema de informaciones*, fueron los que obtuvieron menor y mayor puntaje (2,98) y (7,82), respectivamente. La Escala General, calculada a través de un promedio de los atributos, fue de 6,34. **Conclusión:** La Atención Primaria evaluada obtuvo bajo puntaje, demostrando la necesidad de discutir mecanismos para impulsar los atributos que obtuvieron escores bajos.

Descriptorios: Atención Primaria de Salud; Investigación en Servicios de Salud; Estrategia Salud de la Familia; Evaluación en Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de valores, de princípios e de elementos estruturantes (atributos), devendo constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. Afirma-se que um serviço de saúde pode ser considerado como provedor de Atenção Primária quando apresenta os quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção). Além disso, esse mesmo serviço pode aumentar seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar, também, os atributos derivados (atenção à saúde centrada na família; orientação comunitária e competência cultural)⁽¹⁾.

Sob esse prisma, na tentativa de oferecer serviços direcionados e provedores de APS, a institucionalização da cultura de avaliação da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido fomentada, uma vez que a avaliação dos serviços de saúde tem sido tema central das políticas públicas e considerada uma característica essencial quando se almeja a excelência do serviço.

Na tentativa de melhorar, cada vez mais, o padrão de qualidade do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Ministério da Saúde (MS) vem apresentando instrumentos de avaliação e monitoramento para a AB, dentre eles o, *Primary Care Assessment Tool Brasil (PCATool)*⁽¹⁾. Criado na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, o PCATool mede a presença e a extensão dos atributos essenciais e dos atributos derivados da APS⁽²⁻³⁾.

Tal instrumento tem sua relevância comprovada, uma vez que devido à ausência de ferramentas para medir o conjunto de interações entre os usuários e os profissionais de saúde, ele preenche a lacuna existente, ao passo que promove medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção na APS. Além disso, tem sido aplicado seja nacionalmente⁽⁴⁻⁵⁾ e/ou internacionalmente⁽²⁻³⁾.

Vale salientar que o PCATool Brasil se encontra adaptado à realidade brasileira. Cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade⁽⁶⁻⁷⁾.

Alguns estudos nacionais têm sido realizados, utilizando o instrumento PCATool – Brasil nas suas três versões (usuários adultos⁽⁸⁾, cuidadores de criança⁽⁸⁻⁹⁾ e profissionais de saúde⁽¹⁰⁾). Entretanto, quando se buscam investigações realizadas no nordeste brasileiro, percebe-se, ainda, uma timidez nessa produção. Atrelado a isso, não foram encontrados, na literatura, estudos que tivessem avaliado a cidade de Fortaleza-CE, utilizando a versão do PCATool para profissionais de saúde. Vale destacar que o Ceará tem uma íntima relação com a APS, uma vez que foi o estado pioneiro a trabalhar com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família. Tais fatos foram motivadores para o desenho do presente estudo.

Acredita-se que estudos dessa natureza, de cunho avaliativo, ofereçam subsídios para o aperfeiçoamento da APS, na medida em que se podem potencializar seus atributos, sejam eles essenciais ou derivados. Trabalha-se na perspectiva de que se possa investir no desenvolvimento de estudos de intervenção para amenizar e propor resolução dos principais problemas identificados, assim

como, na perspectiva de potencializar as ações e os atributos que estão sendo desenvolvidos de forma adequada.

Dessa forma, o estudo em tela teve como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na cidade de Fortaleza-CE.

OBJETIVO

Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na cidade de Fortaleza-CE.

MÉTODO

Aspectos éticos

A proposta do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará. Todos os profissionais de saúde que aceitaram o convite para participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos fundamentais foram priorizados em todas as etapas da investigação, a saber: Autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo avaliativo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizado em todas as 97 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da cidade de Fortaleza, Brasil, no período compreendido entre agosto de 2015 e junho de 2016.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas), de ambos os sexos, que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídos nas seis Secretarias Regionais (SR) da capital cearense. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, havia, em abril de 2015, 1.083 profissionais de nível superior, estando assim, distribuídos: 373 médicos, 423 enfermeiros e 287 dentistas. De posse do número da população, buscou-se realizar o cálculo amostral. Para tanto, utilizou-se a fórmula para populações finitas, sendo utilizados: Intervalo de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro amostral de 4%. Após os cálculos devidos, o tamanho da amostra resultou em 451 profissionais.

Cabe destacar que foram utilizados como critérios de inclusão: Ser profissional de saúde e fazer parte da equipe da ESF da cidade de Fortaleza-CE, além de cumprir carga horária igual ou superior a 20 horas semanais. Foram excluídos os profissionais que estiveram de licença e/ou férias.

Protocolo do estudo

Os dados foram coletados a partir de um instrumento composto por três partes. A primeira continha dados para caracterização socio-demográfica (e.g.: Sexo, idade, estado civil, religião), a segunda era composta de dados relacionados à formação acadêmica e experiência profissional (e.g.: Categoria profissional, tipo de Instituição de Ensino

Superior – IES onde concluiu a graduação, pós-graduação, capacitação voltada para a Saúde da Família) e, por último, no intuito de avaliar a presença e a extensão dos atributos, foi utilizado o instrumento PCATool – Brasil, versão para profissionais de saúde.

O referido instrumento é composto por 77 itens, divididos em 8 componentes em relação aos atributos da APS:

1. *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A)*. Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9). Eles abordam se o serviço se encontra aberto aos sábados e domingos, aberto pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs, se é fácil para um usuário conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde, dentre outros.
2. *Longitudinalidade (B)*. Constituído por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13). O atributo possui questões que abordam se no serviço de saúde o paciente é sempre atendido pelos mesmos profissionais, questiona se os profissionais conseguem entender as perguntas que os usuários fazem, se eles acham que seus pacientes se sentem confortáveis ao contar as preocupações e/ou problemas, dentre outros.
3. *Coordenação – Integração de Cuidados (C)*. Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6). Neste atributo, os profissionais são questionados se têm conhecimento das consultas que seus pacientes fazem a especialistas, se alguém do serviço de saúde ajuda o paciente a marcar consultas encaminhadas, se o profissional recebe, do especialista, informações úteis sobre o paciente encaminhado, dentre outros aspectos.
4. *Coordenação – Sistema de Informações (D)*. Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3). As perguntas para este atributo incluem se o profissional de saúde solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado, se permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem e se os prontuários do paciente estão disponíveis quando são atendidos.
5. *Integralidade – Serviços Disponíveis (E)*. Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22). São perguntados se o serviço oferece uma gama de procedimentos, como: Aconselhamento nutricional, imunização, sutura de um corte, identificação de problemas auditivos e visuais, colocação de tala, remoção de verrugas e de unhas encravadas, dentre outros.
6. *Integralidade – Serviços Prestados (F)*. Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15). Engloba perguntas sobre a prestação de distintos serviços, como: Conselhos sobre alimentação saudável, dormir suficientemente, segurança no lar, aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, maneiras de lidar com conflitos de família, como prevenir quedas, prevenção de osteoporose em mulheres, maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças, dentre outros.
7. *Orientação Familiar (G)*. Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3) que abordam se o profissional de saúde pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado de saúde, se o profissional pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas

famílias e se está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar.

8. *Orientação Comunitária (H)*. Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6). Aqui são indagados se fazem visitas domiciliares, se creem que o serviço tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atendem, se o serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade para melhorar o atendimento, se fazem pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) às necessidades das pessoas, dentre outros.

Vale destacar que, para todos os itens perguntados, foi usado, como resposta, as opções: Com Certeza, sim (Valor=4); Provavelmente, sim (Valor=3); Provavelmente, não (Valor=2); Com certeza, não (Valor=1); Não sei/não lembro (Valor=9).

Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens. Excepcionalmente, para o último item do atributo *Acesso de primeiro contato (A9)*, houve a inversão de valores. O item A9 corresponde ao seguinte questionamento: “Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico, enfermeiro ou dentista (sem contar a triagem ou acolhimento)?”. Este item foi formulado de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor seria a orientação para APS. Logo, este item teve seu valor invertido para: (Valor 4=1), (Valor 3=2), (Valor 2=3) e (Valor 1=4).

Para transformar os escores em escala de 0 a 10, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

O Escore Essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dividido pelo número de componentes:

$$\frac{EE = (A + B + C + D + E + F)}{6}$$

O Escore Geral foi medido através da soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e aos componentes que pertencem aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes:

$$\frac{EG = (A + B + C + D + E + F) + (G + H)}{8}$$

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram digitados em planilhas *Excel, Microsoft 2010* e, posteriormente, exportados e analisados, utilizando o *R Core Team Statistical Software, versão 3.2.0 (2015)*. Inicialmente, foram calculadas as medidas de tendência central. Na análise da normalidade das variáveis foi adotado o Teste de Shapiro-Wilk, obtendo-se resultado significativo para todas as variáveis quantitativas ($p < 0,001$) optando-se,

então, pela utilização de testes não paramétricos para a realização das comparações. Na associação entre as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica com a categoria profissional, utilizou-se o teste Qui-quadrado. Por sua vez, ao associar a média dos escores dos atributos da APS com a categoria profissional, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Reitera-se que foi utilizado como ponto de corte para considerar escore alto de Atenção Primária à Saúde, valor igual ou superior a 6,60, o que equivale, dentro de uma escala de 1 a 4, valor 3 (Provavelmente, sim). Para todos os procedimentos inferenciais foi adotado um nível de significância de 5% (0,05).

RESULTADOS

Participaram da presente investigação 451 profissionais da ESF de Fortaleza-CE, a saber: 148 médicos, 189 enfermeiros e 114 dentistas. A idade variou de 23 a 65 anos, média de 39,5 (DP=9,0 anos). Prevaleceu na amostra profissional o sexo feminino (n=324; 71,8%), casados ou em união estável (n=291; 64,6%). No que se refere à religião, foram encontrados maiores percentuais para católicos (69,8%) e evangélicos (12,9%). Além disso, 8,7% dos profissionais referiram não possuir religião.

Quando questionados quanto ao tipo de Instituição de Ensino Superior (IES) onde concluíram a graduação, 68,1% afirmaram ter sido em instituição pública. O ano de conclusão da graduação variou de 1940 a 2015, com tempo médio de formação de 16 anos (DP=9,6 anos). Parcela significativa da amostra possuía pós-graduação, 84,3%. Quanto ao tipo de pós-graduação, prevaleceu a especialização (n=308), seguido do mestrado (n=64), residência (n=42) e doutorado (n=07).

Ao associar as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica com as categorias profissionais, encontrou-se que os

enfermeiros e dentistas eram, em sua maioria, do sexo feminino ($p<0,001$). Por sua vez, os médicos foram os profissionais que, proporcionalmente, mais afirmaram não possuir religião ($p<0,001$) e os que mais concluíram a graduação em IES públicas ($p<0,001$).

Referente à pós-graduação, os dentistas foram os profissionais que mais afirmaram já possuir ou estar realizando uma ($p=0,030$). Entretanto, os dentistas foram os que, proporcionalmente, menos realizaram capacitação voltada para a ESF nos últimos doze meses ($p<0,001$) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos valores mínimos, máximos, médias e Desvio Padrão, para cada um dos atributos da APS avaliados na cidade de Fortaleza-CE, segundo os profissionais de saúde. De uma forma geral, fica perceptível que os atributos, *Acessibilidade de primeiro contato* e *Coordenação – sistema de informações*, foram os que apresentaram menor e maior escore médio, 2,99 e 7,83, respectivamente.

No que se refere ao Escore Essencial (média dos seis primeiros atributos), este ficou em 6,06, enquanto que o Escore Geral (média de todos os oito atributos) ficou com o valor de 6,35.

Quando se buscou associar as médias dos escores dos atributos da APS com a categoria profissional, percebeu-se que os dentistas foram os que atribuíram menores escores para cinco atributos, demonstrando tal associação como estatisticamente significativa. Os enfermeiros foram os que atribuíram menor escore para o atributo *Coordenação – Integração de cuidados*. Por sua vez, os médicos atribuíram menores escores para os atributos *Integralidade – serviços disponíveis* e *Orientação comunitária*, porém sem associação estatisticamente significativa. Por fim, houve diferença entre as médias dos escores “Essencial” e “Geral”, de acordo com a categoria profissional ($p<0,001$) (Tabela 3).

Tabela 1 - Associação entre as variáveis sociodemográficas e de formação acadêmica com a categoria profissional, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Variáveis	Categoria Profissional						χ^2 *	gl**	Valor de p
	Médicos		Enfermeiros		Dentistas				
	n	%	n	%	n	%			
Sexo							72,17	2	<0,001
Masculino	74	50	16	8,4	37	32,5			
Feminino	74	50	173	91,6	77	67,5			
Estado Civil							3,96	2	0,0138
Solteiro(a)/viúvo(a)/divorciado(a)	62	41,9	61	32,3	37	32,5			
Casado/União estável	86	58,1	128	67,7	77	67,5			
Possui Religião							16,00	2	<0,001
Sim	124	83,8	180	95,2	108	94,7			
Não	24	16,2	9	4,8	6	5,3			
IES onde concluiu a graduação							16,02	2	<0,001
Pública	118	79,7	112	59,2	77	67,5			
Privada	30	20,3	77	40,8	37	32,5			
Pós-graduação							7,02	2	0,030
Sim/em andamento	109	86,5	165	93,7	106	96,3			
Não	17	13,5	11	6,3	4	3,7			
Capacitação voltada para a ESF							14,73	2	<0,001
Sim	120	81,1	125	66,1	69	60,5			
Não	28	18,9	64	33,9	45	39,5			

Nota - * Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Grau de liberdade; *** Significância do Teste Qui-Quadrado de Pearson; IES - Instituição de Ensino Superior; ESF - Estratégia Saúde da Família.

Tabela 2 - Distribuição dos valores mínimos, máximos, médias e Desvio Padrão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Atributos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Acessibilidade de primeiro contato	0,37	7,04	2,99	1,03
Longitudinalidade	2,82	9,49	6,05	1,23
Coordenação – Integração de Cuidados	1,67	10,00	6,43	1,43
Coordenação – Sistema de Informações	0,00	10,00	7,83	1,81
Integralidade – Serviços disponíveis	2,27	9,39	6,32	1,13
Integralidade – Serviços Prestados	0,00	10,00	6,75	2,15
Orientação Familiar	0,00	10,00	7,67	2,01
Orientação Comunitária	0,56	10,00	6,80	1,94
Escore Essencial	2,75	8,80	6,06	0,92
Escore Geral	3,17	9,10	6,35	1,00

Tabela 3 - Associação entre as médias dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde e a categoria dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2016

Atributos da APS	Médicos	Enfermeiros	Dentistas	Valor de p*
Acessibilidade de primeiro contato	3,01	3,10	2,78	0,014
Longitudinalidade	6,14	6,13	5,79	0,033
Coordenação – Integração de Cuidados	6,61	6,13	6,68	0,001
Coordenação – Sistema de Informações	8,13	8,02	7,12	<0,001
Integralidade – Serviços disponíveis	6,24	6,28	6,51	0,284
Integralidade – Serviços Prestados	7,64	7,54	4,26	<0,001
Orientação Familiar	8,22	7,73	6,85	<0,001
Orientação Comunitária	6,71	6,87	6,80	0,582
Escore Essencial	6,29	6,20	5,51	<0,001
Escore Geral	6,59	6,47	5,84	<0,001

Nota - *Significância do Teste de kruskal-Wallis; Atenção Primária à Saúde-APS.

DISCUSSÃO

Como visto anteriormente, oito atributos foram avaliados no presente estudo, tendo sido a *Acessibilidade de primeiro contato* o atributo com menor escore médio (2,99). Além disso, o Escore Essencial - EE (média dos 6 primeiros atributos) e o Escore Geral - EG (média de todos os 8 atributos) foi 6,06 e 6,35, respectivamente, ou seja, ambos não atingiram valores superiores ao ponto de corte, o que significa dizer que foram classificados como escores baixos de APS, fato esse preocupante para a cidade de Fortaleza – CE, demonstrando que ainda há muito o que melhorar na qualidade desses serviços, no sentido de garantir não só a presença, mas uma ampla extensão dos atributos da APS.

O Escore Essencial (EE) e o Escore Geral (EG) do presente estudo foi inferior aos de outras investigações realizadas no Brasil, especificamente nos estados de Minas Gerais (EE: 7,12 e EG: 7,40)⁽¹¹⁾, Rio Grande do Sul (EE: 6,84 e EG: 7,08)⁽¹²⁾, Paraná (EE: 7,10 e EG: 7,4)⁽¹³⁾, Santa Catarina (EE: 6,80 e EG: 7,09)⁽¹⁴⁾ e Distrito Federal (EE: 6,46 e EG: 6,62)⁽¹⁵⁾.

Sabe-se da complexidade e do grande desafio de se avaliar os serviços de saúde. O próprio Ministério da Saúde do Brasil vem apresentando iniciativas constantes de avaliação no Sistema Único de Saúde e, conseqüentemente, na Estratégia Saúde da Família. Como exemplo, podemos destacar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que, em 2017 (em seu terceiro ciclo), teve sua avaliação externa

efetivada em vários estados brasileiros. Além disso, não se pode esquecer que vários aspectos estão imbricados na interpretação dos processos avaliativos, sendo ele: Econômicos, sociais, culturais, dentre outros. O estado do Ceará, apesar de ter sido pioneiro em programas importantes da Atenção Básica (como o dos Agentes Comunitários de Saúde e a própria ESF), tem apresentado escores baixos em seus atributos, denotando, segundo os profissionais de saúde, que a ESF da capital não é provedora de APS. Tal achado é preocupante, demonstrando a real necessidade de se discutir tais resultados. Quais seriam os reais motivos para os profissionais estarem atribuindo escores tão baixos?

Por exemplo, os resultados desta pesquisa para *Acessibilidade de primeiro contato* mostraram escore médio de 2,99, configurando-se como baixo. Antes de interpretar o número em si, faz-se necessário entender a essência do atributo. A acessibilidade é o atributo que coloca a APS como a porta de entrada do sistema de saúde. Significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento, sendo o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Um serviço de saúde que não é acessível fere um dos princípios fundamen-

tais do SUS, a universalidade. Entretanto, Fortaleza não tem sido o único local do Brasil onde essa avaliação tem sido negativa. Buscas na literatura afirmam que em Chapecó, Santa Catarina, o escore foi de 3,6⁽¹⁴⁾. Outra pesquisa, dessa vez realizada em sete municípios do estado de Goiás, encontrou escore de 2,42⁽¹⁸⁾.

Faz-se importante, também, avaliar os itens que compõem esse atributo. Apesar de o instrumento ter sido validado no Brasil, algumas perguntas não retratam a realidade brasileira. Por exemplo, para a grande maioria das Unidades Básicas de Saúde, não é preconizado que elas estejam abertas aos sábados e domingos, assim como não é preconizado o uso do telefone para aconselhamento dos pacientes. Mesmo assim, essas perguntas continuam fazendo parte do instrumento de avaliação, o que acaba por influenciar em resultados negativos. Sendo assim, é notória a necessidade de revisar o PCATool, de forma a discutir quais itens, realmente, são válidos para permanecerem no instrumento. O contexto onde o instrumento foi inicialmente construído difere substancialmente do contexto brasileiro. Além disso, o próprio país (Brasil), por ter dimensões continentais, precisa de uma discussão ampla para validar o instrumento de acordo com as características de suas regiões, especialmente no que tange ao acesso, uma vez que se têm áreas com densidade populacional extremamente baixa, além do difícil acesso geográfico, como as cidades da região Norte do país.

Diante do exposto, reitera-se que o atributo *Acessibilidade de primeiro contato* foi avaliado pelos profissionais de saúde como insatisfatório na ESF de Fortaleza. Tal fato deve ser discutido

entre os atores desse processo, servindo de base para possíveis mudanças. Para que a ESF possa se concretizar como “porta de entrada”, se faz necessário que seus serviços sejam acessíveis e utilizados a cada nova necessidade ou problema de saúde.

Em relação ao atributo *Longitudinalidade*, o presente estudo revelou baixo escore médio (6,05). Este resultado difere dos encontrados em alguns estudos realizados⁽¹¹⁻¹⁹⁾, os quais apresentaram escores médios maiores. Entretanto, em outra investigação brasileira, o escore obtido para o atributo foi menor do que o nosso, 6,0⁽¹⁴⁾. Cabe destacar que a longitudinalidade está associada à maior familiaridade com o paciente, melhor identificação de problemas de saúde e à satisfação do paciente, ou seja, itens de suma importância para o contexto da Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, da APS. Ao avaliar os itens que compõem o atributo, percebeu-se que os piores resultados estiveram associados aos questionamentos: Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?; Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?; e Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?

Na verdade, como dito anteriormente, a Atenção Primária à Saúde do Brasil, assim como do Nordeste, não tem como rotina a utilização de serviços telefônicos para que o usuário entre em contato com o serviço e receba assistência através deste meio. Além disso, a alta rotatividade dos profissionais de saúde faz com que enfraqueça o vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Tais dados nos fazem refletir sobre a real necessidade de se repensar tais práticas e promover cenários que possam modificar essa realidade.

Por sua vez, o atributo *Coordenação – integração de cuidados*, neste estudo, obteve um escore de 6,43. Tal achado difere de dois estudos encontrados na literatura⁽¹¹⁻¹³⁾, os quais encontraram maiores escores, 6,91 e 7,0, respectivamente. O atributo, em si, se faz de suma importância e está ancorado em distintos aspectos. Por exemplo, no que se refere à referência e contra-referência, verificou-se certa fragilidade no processo de coordenação, uma vez que a comunicação ocorre de forma unidirecional, já que a maioria dos profissionais da ESF revelou não ter recebido do serviço especializado as informações sobre o paciente encaminhado. Tal afirmação foi, de forma similar, encontrada no estudo realizado em Piracicaba no ano de 2014, reforçando diferenças significativas entre o repasse das informações⁽²⁰⁾. Tal fato não deve ser rotina nos serviços de APS. O usuário encaminhado a um serviço especializado necessita ter garantido, minimamente, o fluxo das informações. Uma vez que se é rompido esse fluxo, a assistência e o cuidado prestado fragilizam-se, desintegrando as ações até então implementadas.

O atributo *Coordenação – sistema de informações* obteve elevado escore médio, 7,83, dentro de uma escala de zero a dez. Esse achado é também evidenciado em outros estudos que utilizaram o PCATool – Brasil, versão profissionais^(12-13,15). Nesse contexto, um importante instrumento que contribui para a obtenção de uma informação em saúde eficaz na AB é o prontuário. Na realidade estudada, percebe-se que a maioria dos profissionais refere a disponibilidade de prontuários no momento do atendimento⁽²¹⁾. No âmbito da ESF, sobretudo pelo que é proposto, o prontuário assume uma configuração diferenciada e passa a ter uma conotação de prontuário familiar.

O escore médio obtido do atributo *Integralidade – serviços disponíveis* foi de 6,32. A utilização da ESF para obtenção do leque de serviços preventivos disponíveis foi avaliada em grau

satisfatório, em conformidade com a Política Nacional da Atenção Básica, a qual aponta que a ESF deve estar centrada na promoção e proteção da saúde. Todavia, a avaliação negativa atribuída aos itens (Sutura de um corte que necessite de pontos; Colocação de tala; Remoção de verrugas e Remoção de unha encravada), fizeram com que o escore médio fosse baixo. Tais achados servem para que os atores envolvidos no processo (profissionais, gestores e usuários) repensem quais serviços, verdadeiramente, devem estar sendo ofertados na Atenção Básica e quais devem estar disponíveis na Rede de Atenção à Saúde.

No que se refere ao atributo *Integralidade – serviços prestados*, o escore médio obtido foi de 6,75. Para os três questionamentos, foram significativas as respostas negativas: Você discute com seus pacientes sobre possíveis exposições a substâncias perigosas no lar, no trabalho, ou na vizinhança?; Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança?; Discute como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente? É possível que os profissionais da ESF de Fortaleza não estejam realizando serviços básicos e necessários à população.

Diante de tais achados, torna-se importante discutir quais serviços devem, realmente, permanecer e quais devem ser inclusos na APS, uma vez que se faz relevante levantar as demandas locais e conhecer toda a logística da Rede de Assistência à Saúde. O que não deve ser priorizado é apenas o cumprimento de programas específicos, restritos a grupos, deixando de lado serviços que são importantes e necessários aos usuários cadastrados.

Para a *Orientação familiar*, o escore médio foi de 7,67, considerado um valor alto, demonstrando que os serviços da ESF de Fortaleza possuem forte orientação para a APS, segundo este atributo. Nesse contexto, evidencia-se um forte interesse dos profissionais de saúde da ESF de Fortaleza quanto às condições de vida dos usuários e de seus familiares, caracterizando-se, por exemplo, pela existência de questionamentos sobre fatores de risco social e presença de discussões com outros membros da família sobre os problemas de saúde encontrados.

Os resultados do presente estudo mostraram um escore elevado para o atributo *Orientação comunitária* (6,80), demonstrando que o atributo em questão está mais presente nos serviços de saúde que trabalham no modelo da ESF, quando comparados aos serviços de APS tradicionais^(18,20).

As médias dos escores dos atributos “Acessibilidade de primeiro contato” (p=0,014), “Longitudinalidade” (p=0,033), “Coordenação – Sistema de Informações” (p<0,001), “Integralidade – Serviços Prestados” (p<0,001) e “Orientação Familiar” (p<0,001) foram significativamente menores na percepção dos profissionais dentistas.

Tal avaliação possui implicações importantes para a orientação da APS, pois o não conhecimento ou aproximação dos problemas de saúde da população e dos serviços por esta classe profissional se evidencia, o que se coloca como desafio a ser superado ao estabelecer uma relação de proximidade e conhecimento das demandas dos serviços, já que a produção de saúde requer o estabelecimento de relações e intersubjetividades entre profissionais e usuários, abrindo-se a possibilidade de aproximação ao mundo da vida dos pacientes e, portanto, ao seu mundo de adoecer.

Os enfermeiros foram os que atribuíram menor escore para o atributo “Coordenação – Integração de cuidados” (p<0,001). Discussões e problemas vinculados à coordenação dos cuidados

em saúde, fragmentação da rede assistencial, ausência de comunicação entre prestadores, não constituem temas novos nas discussões sobre a organização dos sistemas de saúde. No entanto, mudanças recentes em relação às demandas e necessidades da população com o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde em um contexto de pressão por otimização das relações de custo-eficiência, tornaram premente a busca de soluções⁽²²⁾.

Brasileiros estudiosos apontam a heterogeneidade da qualidade da atenção prestada pelas equipes da ESF, assim como desafios de se ampliar sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no país⁽⁸⁾. Entretanto, sabe-se que estudos dessa natureza, que buscam ouvir e incluir profissionais de saúde no processo de avaliação de serviços de saúde, são importantes, uma vez que significa ter o olhar de quem está dentro do serviço ou de um programa e que exerce a gestão do cuidado, vivenciando as realidades e dificuldades dos serviços de saúde e do território⁽⁵⁾.

Limitações do estudo

Algumas limitações podem ser destacadas, como o fato de a coleta dos dados ter sido realizada em apenas um ponto do tempo, o que caracteriza os estudos com delineamento transversal. Além disso, apenas três categorias profissionais foram pesquisadas (médicos, enfermeiros e dentistas). Ademais, sabe-se que há três versões do instrumento PCATool. Para a presente pesquisa, foi utilizada a versão para profissionais. Acredita-se que novas investigações possam ser realizadas, utilizando as versões para usuários adultos e cuidadores de crianças.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Faz-se de suma importância que esses resultados sejam discutidos entre os profissionais de saúde e de gestão, na tentativa de buscar mecanismos que possam potencializar os atributos que foram bem avaliados e impulsionar aqueles que obtiveram escores baixos. Além disso, ouvir as categorias profissionais é tarefa primordial, uma vez que esta avaliação foi feita na perspectiva deles. Compreender as nuances de cada profissão dentro da ESF pode ser uma boa estratégia para tentar equacionar as disparidades encontradas entre as categorias durante a avaliação.

CONCLUSÃO

Os Escores Essencial e Geral do estudo em tela permitiram concluir que a ESF de Fortaleza apresenta baixo escore de APS, uma vez que não atingiu o ponto de corte de 6,60 adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Foram avaliados oito atributos da APS, tendo sido "Acesso de primeiro contato" o atributo com menor escore (2,99) e "Coordenação – sistema de informações" o com maior escore (7,83).

Os escores dos atributos "Acesso de primeiro contato", "Longitudinalidade", "Coordenação – Sistema de Informações", "Integralidade – Serviços Prestados" e "Orientação Familiar" foram significativamente menores na percepção dos profissionais dentistas. Os enfermeiros foram os profissionais que atribuíram menor escore para o atributo "Coordenação – Integração de cuidados" e os médicos os que atribuíram menores escores para os atributos "Integralidade – serviços disponíveis" e "Orientação comunitária".

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Feb 18]. 80p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
2. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* [Internet]. 2000 [cited 2018 Feb 18];105(4 Pt 2):998-1003. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10742362>
3. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Prac* [Internet]. 2001 [cited 2018 Feb 18];50(2):161-75. Available from: <https://www.mdedge.com/jfponline/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool>
4. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. [Training and Qualification of Health Professionals: Factors associated to the Quality of Primary Care]. *Rev Bras Edu Méd* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 18]; 40(4):547-59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014> Portuguese.
5. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, Lima RCD, Souza MHN, Primo CC. Evaluation of the Family Healthcare Strategy from the Perspective of Health Professionals. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 18]; 20(2):275-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>
6. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CA, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2018 Feb 18]; 22(8):1649-59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013> Portuguese.
7. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2006 [cited 2018 Feb 18];6:156. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/>
8. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 18];21(5):1399-408. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>

9. Silva CB, Paula CC, Lopes LFD, Harzheim E, Magnago TSBS, Schimith MD. Health care for children and adolescents with HIV: a comparison of services. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 18]; 69(3):489-97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>
10. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Assessment of Primary Healthcare attributes in one Municipality of Minas Gerais State. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 18]; 20(4):e20160104. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>
11. Silva AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals perspective. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 18]; 48(Esp):122-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>
12. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of diferente types of services. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 18]; 28(9):1772-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015> [Portuguese]
13. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Evaluation of the presence and extension of the atributes of primary care in Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 18]; 8(29): 294-303. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)828) [Portuguese]
14. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. [Evaluation of primary health care atributes in Chapecó, Brazil]. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 18]; 8(29):285-93. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)832) Portuguese.
15. Araujo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Perception of users and health professionals in the Federal District: the atributes of primary care. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 18]; 39(105):387-99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde, Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Competências dos profissionais de nível superior na estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília: UNA-SUS, 2011 [cited 2018 Feb 18]; 88 p. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10267>
17. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. [Access to and use of the services of the family health strategy from the perspective of managers, professionals and users]. *Ciência Saúde Colet* [Internet]. 2013 [cited 2018 Feb 18]; 18(11):3321-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022> Portuguese.
18. Van Stralen CJ, Belisário AS, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. [Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2018 Feb 18]; 24(Sup1):S148-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019> Portuguese.
19. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão JA, et al. [Primary Health Care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo]. *Ciência Saúde Colet* [Internet]. 2006 [cited 2018 Feb 18]; 11(3):633-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012> Portuguese.
20. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmento G. [Assesment of Primary Health Care in the municipality of Piracicaba, SP, Brazil]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 18]; 38(especial):296-306. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022> Portuguese.
21. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. [Assessment of the coordination atribute in Primary Health Care: application of the PCATool to professionals and users]. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 18]; 38(especial):279-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021> Portuguese.
22. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. [Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2018 Feb 18]; 26(2):286-98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008> Portuguese.