

Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil

Effectiveness of the Family Health Strategy in units with, and without, the *Mais Médicos* (More Doctors) Program in a municipality in the west of Paraná state, Brazil

Andreia Carrer¹

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹

Ana Teresa Bittencourt Guimarães¹

Julia Reis Conterno¹

Kamila Caroline Minosso¹

Abstract Two years after the *Mais Médicos* (More Doctors) Program, (Programa Mais Médicos – PMM) was put in place in Brazil, there is a need to study its feasibility. This study aims to evaluate the effectiveness of the primary health-care service offered, from the point of view of the health professionals, comparing units which have, and which do not have, doctors from the *Mais Médicos* Program. It is a quantitative survey, using for data collection the instrument Primary Care Assessment Tool – Brazil, Version for Health Professionals, applied across the totality of the family health units in a medium sized municipality in the interior of the southern Brazilian State of Paraná, from November 2015 to February 2016. It covered 72 professionals, 47 of them allocated in Family Health Strategy (FHS) units and 25 in FHS units containing the Program. In both groups the scores for core attributes (6.93) and general attributes (7.10) were considered to be appropriate to the precepts of primary health-care. However, the attributes accessibility (4.17), in both groups, and coordination – information system (6.57), in units with the *Mais Médicos* Program, did not reach the satisfactory level, indicating a need to alter the organization of the Family Health Strategy, whether the PMM program is implemented or not.

Key words Primary Healthcare, Primary health doctors, Nurses, Assessment of health services

Resumo Após dois anos de implantação do Programa Mais Médicos no país, estudar sua viabilidade faz-se necessário. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a efetividade da assistência oferecida na atenção primária, segundo a ótica dos profissionais de saúde, comparando-se unidades com e sem médicos do Programa Mais Médicos. Pesquisa quantitativa que utilizou para coleta de dados, o instrumento Primary Care Assessment Tool – Brasil, versão para profissionais de saúde, na totalidade das unidades de saúde da família, em município de médio porte, no interior do Paraná, de novembro de 2015 a fevereiro de 2016. Abrangeu 72 profissionais, 47 alocados em unidades da estratégia saúde da família e 25 nessas unidades contendo o programa. Os resultados evidenciaram que os escores dos atributos essencial (6,93) e geral (7,10) obtiveram valores considerados orientados aos preceitos da atenção primária, em ambas as unidades. Contudo, a acessibilidade (4,17), em ambas as unidades e coordenação – sistema de informações (6,57), em unidades com o Programa Mais Médicos, não atingiram avaliação satisfatória, o que remete à necessidade de alteração na organização da estratégia saúde da família, independente da implantação desse programa.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Médicos de Atenção Primária, Enfermeiros, Avaliação de serviços de saúde

¹ Programa de Mestrado em Biociências e Saúde Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná. R. Universitária 2069, Bairro Faculdade. 85814-110 Cascavel PR Brasil. beatriz.oliveira@unioeste.br

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontada como importante estratégia para a reorganização e a ampliação da efetividade dos sistemas de saúde, apresentando grande destaque no cenário mundial como forma de reduzir as iniquidades existentes no setor saúde¹. Representa o primeiro nível de acesso dos usuários ao sistema de saúde, e constitui-se como elemento essencial em um processo continuado de cuidado, desenvolvendo ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde de forma a atender os reais problemas dos indivíduos, famílias e comunidades².

Espera-se de um serviço de APS, para ser considerado efetivo, que cumpra um conjunto indissociável de atributos estruturantes do processo de atenção, denominados de essenciais, os quais compreendem: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Quando associados aos atributos derivados orientação familiar e comunitária e competência cultural, qualificam as ações em saúde. Desta forma, a presença e a extensão destes atributos nos serviços oferecidos pela APS estão intrinsecamente relacionados à qualidade dos serviços e à efetividade das ações em saúde².

Desta forma, pesquisas avaliativas em saúde que demonstrem o grau de orientação da APS ou identifiquem características passíveis de mudanças para qualificação das ações em saúde, são importantes por retratarem evidências que indiquem sua efetividade e por produzirem subsídios para a definição das políticas públicas. Por tais razões a necessidade de se avaliar os serviços de saúde torna-se uma constante³.

A associação entre ações orientadas aos atributos da APS e qualidade dos serviços prestados tem sido demonstrada em diversos estudos⁴⁻⁷. Avaliações em países industrializados e em desenvolvimento demonstram que, em áreas onde a APS apresenta forte grau de orientação, observam-se melhores resultados nas condições de saúde, com impactos na redução de taxas de mortalidade globais e infantil e de doenças cardíacas, bem como na detecção precoce de neoplasias⁸. Quando a APS atua de forma a alcançar a presença destes atributos, se torna capaz de prover atenção integral aos indivíduos, família e comunidade e, conseqüentemente, ter ações efetivas e resolutivas.

No Brasil, a tentativa de ampliar a cobertura e o acesso para a população aos serviços de saúde tem se dado por meio da expansão da ESF. Atual-

mente, estima-se que unidades de atenção primária com equipes de saúde da família têm cobertura de 59,7% da população do país⁹. Contudo, problemas estruturais, financeiros, falta de recursos humanos, entre outros, continuam sendo um entrave para a expansão da assistência à saúde.

Neste sentido, a criação de políticas públicas pelo Estado constitui-se em estratégia para melhoria da assistência oferecida na APS, as quais se traduzem em programas elaborados com vistas à qualificação da assistência nesse âmbito de atenção à saúde. Dentre estes, cita-se o Programa Mais Médicos (PMM), criado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com o intuito de subsidiar condições de infraestrutura e recursos humanos a populações que vivem em áreas de difícil acesso e de maior vulnerabilidade econômica e/ou social, entre outros objetivos¹⁰.

O PMM espera minimizar a falta de médicos no país e reduzir as desigualdades regionais em saúde. Envolve três frentes estratégicas: mais vagas e novos cursos de Medicina com diretrizes curriculares revisadas; investimentos na construção de unidades de atenção primária; e, provimento de médicos brasileiros e estrangeiros às unidades de atenção primária¹¹.

Este programa, dois anos após sua implantação, está presente em aproximadamente quatro mil municípios brasileiros, com um número de cerca de dezoito mil médicos¹². No entanto, desde sua elaboração e efetivação, observa-se que diversas têm sido as críticas oriundas tanto de profissionais de saúde, quanto de usuários. Dada a recente implantação do programa, verifica-se uma significativa escassez de pesquisas acerca desta temática, principalmente no que se refere à efetividade da atenção oferecida pelos profissionais e pelas equipes de saúde cadastradas no programa¹².

Espera-se que os atributos da APS sejam mais bem avaliados em unidades com a estratégia saúde da família, principalmente naquelas com médicos do PMM. Assim, este estudo teve como objetivo geral avaliar a efetividade da assistência oferecida na atenção primária, segundo a ótica dos profissionais de saúde, comparando-se unidades com e sem médicos do Programa Mais Médicos.

Metodologia

Pesquisa exploratória, descritiva e avaliativa, desenvolvida nas 35 equipes de Estratégia de Saúde da Família, alocadas em 25 estruturas físicas de Unidade de Saúde da Família (USF) localizadas

na área urbana e rural do município de Cascavel – PR. A ESF no município tem uma cobertura de 30,68%, a metade da nacional, mas em expansão desde 2012, em 10 unidades rurais e 25 urbanas. A população do estudo foi composta por profissionais médicos, enfermeiros e coordenadores atuantes nas USF, os quais totalizaram um número de 72 sujeitos, sendo 33 médicos (perda de dois participantes em licença médica no período do estudo), dos quais nove integram o PMM, 31 enfermeiros (com perda de quatro sujeitos) e oito coordenadores. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual com os profissionais, nas unidades de saúde, após agendamento prévio por telefone, com a aplicação do instrumento de Avaliação da Atenção Primária a Saúde – Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Brasil versão profissionais. Trata-se de um instrumento de avaliação da APS, validado no Brasil e publicado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2010. Baseado no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian, em 1966, mensura aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde³.

O instrumento é composto por 77 itens divididos em oito variáveis¹³, sendo: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A) – 9 itens; Longitudinalidade (B) – 13 itens; Coordenação referente à Integração de Cuidados (C) – 6 itens; Coordenação referente aos Sistemas de Informações (D) – 3 itens; Integralidade referente aos Serviços Disponíveis (E) – 22 itens; Integralidade referente aos Serviços Prestados (F) – 15 itens; Orientação Familiar (G) – 3 itens; Orientação Comunitária (H) – 6 itens.

O acesso de primeiro contato refere-se ao acesso e utilização dos serviços de saúde pelos usuários, tanto para um novo evento de saúde, quanto para um novo episódio do mesmo². Esse atributo, no PCATool, abrange aspectos relativos ao tempo de espera para o atendimento médico, disponibilidade de atendimento mediante demanda espontânea, se o atendimento ocorre no mesmo dia em que o usuário busca atendimento, facilidade no agendamento de consultas médicas, período em que a unidade está aberta e disponível aos usuários, acesso aos profissionais por telefone para orientação, orientação para atendimento quando a unidade está fechada e acesso a consultas de retorno¹³.

O atributo longitudinalidade é definido por Starfield² como a relação de vínculo estabelecida entre profissionais de saúde e usuários.

A coordenação da atenção engloba dois componentes: um relativo à integração dos cuidados, relacionado ao processo de trabalho; e outro relativo aos sistemas de informações, que abordam aspectos de estrutura e processo. O componente coordenação – integração de cuidados, aborda ações que retratam a existência de identificação constante de informações acerca dos usuários, bem como, o fornecimento e o recebimento destas informações pelo e aos profissionais de saúde e sua utilização no cuidado global do paciente.

Agregando-se aos demais atributos, a integralidade é descrita por Starfield² como a capacidade da equipe de saúde em atender as mais diversas necessidades presentes no indivíduo, família e comunidade, e compreende: integralidade – serviços disponíveis, que retrata a existência e a disponibilidade de serviços básicos que devem ser oferecidos pela APS; e integralidade – serviços prestados, que se refere aos cuidados e orientações que cabem e devem ser efetuados pelos profissionais da APS.

Associados aos atributos essenciais têm-se os derivados de orientação familiar, que de acordo com Starfield², podem ser compreendidos como a capacidade dos profissionais em identificar a família tanto como espaço de cuidado, quanto como local potencializador e de origem dos problemas de saúde. É analisado em conjunto com a orientação comunitária, definida como a existência de contato entre equipe de saúde e comunidade, em que os profissionais de saúde identificam e reconhecem as necessidades da comunidade tanto pelo contato direto, quanto por meio da interpretação de dados epidemiológicos².

O instrumento PCATool – Brasil versão profissionais de saúde possui escala de respostas do tipo Likert (4 = com certeza sim, 3 = provavelmente sim, 2 = provavelmente não, 1 = com certeza não), com o acréscimo da opção '9 = não sei/não lembro'. A partir dessas respostas, é possível calcular um score para cada atributo da APS (e de seus componentes) e também um Escore Essencial e um Escore Geral. Os escores para cada atributo (bem como de seus componentes) são obtidos pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens. O Escore Essencial consiste na média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o Escore Geral é definido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivados¹³.

Para transformar esses escores em escala de zero a dez, utilizou-se a fórmula:

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

O escore igual ou maior de 6,6 foi considerado alto escore da APS. Esse valor foi escolhido por corresponder, na escala de 1 a 4, ao escore 3, equivalente à opção 'provavelmente sim'¹³.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados sob forma de estatística descritiva e inferencial, apresentados em tabelas e gráficos para comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão. As variáveis analisadas foram primeiramente avaliadas quanto ao padrão de distribuição dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk e homogeneidade das variâncias por meio do teste F. As variáveis que se encontravam em acordo com tais pressupostos foram analisadas por meio do teste t para amostras independentes, e as demais pelo teste não paramétrico Mann-Whitney-U. Nestes testes, foi comparada a significância estatística dos domínios do PCATool entre as unidades ESF com PMM e sem PMM. Todas as análises foram realizadas assumindo um nível de significância de 0,05, com o auxílio do software de análise de dados quantitativos XLSTAT 2015¹⁴.

A pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, sendo aprovada, recebeu autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com sua anuência, quando aceitaram participar da investigação.

Resultados

Nas unidades de ESF, 47 sujeitos foram entrevistados, enquanto nas de ESF com o Programa Mais Médicos (ESF-PMM), foram 25 sujeitos, num total de 72 entrevistados. O perfil dos profissionais médicos e enfermeiros que compuseram o estudo

pode ser descrito a partir de algumas características principais, tais como: faixa etária, com uma variação de 25 a 63 anos; tempo de formação, que compreendeu de um a 35 anos; especialização em saúde pública e áreas afins para 25 sujeitos; vínculo empregatício por meio de concurso público para 53, oito possuíam contrato de trabalho pelo PMM e três pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), todos com carga horária de 40h semanais. Quanto ao país de formação dos profissionais que atuavam pelo PMM, identificou-se Brasil, Cuba, Bolívia, Rússia e Venezuela.

Apresenta-se a seguir, na Tabela 1, para o conjunto dos serviços (ESF e ESF-PMM), os escores dos atributos da atenção primária à saúde, destacando-se que acessibilidade (4,2) não atingiu a pontuação do nível de corte para ser considerado efetivo. Ressalta-se que tanto o escore essencial (6,9) quanto o geral (7,1) da APS foram satisfatórios.

Na Tabela 2, apresentam-se os resultados dos atributos diferenciando-se as ESF e ESF-PMM. Percebe-se que o atributo acessibilidade, que não se mostrou orientado à APS, não teve diferença significativa nas distintas unidades (ESF = 4,1; ESF-PMM = 4,3). Quanto ao atributo Coordenação – sistema de informações, na ESF o escore foi 6,6, ou seja, no limite do ponto de corte para ser considerado orientado à APS, enquanto nas unidades com o PMM, cujo valor foi de 6,5, não houve orientação para a atenção primária. Em relação aos escores essencial e geral, bem como os demais atributos, não houve diferenças significativas entre as unidades ($p > 0,05$).

Nas Figuras 1 e 2 demonstra-se a representação dos escores médios dos atributos de atenção primária, assim como os escores essencial e geral avaliados.

Tabela 1. Escores dos Atributos da Atenção Primária à Saúde. Cascavel, 2016.

Variável	Número	Mínimo	Máximo	Média	DP
Acessibilidade	72	1,85	7,77	4,17	1,30
Longitudinalidade	72	4,10	12,82	7,10	1,45
Integração de cuidados	72	3,33	10,00	7,40	1,32
Coordenação - Sistema de informações	72	2,50	15,00	6,57	2,14
Integralidade - Serviços disponíveis	72	5,30	11,66	8,12	1,17
Integralidade - Serviços prestados	72	5,55	12,59	8,25	1,29
Orientação familiar	72	3,57	11,19	7,56	1,61
Orientação comunitária	72	3,81	13,49	7,59	2,07
Escore essencial	72	4,31	10,25	6,93	0,98
Escore Geral	72	4,29	10,63	7,10	1,03

Fonte: Banco de Dados do Pesquisador.

Tabela 2. Comparação dos Escores dos Atributos da Atenção Primária à Saúde entre Unidades de Saúde da Família (n = 45) e Unidades de Saúde da Família com Programa Mais Médicos (n = 27). Cascavel, 2016.

Variável	Tipo de Unidade	Mínimo	Máximo	Média	DP	p
Acessibilidade	ESF	1,85	7,77	4,10	1,33	0,555
	ESF-PMM	2,22	6,66	4,29	1,27	
Longitudinalidade	ESF	4,10	12,82	7,12	1,47	0,859
	ESF-PMM	4,10	10,25	7,06	1,46	
Integração de cuidados	ESF	3,33	10,00	7,30	1,32	0,417
	ESF-PMM	3,81	10,00	7,56	1,34	
Coordenação - Sistema de informações	ESF	2,50	12,50	6,60	1,96	0,886
	ESF-PMM	3,33	15,00	6,52	2,44	
Integralidade - Serviços disponíveis	ESF	5,30	10,60	8,03	1,12	0,395
	ESF-PMM	5,30	11,66	8,28	1,26	
Integralidade - Serviços prestados	ESF	5,55	12,59	8,17	1,38	0,523
	ESF-PMM	5,55	10,74	8,38	1,14	
Orientação familiar	ESF	4,52	11,19	7,70	1,51	0,346
	ESF-PMM	3,57	11,19	7,33	1,75	
Orientação comunitária	ESF	3,81	13,49	7,68	2,20	0,658
	ESF-PMM	4,12	10,63	7,45	1,87	
Escore essencial	ESF	4,87	10,25	6,89	0,92	0,633
	ESF-PMM	4,31	10,13	7,01	1,08	
Escore Geral	ESF	5,05	10,63	7,09	1,00	0,935
	ESF-PMM	4,29	10,32	7,11	1,09	

Fonte: Banco de Dados do Pesquisador.

Na Figura 1 percebe-se baixa média do item acesso de primeiro contato ($4,1 \pm 1,3$), tanto em unidades ESF-PMM, quanto em unidades ESF. Unidades que continham profissionais do PMM apresentaram menores escores ($4,1 \pm 1,3$) do que quando comparado às unidades ESF ($4,3 \pm 1,3$), embora não apresentando diferenças estatísticas ($p = 0,555$).

Pode-se observar ainda que tanto unidades de ESF e ESF-PMM apresentaram média acima do ponto de corte estabelecido pela literatura ($7,1 \pm 1,4$) para o atributo longitudinalidade. Comparando-se os escores médios obtidos em ambas as USF, pode-se verificar que as unidades de ESF obtiveram escore médio superior ($7,1 \pm 1,4$) ao comparado às unidades ESF-PMM ($7,0 \pm 1,4$), embora não tenham sido identificadas diferenças estatísticas entre as unidades ($p = 0,859$).

Acerca da coordenação, na Figura 1, a média obtida ($7,4 \pm 1,3$) em nosso estudo, não trouxe diferenças significativas entre as unidades ESF e ESF-PMM ($p = 0,417$). O outro componente do atributo de coordenação – sistemas de informações demonstrou uma média com baixa orientação dos serviços ($6,5 \pm 2,1$) à APS. No entanto, ao se efetuar o comparativo entre as unidades identificou-se que a menor média foi obtida ($6,5 \pm$

$2,4$) nas unidades ESF-PMM, sendo nas ESF ($6,6 \pm 1,9$) exatamente a nota do ponto de corte.

No que se refere ao item integralidade – serviços disponíveis, identificou-se escore acima da média de corte ($8,1 \pm 1,1$), indicando assim que as unidades ESF detêm ações e serviços básicos em saúde que tornam possíveis a realização de ações qualitativas à população, conforme Figura 1. Comparando-se as unidades de ESF ($8,0 \pm 1,1$) e unidades de ESF-PMM ($8,2 \pm 1,2$), pode-se observar que não se encontraram diferenças estatísticas entre os dois grupos ($p = 0,395$), retratando assim que ambas as unidades mantinham os mesmos serviços básicos a serem disponibilizados pela APS.

No item integralidade – serviços prestados, a média foi $8,2 \pm 1,2$ nas unidades avaliadas. As unidades não apresentaram diferenças significativas ($p = 0,523$), (ESF = $8,3 \pm 1,1$; ESF-PMM = $7,7 \pm 1,5$), conforme Figura 1, demonstrando assim que ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na ESF têm sido desenvolvidas de acordo com os preceitos da integralidade.

Englobando os atributos essenciais, obtém-se o escore essencial da APS para o conjunto das unidades, equivalente a $6,9 \pm 0,9$, estando acima do ponto de corte de 6,6, mostrando orientação

adequada dos serviços à APS, conforme Figura 2. Entre as unidades, ESF obteve-se escore essencial de $6,8 \pm 0,9$ e ESF-PMM de $7,0 \pm 1,0$, sem diferenças estatísticas significativas ($p = 0,633$).

Acerca de possíveis distinções existentes sobre o atributo orientação familiar em unidades de ESF e ESF-PMM, pode-se verificar que em unidades ESF foi identificado escore médio ($7,7 \pm 1,5$) superior ao de unidades ESF-PMM ($7,3 \pm$

1,7), mas que não se constituíram diferenças significativas ($p = 0,346$) entre os serviços, conforme Figura 1. Demonstrou-se que o conjunto das unidades de ESF apresentou forte orientação a este atributo ($7,5 \pm 1,6$), apresentando, portanto, ações efetivas na perspectiva de cuidado na APS com enfoque na família.

O conjunto das unidades indicou a presença e a extensão também do atributo orientação

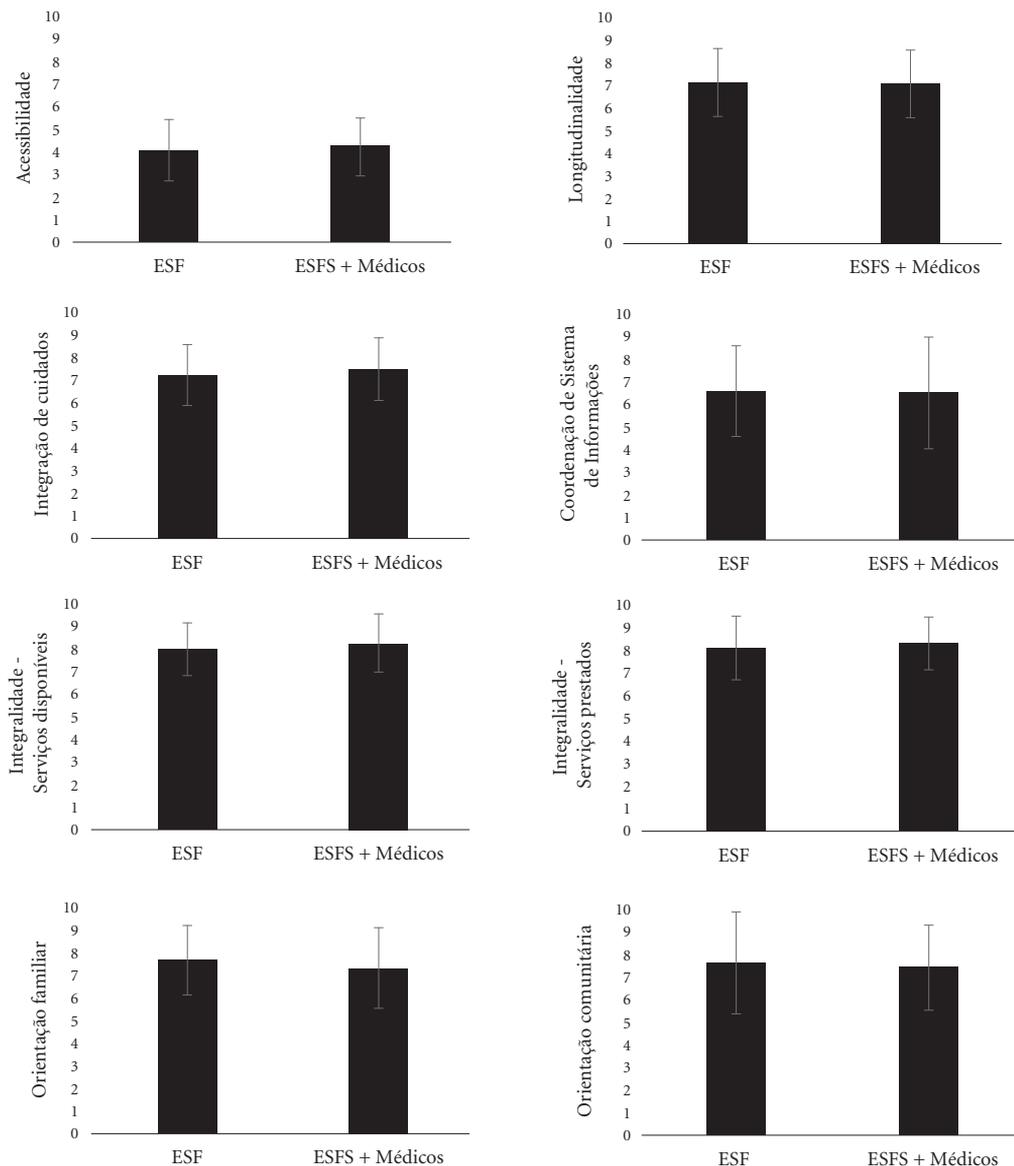


Figura 1. Representação dos Escores Médios \pm Desvios Padrão dos Atributos de Atenção Primária, em unidades de ESF e ESF com Programa Mais Médicos. Cascavel, PR, 2016.

comunitária ($7,5 \pm 2,0$). Buscando-se investigar possíveis distinções acerca deste atributo entre as unidades, pode-se verificar (Figura 1) que em unidades de ESF foi identificado escore médio ($7,6 \pm 2,2$) superior ao de unidades ESF-PMM ($7,4 \pm 1,8$). Contudo, não se constituíram em diferenças significativas ($p = 0,658$) entre as ações oferecidas por ambos os serviços.

Abrangendo os atributos derivados e os essenciais, tem-se o escore geral da APS, o qual, neste estudo, foi de $7,1 \pm 1,0$ para o conjunto das UBS, identificado acima do ponto de corte de 6,6, retratando a orientação destes serviços à APS. Entre as unidades de ESF obteve-se o escore geral de $7,0 \pm 1,0$ e ESF-PMM, $7,1 \pm 1,0$ (Figura 2), sem diferenças estatísticas significativas ($p = 0,935$).

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam que as unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm apresentado, de forma geral, forte grau de orientação e presença dos atributos essenciais e derivados da APS, tanto nas ESF que não possuem profissionais do PMM, quanto naquelas onde se encontram médicos pertencentes ao programa, na ótica dos profissionais de saúde. Esse achado é importante na medida em que desmistifica a ideia de que os médicos do PMM não teriam preparo adequado para atuar no Brasil, principalmente os estrangeiros, nomeadamente em função de supostos problemas de comunicação que a barreira das línguas diferentes poderia impor. Nesse caso, seria de supor-se que os atributos não fossem semelhantes em ambas as unidades, o que não ocorreu.

Estando os atributos da APS intrinsecamente relacionados à qualidade dos serviços, denota-se que as ESF do município têm comumente oferecido ações em saúde resolutivas e efetivas, embora a análise isolada de cada atributo tenha demonstrado a necessidade de melhorias na assistência, especificamente no que se refere aos atributos de acessibilidade e coordenação.

Enquanto elemento estrutural de um sistema de saúde, o acesso exige que os estabelecimentos se encontrem situados mais próximos à população, bem como, atentem-se ao grau de tolerância às consultas não agendadas. É necessário que se considere, na perspectiva da população a qual atende, a conveniência da acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos à comunidade. Estando a APS situada nos locais mais próximos da população, esta deve representar a porta de entrada preferencial dos usuários ao sistema de saúde. Espera-se, portanto, que seus serviços sejam acessíveis e suas ações em saúde sejam efetivas mediante as necessidades dos indivíduos¹⁵.

A ESF pretende-se modelo de reorganização da APS no Brasil, apresentando-se como importante estratégia no avanço da acessibilidade aos serviços de saúde, à medida que determina a instituição de equipes de profissionais por meio de USF situadas nos locais mais próximos da população e comunidade, minimizando barreiras geográficas, organizacionais, culturais e de gênero ao cuidado; bem como, amplia o acesso aos benefícios tecnológicos com mais garantia de referência e menos desperdício, à medida que promove a APS enquanto ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{16,17}.

No entanto, mesmo diante dos avanços obtidos pela ESF, verifica-se, neste modelo de aten-

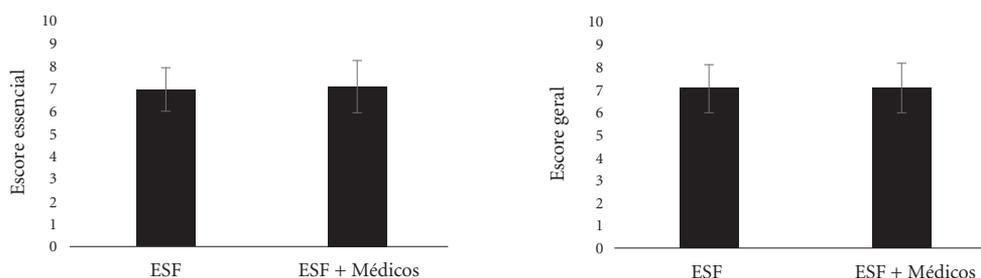


Figura 2. Representação das Médias \pm Desvio Padrão dos Escores Essencial e Geral, em unidades de ESF e ESF com Programa Mais Médicos. Cascavel, PR, 2016.

ção, que a APS tem encontrado dificuldades de fortalecer-se na função de porta de entrada ao sistema de saúde. Percebe-se que, ao invés de buscar a USF prioritariamente, os serviços de emergência são frequentemente procurados pela população, seja pela proximidade, acessibilidade no horário de atendimento, resolução imediata do problema de saúde ou pela falta de médicos para atendimento nas unidades de saúde referidas pelos usuários¹⁸, aspecto que seria passível de melhora a partir da implantação do PMM.

O acesso à ESF significa além de porta de entrada ao sistema, a resolatividade do problema de saúde do usuário, o que também é um dos objetivos do PMM, ou seja, suprir de médicos os locais em que não há capacidade instalada desses profissionais. Nesse caso, essa premissa não se confirmou, pois nas unidades com médicos do PMM o atributo acesso teve menor índice, numa realidade já desfavorável, pois não se espera de unidades com a ESF que haja problemas com o acesso dos usuários, uma vez que este modelo de atenção prima por mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, justamente para contemplar os princípios da APS em seu cotidiano de trabalho¹⁹⁻²¹.

Quando o atributo acesso se mostra com fraca orientação para a APS, como em nosso estudo, demonstra-se a necessidade de reformulação no processo de trabalho e no acolhimento ao usuário, de mudanças nas práticas organizacionais das unidades, de modo a qualificar as ações relativas à acessibilidade dos usuários a APS.

Neste sentido, estratégias de acolhimento como o estabelecimento de padrões de fluxo de usuários na UBS, a adoção de modelagens de atendimento, a gestão de agendas de atendimento individual e a avaliação de risco e vulnerabilidade, as quais necessitam o reconhecimento por todos os membros da equipe, têm sido indicadas como importantes ferramentas tecnológicas, utilizadas como forma de viabilizar a acessibilidade ao usuário e qualificar a escuta dos profissionais de saúde²².

Apesar de não haver diferença significativa entre as unidades, ressalta-se a importância de políticas públicas como o PMM, o qual pode ser considerado um meio amplificador do acesso aos usuários nos serviços de saúde, tendo em vista que se propõe a suprir a falta de recursos humanos na área médica, nas unidades de saúde de atenção primária, o que ainda é uma constante, principalmente em áreas mais distantes de grandes centros e de difícil acesso geográfico¹⁰.

Todavia, apesar das limitações do acesso, em relação ao atributo longitudinalidade, pode-se afirmar que as unidades do estudo têm desenvol-

vido ações que qualificam seus serviços na APS. O vínculo estabelecido entre as equipes de saúde e o usuário da ESF permite ao profissional maior conhecimento de demandas que emergem apenas quando há um vínculo efetivo, auxiliando no processo de cuidado em todas suas etapas, na prevenção, promoção, tratamento em seus distintos ciclos de vida, bem como na maior participação e adesão dos usuários².

Para exercício da longitudinalidade, é preciso que os profissionais estejam abertos a estas relações de vínculo que, embasadas em confiança mútua, por vezes, atravessadas por afetos e subjetividades, acabam por destituir os saberes totalitários, as práticas intervencionistas e as posições ocupadas no território assistencial, em busca de um projeto terapêutico horizontal. Trata-se, portanto, de uma nova postura a ser exercida pelos profissionais que ultrapassa os modelos biomédicos e institui um olhar mais humano sobre a população e que cotidianamente reflete um novo aprendizado⁷.

Ilha et al.²³ ressaltam que a relação de vínculo entre profissional e usuário na ESF trata-se de um requisito a ser cumprido, remete a uma maior aproximação dialógica, um processo de educar-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar as experiências em uma visão ampliada. Assim são estes encontros subsequentes, embasados em um adequado acolhimento e na confiança mútua, que aproximam os profissionais e os usuários, bem como fortalecem a APS como principal porta de entrada, pois, à medida que os usuários reconhecem nesta sua principal fonte de atenção, será este o primeiro local ou serviço a ser buscado. Em suma, os atributos acesso de primeiro contato e longitudinalidade devem caminhar lado a lado^{2,24}, o que ainda não acontece na realidade estudada.

O PMM intenta fortalecer o atributo longitudinalidade, quando propõe a fixação de profissionais em locais onde atualmente há dificuldade na sua obtenção. Contudo, como o programa prevê um prazo finito para esta disponibilidade profissional, a longo prazo pode evidenciar-se como uma dificuldade na orientação desse atributo à APS, no que se refere ao estabelecimento de vínculo dos usuários com os profissionais. Assim, é necessário o fortalecimento do vínculo com o serviço, ou seja, com todos os profissionais da unidade, não somente com o médico.

Direcionado ao atributo de coordenação do cuidado, tem-se como premissa avaliar a existência de ações em saúde que permitam a continuidade do cuidado em seus diversos aspectos, seja por parte dos profissionais, seja por parte de

registros em prontuários, ou por ambos, além de identificar a capacidade de reconhecimento por parte dos profissionais acerca dos problemas e necessidades dos usuários de forma contínua e processual^{2,3}.

Entretanto, algumas situações têm-se constituído como principais obstáculos para a efetivação do atributo de coordenação na APS, como a ausência de registros de contrarreferência, o que implica na falta de informações pertinentes ao tratamento, diagnóstico e orientações ao cuidado. Associa-se a isto, a ineficiência de registros de informações nos prontuários de saúde e a falta de comunicação entre equipes, bem como ausência de trabalho interdisciplinar na APS. Sendo a informação a essência da coordenação, a disponibilidade de informações acerca das necessidades ou problemas de saúde dos indivíduos e dos serviços prestados, deve ocorrer de modo fluido de forma a garantir que todos os atores envolvidos no processo de cuidado tenham acesso e compreensão sobre estas informações^{2,17}.

Ressalta-se que as ações com vistas ao fortalecimento da coordenação, exigem dos profissionais e da equipe de saúde esforços no sentido de desenvolverem a capacidade de identificar, organizar e integrar respostas ao conjunto de necessidades identificadas em seus usuários, possibilitando assim a continuidade do cuidado como fator primordial para coordenação, identificando problemas abordados em outros serviços e integrando estas ações na atenção global do paciente². Nesse caso, uma explicação possível seria que, a presença de médicos estrangeiros no PMM, cujo índice foi menor, poderia ter influenciado na coordenação, pelo fato de não conhecerem aprofundadamente a estrutura e o processo do serviço de saúde brasileiro.

Ainda, a adoção de protocolos de atenção organizados sob a lógica de cuidado, conhecimento pelos profissionais sobre fluxos de atendimento das redes de atenção, trabalho interdisciplinar com discussão dos casos traçadores, realização de registros consistentes acerca dos serviços prestados aos usuários e adequação e utilização de cartas de referência e contrarreferência, tem-se apresentado como importantes estratégias a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde no fortalecimento do atributo de coordenação²⁵.

No entanto, estas estratégias representam mais do que somente a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, é necessário também a incorporação de ferramentas e dispositivos de atenção pela gestão. A articulação entre prestadores e profissionais, as reduzidas ofertas de serviço especializado, a falta de cooperação

entre os pares, a ausência de reconhecimento dos profissionais e os obstáculos no fortalecimento da APS como porta de entrada do sistema, têm se apresentado como principais dificuldades encontradas tanto para a coordenação do cuidado, quanto para o fortalecimento da APS como coordenadora entre os níveis de atenção²⁶.

Algumas ações e estratégias desenvolvidas pelas equipes de saúde possibilitam maior agilidade e equidade no atendimento prestado aos indivíduos, bem como maior disponibilidade de informações e comunicação fluida entre os profissionais dos diversos pontos de atenção. Estas incluem o subsídio à implantação de prontuários clínicos eletrônicos e sistemas informatizados, o incentivo à gestão de lista de espera, a desfragmentação dos serviços e maior estabelecimento de práticas de regulação entre os pontos de atenção²⁷, medidas que carecem de ampliação e implementação no município do estudo.

Ademais, priorizar o cuidado de saúde ao usuário, organizando os serviços com base em suas necessidades e expectativas possibilitaria guiar-nos em um caminho rumo ao alcance da coordenação. Atributo este que se faz fundamental para o funcionamento dos demais, tendo em vista que, sem a coordenação, a longitudinalidade perde seu potencial, a integralidade torna-se abstrata, e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa, sem vínculos entre profissionais e usuários^{2,27}.

A disponibilidade de serviços, referente ao atributo integralidade, constitui-se como fator primordial para o desempenho, não somente da APS, mas de todos os níveis de atenção, em que atender a necessidade do usuário passa a constituir-se como o foco central do cuidado. No entanto, restringir a longitudinalidade à disponibilidade de serviços, seria equivalente a não oferecer uma atenção integral. O significado de integralidade ultrapassa a questão de garantir assistência aos usuários entre os pontos de atenção que se façam necessários, demanda que os profissionais em suas práticas de trabalho o compreendam em sua totalidade, propiciando adequado acolhimento, uma assistência digna, humanizada e embasada em uma relação de vínculo²⁸.

A integralidade pressupõe desta forma a garantia aos usuários de uma atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS e que para tanto devem mover esforços dos profissionais no sentido de efetivá-la²⁹.

Assistir as famílias com base nestes atributos requer por parte dos profissionais um conheci-

mento sobre sua dinâmica, contexto social e o papel de cada membro dentro delas, a fim de permitir o planejamento e a sistematização de ações que lhes são direcionadas com base na identificação das necessidades, tanto pelo usuário, quanto pela equipe de saúde, que embasados em uma relação de vínculo e corresponsabilidade possam vivenciar situações de empoderamento³⁰.

É neste contato que as famílias passam a reconhecer a equipe de saúde, não como uma instância estatal buscada em situações de emergência, mas sim como elementos integrantes de uma rede composta por valores como confiança, respeito e compromisso para com os usuários, na qual estes podem se apoiar. Neste sentido, a ESF, como se pode observar no presente estudo, tem-se representado enquanto importante estratégia no que tange à cobertura da atenção à saúde e ao elo de aproximação dos usuários com os serviços da APS³⁰.

O atributo derivado orientação comunitária identificou se as ações em saúde oferecidas pelas ESF tinham também como foco a comunidade, uma vez que a multicausalidade do processo saúde-doença, bem como a perspectiva de um conceito ampliado de saúde, traz à tona a percepção da diversidade de fatores condicionantes e determinantes que envolvem a produção do cuidado. Assim, as ações em saúde embasadas nesta lógica exigem que as equipes de APS atuem de forma a atender as necessidades de saúde da população na prevenção e na promoção tanto de forma individual, quanto coletiva, em seus territórios¹⁶.

No entanto, a efetivação das ações em saúde, com base na promoção e prevenção para melhoria das condições de vida, é obtida quando estas englobam um olhar multiterritorial, em que se reconhece a existência de outros agentes influentes nesta dinâmica da área de abrangência de uma unidade de saúde. Assim, por meio de um trabalho intersetorial entre equipe de saúde e estes agentes, representados por lideranças comunitárias, ONGs, movimentos sociais, dentre outras instituições em conjunto com atores sociais, obter-se-á a amplitude no alcance de resultados que verdadeiramente sejam capazes de modificar o quadro social e epidemiológico em um território³¹.

A premissa de que poderia haver diferenças entre as unidades pelo fato de haver médicos estrangeiros atuando, algumas vezes com dificuldades de comunicação, não foi confirmada neste estudo, dados os valores similares entre os atributos em ambas as unidades de saúde.

Neste contexto, a ESF apresenta-se como importante avanço no acesso aos serviços de saúde,

de, à medida que insere equipes e unidades de saúde nos locais mais próximos da população, rompendo barreiras físicas, culturais, sociais, que por vezes limitavam o usuário de exercer o seu direito a saúde. O que foi confirmado pelo presente estudo, que identificou que as ações e os serviços em saúde, relativos aos atributos essenciais e derivados da APS estão sendo efetivos, sem diferenças significativas entre as unidades com e sem médicos do PMM. Contudo, unidades ESF e ESF-PMM apresentaram os atributos acessibilidade e coordenação também similares, mas não orientados à APS, o que sugere a necessidade de melhorias no serviço, tanto nos aspectos estruturais quanto na organização do sistema de saúde do município para garantir o cuidado com qualidade e orientado aos preceitos da APS.

Conclusão

Esforços têm sido envidados ao longo dos anos, nas distintas esferas da gestão em saúde no país, no sentido de fortalecer a APS, em busca de ampliar o acesso aos usuários, reforçando-a como principal porta de entrada do sistema e de fortalecê-la como coordenadora do cuidado e ordenadora dentro das redes de atenção, de forma a propiciar serviços e ações em saúde resolutivos a toda a população. Este estudo, na medida em que não encontrou diferenças de percepção sobre a efetividade de sua atuação, entre os profissionais de saúde nas unidades com e sem o PMM, demonstra que os esforços com programas que visam à aprimorar a APS no país têm tido sucesso e devem continuar a existir e se fortalecer.

Ressalta-se ainda a importância de seguir na produção de conhecimento acerca da continuidade de programas e políticas públicas por meio da avaliação dos serviços de saúde, pois, por meio deste conhecimento, se faz possível identificar, nas práticas cotidianas, os processos que necessitam de reafirmação ou reformulação para o fortalecimento da APS, com a participação e o compromisso de profissionais de saúde, gestores e população na busca por melhores condições de saúde.

Ainda, sugere-se a ampliação de estudos dessa natureza com todos os atores envolvidos no processo de avaliação, ou seja, profissionais e usuários, uma das limitações deste estudo, que envolveu somente os profissionais. Além disso, sua reprodução em outros municípios brasileiros, para ampliar os estudos de avaliação.

Colaboradores

A Carrer trabalhou na pesquisa, na metodologia, na concepção e na redação final; BRGO Toso trabalhou na pesquisa, na metodologia, na concepção e na redação final; ATB Guimarães trabalhou na metodologia e na redação final; JR Conterno trabalhou na pesquisa e KC Minosso trabalharam na pesquisa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde*. Brasília: MS; 2010.
2. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/MS; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil*. Brasília: MS; 2010.
4. Turci MA, Costa MFL, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica* 2015; 31(9):1941-1952.
5. Silva SS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. *Rev Lat Am Enfermagem* 2015; 23(5):979-987.
6. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saude Debate* 2015; 39(105):387-399.
7. Silva AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(Esp):126-132.
8. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. *Reforma da atenção primária a saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de clínica da família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio Janeiro*. Porto Alegre: OPAS; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal da Saúde. *Mais Médicos*. [acessado 2016 fev 2]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-comofunciona-o-programa>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
11. Santos LMP, Costa AM, Girarde SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3547-3552.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portal da Saúde. *Histórico de cobertura da saúde da família*. [acessado 2016 fev 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portal-dab/historico_cobertura_sf.php
13. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Duncan BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comun* 2013; 8(29):244-255.
14. Addinsoft. *XLSTAT for Windows*, versão 2015. [acessado 2016 jan 15]. Disponível em: <https://www.xlstat.com/es/>
15. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm* 2014; 66(n. spe):158-164.

16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: MS; 2012. Séries Pacto pela Saúde.
17. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: MS/OPAS; 2011.
18. Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Rev Saude* 2015; 41(1):195-200.
19. Reichert APS, Leôncio ABA, Toso BRGO, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na atenção primária à saúde da criança. *Cien Saude Colet*, 2016; 21(1):119-127.
20. Vaz EMC, Magalhães RKBP, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinalidade do cuidado à criança na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(4):49-54.
21. Silva RMM, Silva-Sobrinho RA, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. *Cien Saude Colet*, 2015; 20(4):1217-1224.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica*. Brasília: MS; 2013.
23. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude* 2014; 13(3):556-562.
24. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1029-1042.
25. Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.
26. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saude Debate* 2012; 36(94):375-391.
27. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
28. Freitas CASL, Fernandes AT, Chagas MIO, Soares CHA, Silva MJ, Brito MCC. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. *Cad Saude Colet* 2010; 18(4):494-499.
29. Souza MC, Araújo TM, Reis WMR, Souza JN, Vileva ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. *Mundo Saude* 2012; 36(3):452-460.
30. Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. *A família como foco da atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2011.
31. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia* 2006; 2(2):47-55.