

Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil

Assesment of Primary Health Care in the municipality of Piracicaba, SP, Brazil

Marcelo de Castro Cesar¹, Gastão Wagner de Sousa Campos², Maria Imaculada de Lima Montebelo³, Giovana Sarmiento⁴

* Artigo baseado na pesquisa de pós-doutorado de Marcelo de Castro Cesar, que atuou no programa de pesquisador colaborador no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Giovana Sarmiento teve bolsa de iniciação científica do Conselho Nacional Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

¹Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil. Professor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) - Piracicaba (SP), Brasil. maccesar@unimep.br

²Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Professor titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

³Doutora em Agronomia (Estatística e Experimentação Agronômica) pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz da Universidade de São Paulo (ESALQ/USP) - Piracicaba (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) - Piracicaba (SP), Brasil. milmonte50@gmail.com

⁴Graduanda em Fisioterapia na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Metodista de Piracicaba (Unimep) - Piracicaba (SP), Brasil. giovanasarmiento@gmail.com

RESUMO Este estudo teve por objetivo avaliar o funcionamento da rede de Atenção Básica do município de Piracicaba, SP. Foram realizadas 69 entrevistas, 37 com profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF), 23 das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nove gestores, utilizando-se o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. As USF apresentaram maiores valores que as UBS para vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação para comunidade e total da Atenção Básica. Os gestores apresentaram maior valor para acesso que os profissionais das unidades. As USF apresentam melhor funcionamento que as UBS, mas os resultados para acesso sugerem que esta dimensão não foi melhorada com a USF.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Serviços de saúde; Governo local; Avaliação.

ABSTRACT *The aim of this study was to evaluate the functioning of the primary care network in the municipality of Piracicaba, SP. 69 interviews were conducted - 37 with health professionals of Family Health Units (USF), 23 with Basic Health Units (UBS) and nine managers-, using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The USF scored higher in compost indexes to linkages, comprehensiveness, family focusing, community advising and primary care index than UBS. The managers had higher score of access index than the units professionals. It was concluded that the USF presented a better functioning than the UBS, but the results for access suggest that this dimension was not improved with the USF.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Health services; Local government; Evaluation.*

Introdução

A avaliação dos serviços de saúde é importante no planejamento e na gestão, devendo avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das estruturas, os processos e os resultados relacionados ao risco, ao acesso e a satisfação dos cidadãos (BRASIL, 2004). Além de produzir informações para melhorar as intervenções em saúde, a avaliação pode julgar a cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários (SILVA, 2008).

De acordo com Vasconcelos e Pasche (2008), o Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no país, e traduz em ações os princípios e diretrizes desta política, sendo um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, bem como as de cura e reabilitação. Entretanto, parece haver certo desencanto com o SUS ou um descrédito na sua capacidade de transformar em realidade uma política tão generosa e racional (CAMPOS, 2007A). Na opinião desse autor isso não ocorre devido às diretrizes centrais do sistema, mas devido a uma reforma social incompleta, com a implantação do SUS de forma heterogênea, desigual, conforme as características políticas e culturais de cada região do País.

A Atenção Básica (AB) deve ser a principal porta de entrada para o SUS e espera-se que resolva a grande maioria dos problemas de saúde (CAMPOS ET AL., 2008). Para a realização da Atenção Básica nos municípios são utilizadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem saúde da família (BRASIL, 2006).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, mas surgiu sem normas para integração com o atendimento hospitalar e especializado (CAMPOS, 2009). O PSF atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é composto por equipe multidisciplinar, com profissionais de formação generalista nas Unidades de Saúde da Família

(USF) (CAMPOS ET AL., 2008), tem uma lógica interessante por ter equipe multidisciplinar e valorizar a adscrição da clientela com esquemas de responsabilização (CAMPOS, 2007B).

De acordo com Campos (2007B), é fundamental a qualificação da Atenção Básica para ampliar o acesso e a capacidade de resolução dos problemas, devendo resolver cerca de oitenta por cento dos problemas de saúde. E a ESF deveria se configurar, nos municípios, de acordo com as características de cada um. No entanto, existem dificuldades na implementação da Atenção Básica, tais como: a persistência de UBS, também denominadas de postos de saúde, com tecnologias programáticas e de promoção de saúde; serviços de pronto atendimento e unidades de emergência degradadas; lenta implantação da ESF com dificuldades estruturais e políticas, entre outros (CAMPOS ET AL., 2008).

Almeida e Macinko (2006) desenvolveram questionário adaptado dos instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, desenvolvidos na Universidade de John Hopkins por Barbara Starfield e James Macinko. O instrumento adaptado, contendo uma lista dos principais atributos (ou dimensões essenciais) da Atenção Básica, foi validado no município de Petrópolis, no Rio de Janeiro, pelos referidos autores. Como resultado do processo de validação, destaca-se: a aplicação do questionário permitiu identificar a especificidade dos diferentes tipos de unidades da rede de Atenção Básica do município e alguns dos principais problemas de organização e desempenho. Em relação à metodologia e aos instrumentos elaborados e testados, concluíram que o questionário com informantes-chave pode ser utilizado de forma rotineira para avaliação de serviços de saúde e que a metodologia de avaliação da Atenção Básica utilizada na pesquisa é válida para monitorar a organização e o desempenho desses serviços em nível municipal.

Elias *et al.* (2006) compararam as USF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo, entrevistando usuários, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e gestores, utilizando os instrumentos do *PCATool*. Os resultados indicaram que os usuários, gestores e profissionais apresentam concordância no conjunto das dimensões abordadas, mas os gestores e os profissionais tendem a anotar índices mais elevados, sendo que gestores apresentaram os maiores índices.

Ibañez *et al.* (2006) compararam as USF e UBS de 62 municípios com mais de 100 mil habitantes no estado de São Paulo, entrevistando profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), usuários e acompanhantes de usuários, com os instrumentos do *PCATool*. Os resultados indicaram que os profissionais que trabalham nas USF tem desempenho melhor que os das UBS, mas com resultados semelhantes no acesso e na porta de entrada. As percepções dos profissionais tenderam a ser mais favoráveis que as dos usuários, com exceção da dimensão relativa aos profissionais de saúde.

Van Stralen *et al.* (2008) utilizaram o *PCATool* para investigação da percepção sobre a Atenção Básica de usuários, profissionais das unidades de saúde com formação média ou elementar e com formação superior, comparando as USF e UBS na região Centro-Oeste do Brasil, estudando municípios com mais de 100.000 habitantes, sendo sete do Estado de Goiás e dois de Mato Grosso do Sul. No índice composto de Atenção Básica, os autores não encontraram diferenças significativas entre as unidades com e sem Saúde da Família, mas houve diferenças nas dimensões. As percepções dos profissionais foram mais favoráveis que as dos usuários.

Devido às desigualdades de implantação do SUS nos municípios brasileiros, justifica-se esta pesquisa que visa investigar o SUS no município de Piracicaba, utilizado o *PCATool*. O estudo pode contribuir para aumentar o conhecimento da avaliação de sistemas de saúde em municípios do Brasil.

Objetivos

Investigar o funcionamento das USF e UBS do município de Piracicaba por meio dos instrumentos do *PCATool*, entrevistando gestores da Secretaria Municipal de Saúde e profissionais que trabalham nas unidades de saúde; comparar o funcionamento das USF com as UBS; comparar as respostas dos gestores com as dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde.

Município estudado

Piracicaba é um município do interior do estado de São Paulo. Em sua tese de doutorado, Cecílio (1993) analisou o sistema municipal de saúde em Piracicaba no início do SUS e descreveu que em 1991 o município contava com uma rede de 28 unidades básicas de saúde, das quais cinco eram pequenos postos de saúde na área rural, um ambulatório de especialidades, um pronto-socorro com funcionamento de 24 horas, um serviço odontológico municipal e um centro de controle de zoonoses, sendo a população de 283.400 pessoas.

A implantação da ESF em Piracicaba começou em 1999 com a construção de cinco unidades, sendo que as USF ficam localizadas nas áreas de maior vulnerabilidade social do município (MENECHIM *ET AL.*, 2012).

Dados do IBGE (2010) apontam Piracicaba com uma população total de 364.872 habitantes, sendo 355.136 de população urbana e 9.736 de população rural.

Segundo dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica, no período de coleta de dados deste estudo, o município tinha 23 UBS tradicionais, cinco delas na área rural, e 38 Unidades de Saúde da Família (USF), implantadas e em funcionamento e dez gestores (coordenadores e supervisores) da Secretaria Municipal de Saúde. Aproximadamente 35% da população é atendida nas USF, e o restante (65%) nas UBS, pois, embora o número de USF seja maior, as

UBS geralmente atendem um número bem maior de usuários. Estima-se que cerca de 40% da população do município tenha planos privados de saúde.

De acordo com o documento base da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Piracicaba (2010), a rede municipal de saúde, além das unidades de Atenção Básica, contava com quatro unidades de Pronto Atendimento (PA) e uma central de ortopedia e traumatologia, as cinco com funcionamento 24 horas. A atenção especializada à saúde conta com cinco unidades de atenção a saúde mental, uma clínica de olhos, um ambulatório de especialidades médicas, uma policlínica, dois centros de especialidades odontológicas, um centro de atenção especializada em saúde da mulher, um centro de atenção às doenças metabólicas, um centro de doenças infectocontagiosas e um centro de referência em saúde do trabalhador.

Para assistência hospitalar no SUS em Piracicaba, a Secretaria Municipal de Saúde possui contrato de prestação de serviços com a Santa Casa de Misericórdia e com o Hospital dos Fornecedores de Cana.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal, no qual foi realizada uma investigação da situação das USF em funcionamento e das UBS do município de Piracicaba (SP), Brasil. Os locais de realização da pesquisa foram as USF, as UBS e o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba.

Participaram 68 informantes-chave, sendo nove gestores (coordenadores e supervisores) da Secretaria Municipal e 59 profissionais (enfermeiros ou médicos) das unidades de saúde de Piracicaba. Após a explicação do projeto, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de

Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, número 1152/2011.

Critério de inclusão: ser gestor ou profissional de saúde (enfermeiro ou médico) da rede de Atenção Básica de Piracicaba. **Critério de exclusão:** recusar-se a participar da pesquisa.

Os dados foram coletados entre fevereiro e maio de 2012 por meio de entrevista. Um dos profissionais de saúde (uma enfermeira) respondeu ao questionário referente a duas unidades, pois trabalhava no início da coleta de dados em uma USF e depois foi transferida para outra que não tinha médico fixo.

Em uma das USF não foi possível fazer a entrevista porque a unidade não tinha médico fixo e a enfermeira que estava na unidade já tinha respondido o questionário por outra USF e havia sido transferida para a unidade no período da coleta de dados. Um dos gestores não participou da pesquisa por não se sentir apto a responder as perguntas do questionário. No total, foram realizadas 69 entrevistas: nove com gestores, 37 com profissionais das USF e 23 com profissionais das UBS.

Para a realização da pesquisa foram utilizados os instrumentos do *PCATool*, versão adaptada e validada para municípios do Brasil por Almeida e Macinko (2006). Os instrumentos avaliam oito dimensões da Atenção Básica: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade, formação profissional. O questionário dos profissionais da saúde é composto por 92 perguntas e o dos gestores por 94. Ao final das entrevistas, era perguntado se o entrevistado tinha sugestões, comentários e/ou dúvidas.

O entrevistado (gestor ou profissional da saúde) respondeu a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, que contém valores entre zero e cinco (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5), que correspondem aos seguintes valores percentuais: nunca – 0%; quase nunca – 1-20%; algumas vezes – 21-40%; muitas vezes

– 41-60%; quase sempre – 61-80%; sempre – 81-100%. As respostas foram somadas e o valor médio para cada dimensão foi calculado segundo cada indivíduo entrevistado. Os escores dos indicadores foram somados para construir um índice composto para cada uma das oito dimensões da Atenção Básica. Também foi calculado o índice composto total da Atenção Básica, que é a média de todos os índices compostos (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Foram determinadas as médias dos escores dos índices compostos das oito dimensões (acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade, formação profissional) e do índice de Atenção Básica (índice composto total da Atenção Básica) obtidos pelas respostas dos gestores e dos profissionais de saúde.

Para comparação dos resultados das entrevistas entre os profissionais das USF e UBS foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes. Na análise de dados foi utilizado o programa SPSS versão 17.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Foi aplicado o teste não paramétrico para as respostas subjetivas. Também foi realizada a

apresentação dos dados qualitativos dos comentários dos entrevistados.

Resultados e discussão

A comparação dos escores das dimensões da Atenção Básica das 37 entrevistas dos profissionais de saúde das USF com as 23 das UBS encontra-se na *tabela 1*.

Os resultados da comparação das respostas dos profissionais das USF com os das UBS na dimensão acesso encontram-se na *tabela 2*. No índice composto para acesso não houve diferenças significativas entre as USF e UBS, o que coincide com o observado nas respostas dos profissionais de saúde em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), dos profissionais de saúde dos municípios do estado de São Paulo (IBÁÑEZ ET AL., 2006) e dos profissionais com formação superior dos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Observa-se na *tabela 2* que o único indicador específico para acesso que apresentou diferença foi espera média maior que 30 minutos nas UBS, indicando maior probabilidade de esperar mais de 30 minutos para ser atendido por um profissional de saúde

Tabela 1. Comparação dos escores das dimensões da Atenção Básica atribuídos pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Dimensão	USF (n = 37)	UBS (n = 23)
Acesso	2,29	2,45
Porta de Entrada	4,84	4,87
Vínculo	4,48**	3,80
Elenco de Serviços	4,30**	3,93
Coordenação	4,28	4,12
Enfoque Familiar	4,55**	4,05
Orientação para Comunidade	3,92**	2,69
Formação Profissional	4,11	3,63
Índice Composto Total da Atenção Básica	4,10**	3,69

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

** $p < 0,01$

Tabela 2. Comparação do acesso da Atenção Básica atribuído pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Acesso	USF (n = 37)	UBS (n = 23)
Medicamentos adequados	4,41	4,48
Equipamentos adequados	4,59	4,61
Co-pagamento	0,00	0,00
Consulta médica até 24 horas	2,78	3,00
Aberta durante o fim de semana	0,57	0,30
Aberta um dia depois das 18 horas	0,49	0,39
Telefone para marcar consultas ou pedir informações (quando aberta)	4,97	4,96
Telefone (quando fechada)	0,00	0,00
Espera média de mais de 30 minutos	0,54	1,83**
Índice Composto Acesso	2,29	2,45

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

** p < 0,01.

nas UBS que nas USF. Não foi realizada análise estatística e não entrou no índice composto o item copagamento (ALMEIDA; MACINKO, 2006), sendo que em todas as respostas o copagamento foi apontado como nunca ocorre, nas USF e UBS.

O horário normal de funcionamento, na grande maioria das unidades, é das 7h às 17h nas USF e das 7h às 16h nas UBS.

As unidades ficam menos de 20% 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 UBS. Estes dados indicam que a introdução da ESF não implica obrigatoriamente em melhora do acesso, corroborando os dados obtidos no município de São Paulo (ELIAS ET AL., 2006) e em municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Na *tabela 1* nota-se que na porta de entrada não houve diferença significativa entre as unidades, com valores médios acima de 80%, indicando que a Atenção Básica está funcionando como porta de entrada ao sistema de saúde. Esse dado coincide com o observado

em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e dos profissionais de saúde dos municípios do estado de São Paulo (IBÁÑEZ ET AL., 2006), mas difere dos municípios da região Centro-Oeste, que apontaram maior valor para as USF que as UBS (VAN STRALEN ET AL., 2008).

O índice composto para vínculo indicou que as USF possuem vínculo mais forte com os usuários que as UBS (*tabela 1*). Esse dado corrobora com o obtido em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Nas USF, os usuários são mais frequentemente examinados pelo mesmo profissional (USF 4,68; UBS 4,17), a população adscrita é mais frequente (USF 4,95; UBS 3,87), há mais tempo suficiente para a consulta (USF 4,65; UBS 3,43) e os profissionais são mais informados sobre os medicamentos usados pelos pacientes (USF 4,54; UBS 3,78). Não houve diferença significativa na utilização do prontuário médico (USF 4,89; UBS 4,70), utilizada mais de 80% das vezes, o que é positivo.

O índice composto para elenco de serviços foi maior nas USF que nas UBS (*tabela 1*). Esse dado difere do obtido em Petrópolis

(ALMEIDA; MACINKO, 2006), que não apontou diferença significativa entre o índice composto para elenco de serviços dos profissionais das USF e UBS, mas coincide com o observado nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Nas USF, realizam mais frequentemente pequenas cirurgias (USF 0,43; UBS 0,09), conselhos sobre o uso de álcool e tabaco (USF 4,22; UBS 3,04), atendimento de problemas de saúde mental não graves (USF 4,30; UBS 3,48), programa de nutrição (USF 3,84; UBS 2,57), educação em saúde (USF 4,76; UBS 3,83) e educação sobre acidentes domésticos (USF 3,95; UBS 2,65).

No índice composto para coordenação, não houve diferença significativa entre as USF e UBS (*tabela 1*), corroborando os resultados obtidos em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Diferenças específicas: os profissionais das UBS referem receber mais contrarreferência que as USF (USF 1,22; UBS 2,09), mas nos dois tipos de unidades eles referem problemas, pois recebem menos da metade dos resultados de interconsultas; os usuários são mais avisados sobre o agendamento das consultas de retorno para resultados de exames nas USF que nas UBS (USF 4,73; UBS 4,04), mas acima de 80% das vezes nos dois tipos de unidades; a auditoria dos prontuários médicos apresentou maior valor nas USF (USF 0,59; UBS 0,17), mas com valores abaixo de 20% nos dois tipos de unidades, indicando que auditoria ocorre raras vezes.

O índice composto para enfoque familiar foi maior nas USF que nas UBS (*tabela 1*). Este dado coincide com as pesquisas realizadas em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006) e nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008). No presente estudo, nas USF foram mais incluídas as perguntas sobre fatores de risco socioeconômicos que nas UBS (USF 4,59; UBS 3,70).

O índice composto para orientação para a comunidade foi maior nas USF que nas UBS

(*tabela 1*). Esse dado difere do observado em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), onde não foi encontrada diferença significativa entre o índice composto orientação para a comunidade dos profissionais das USF e UBS, mas coincide com o obtido nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Apresentaram maiores valores na USF: os serviços de saúde nas escolas (USF 3,92; UBS 2,57), as visitas domiciliares (USF 4,95; UBS 1,83), os trabalhos intersetoriais (USF 4,30; UBS 2,74), a reorganização dos serviços com base nos problemas da comunidade (USF 4,54; UBS 3,35).

No índice composto para formação profissional, não houve diferença significativa entre USF e UBS (*tabela 1*). Este dado difere do observado em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), onde não foi encontrada melhor formação nesta área nas USF em relação às UBS, mas coincide com o obtido nos municípios da região Centro-Oeste (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Em relação aos índices específicos, as UBS têm pelo menos um médico na unidade com maior frequência que nas USF (USF 4,03; UBS 4,74). Nas USF, é mais frequente os enfermeiros ou outros profissionais substituírem os médicos (USF 4,68; UBS 4,00), há mais profissionais da saúde não médicos com treinamento na Atenção Básica (USF 4,51; UBS 3,70) e a equipe é mais capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (USF 3,46; UBS 2,39).

O índice composto total de Atenção Básica foi maior nas USF que nas UBS tradicionais (*tabela 1*), o que coincide com a pesquisa realizada em Petrópolis (ALMEIDA; MACINKO, 2006), mas difere do observado nos municípios da região Centro-Oeste, que não apontou diferença significativa (VAN STRALEN ET AL., 2008).

Na autoavaliação de confiança das respostas, não houve diferença significativa, se baseadas em dados publicados (USF 4,54; UBS 4,30). Os profissionais da USF apresentaram maior confiança naquelas perguntas que responderam sem consultar dados (USF 4,70; UBS 4,04), mas, nos dois tipos de unidades,

os percentuais médios foram acima de 80%.

Nas sugestões/comentários e/ou dúvidas dos profissionais de saúde das USF, destacou-se em relação à gestão: há necessidade de médicos fixos e exclusivos da unidade; pouco treinamento para equipe; evitar a rotatividade de profissionais quando a equipe está funcionando bem; ambiente de trabalho estressante; melhora do estímulo e da motivação profissional; melhora da contrarreflexão das interconsultas.

Nas respostas dos profissionais de saúde das UBS, foi ressaltado em relação à gestão: a necessidade de diminuir a rotatividade de profissionais, o que desestrutura a equipe; a falta de treinamento para equipe; aperfeiçoamento dos funcionários com integração de equipes mais multiprofissionais; extensão do horário de atendimento médico; melhora do apoio e do suporte técnico em termos de recursos humanos; pouca integração entre os profissionais nas unidades; aprimorar a interação com as universidades; escassez de programas de prevenção e promoção da saúde.

Em relação à infraestrutura, os profissionais de saúde das USF apontaram: falta estrutura para atender a demanda; há necessidade de mais equipamentos de informática;

carência de material de urgência; melhorias no transporte para as visitas domiciliares; aquisição de equipamentos e não haver restrição de exames para melhorar a resolubilidade da Atenção Básica.

Referindo-se à infraestrutura, os profissionais das UBS também colocaram que falta estrutura para atender a demanda e materiais de urgência; melhorias no transporte dos funcionários em unidades da zona rural.

A maioria dos profissionais das USF e UBS que comentou a respeito do questionário considerou positivo o instrumento. Nota-se que os profissionais de saúde das unidades apresentam várias críticas, tanto em relação à gestão quanto à infraestrutura, sendo que algumas são apontadas tanto nas USF quanto nas UBS, indicando a necessidade de melhorar a gestão e a infraestrutura nas unidades de saúde do município.

A comparação das 60 entrevistas dos profissionais de saúde das USF e UBS com as nove dos gestores encontra-se na *tabela 3*.

Na *tabela 4* estão os resultados da dimensão acesso. O índice composto para acesso foi menor nas respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores. Os gestores apontam mais unidades abertas depois

Tabela 3. Comparação dos escores de dimensão da Atenção Básica atribuídos pelos profissionais das unidades de saúde (USF + UBS) e gestores da Secretaria Municipal de Saúde

Dimensão	USF + UBS (n = 60)	GESTORES (n = 09)
Acesso	2,35	2,65*
Porta de Entrada	4,85	4,78
Vínculo	4,22	3,98
Elenco de Serviços	4,16	4,29
Coordenação	4,22	4,28
Enfoque Familiar	4,36	4,14
Orientação para Comunidade	3,45	3,67
Formação Profissional	3,93	4,13
Índice Composto Total da Atenção Básica	3,94	3,99

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

* p < 0,05

das 18 horas e número de telefone quando a unidade está fechada, porém com valores abaixo de 20% nas respostas dos profissionais das unidades e dos gestores. Não foi realizada análise estatística e não entrou no índice composto o item copagamento (ALMEIDA; MACINKO, 2006), uma vez que em todas as respostas dos profissionais de saúde e dos gestores, o copagamento foi apontado como nunca ocorre.

Observa-se na *tabela 3* que na porta de entrada, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores.

No índice composto para vínculo, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), também não ocorreu diferença entre os indicadores específicos.

No índice composto para elenco de serviços, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), ocorrendo diferença apenas no indicador pequenas cirurgias (profissionais das unidades, 0,30; gestores, 0,89), mas com valores abaixo de 20% nas respostas dos

profissionais das unidades e gestores.

No índice composto para coordenação, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*). Nos índices específicos, os gestores apontaram menor uso de normas definidas para referência e contrarreferência (profissionais das unidades, 4,72; gestores, 4,33), mas com valores acima de 80%, e referiram mais auditoria dos prontuários médicos (profissionais das unidades, 0,43; gestores, 1,22), mas com valores abaixo de 20% nos profissionais das unidades de saúde e abaixo de 40% nos gestores.

No índice composto para enfoque familiar, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), também não ocorrendo diferenças entre os indicadores específicos.

No índice composto para orientação para a comunidade, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), também não ocorreu diferença entre os indicadores específicos.

Tabela 4. Comparação dos escores de acesso da Atenção Básica atribuídos pelos profissionais das unidades de saúde (USF + UBS) e gestores da Secretaria Municipal de Saúde

Acesso	USF + UBS (n = 60)	Gestores (n = 09)
Medicamentos adequados	4,43	4,78
Equipamentos adequados	4,60	4,56
Co-pagamento	0,00	0,00
Consulta médica até 24 horas	2,87	3,67
Aberta durante o fim de semana	0,47	1,00
Aberta um dia depois das 18 horas	0,45	0,78**
Telefone para marcar consultas ou pedir informações (quando aberta)	4,97	5,00
Telefone (quando fechada)	0,00	0,11**
Espera média de mais de 30 minutos	1,03	1,33
Índice Composto Acesso	2,35	2,65*

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012

* p < 0,05; ** p < 0,01.

No índice composto para formação profissional, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*), não ocorrendo diferença entre os indicadores específicos.

No índice composto total de Atenção Básica, não houve diferença significativa das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores (*tabela 3*).

Em relação às dimensões estudadas, observa-se uma concordância das respostas entre os profissionais de saúde das USF e UBS em relação aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, o que coincide com o observado no município de São Paulo, onde foi observado que a opinião dos profissionais das unidades e dos gestores é muito semelhante (ELIAS ET AL., 2006).

Na confiança nas respostas não houve diferenças significativas das respostas dos profissionais das unidades de saúde em relação aos gestores.

Nas sugestões/comentários e/ou dúvidas dos questionários respondidos pelos gestores, foi apontado que existe necessidade de mais treinamento para as equipes, o que também foi apontado pelos profissionais de saúde das USF e UBS. Dos gestores que comentaram o questionário aplicado, a maioria o avaliou de forma positiva. Pode-se observar que, embora os gestores apresentem uma opinião semelhante a dos profissionais de saúde ao responderem as outras perguntas do questionário, nesta questão aberta eles foram muito menos críticos, apontando apenas a necessidade de maior treinamento para as equipes, e não citam a infraestrutura da rede de Atenção Básica à saúde do município.

Este estudo apresenta como limitação o número de voluntários estudados, principalmente gestores, que foram apenas nove.

Entretanto, apenas um gestor não respondeu ao questionário e apenas uma unidade de saúde não teve profissional de saúde entrevistado, de modo que os dados obtidos expressam a percepção dos profissionais de saúde das unidades e dos gestores do Departamento de Atenção Básica sobre a atenção primária à saúde em Piracicaba, quando as entrevistas foram realizadas.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram coletados no município de Piracicaba, mas foram observados muitos resultados que coincidiram com os observados em outros estudos (ALMEIDA; MACINKO, 2006; ELIAS ET AL., 2006; IBAÑEZ ET AL., 2006; VAN STRALEN ET AL., 2008), reforçando a importância da utilização dos instrumentos do *PCATool* para investigação da Atenção Básica em municípios do Brasil.

Por ter avaliado o funcionamento da rede de Atenção Primária à Saúde de Piracicaba, os resultados deste estudo podem contribuir para aprimorar a política de saúde municipal.

Conclusões

Os resultados indicam que, no geral, as USF apresentam um melhor funcionamento que as UBS tradicionais, pois apresentaram maiores valores em quatro dimensões e no índice composto total de Atenção Básica. Entretanto, os resultados para acesso sugerem que esta dimensão não foi melhorada com a ESF.

No geral, nota-se uma concordância nas respostas dos profissionais das unidades em relação aos gestores nas dimensões abordadas, pois apenas o índice composto para acesso apresentou diferença significativa. Entretanto, os profissionais de saúde apresentaram muito mais críticas que os gestores ao expressarem suas sugestões/comentários e/ou dúvidas. ■

Referências

- 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, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas de Saúde, 10).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saud.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2014.
- _____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. *Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 132-153.
- CAMPOS, G. W. S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 47-55, 2009.
- _____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-6, 2007a.
- _____. Paidéia e modelo de atenção: ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b, p. 103-121.
- CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na administração pública: reconstrução e análise de três experiências na saúde*. 1993. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 1993.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 7. *Documento Base*. São Paulo, Piracicaba: 2010.
- ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.
- IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_sao_paulo.pdf>. Acesso em: 12 out. 2012.
- MENEGHIM, M. C. *et al.* Pró-Saúde e os quarenta anos de integração docente-assistencial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p.97-104, 2012.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 15-40.
- VAN STRALEN, C. J. *et al.* 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. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n. supl.1, p.s148-s58, 2008.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

Recebido para publicação em fevereiro de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve