

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil

Quality assessment of Primary Health Care services in the city of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil (abstract: p. 14)

Evaluación de la calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud en São José de Ribamar, Maranhão, Brasil (resumen: p. 14)

Mannasses Araujo Costa^(a)

<mannasses@msn.com> 

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves^(b)

<mtssb.alves@ufma.com.br> 

Rosana Maria Paixão Castello Branco^(c)

<rosanacastellobranco@gmail.com> 

Wilka Emanuely Cunha Castro^(d)

<wilkacastro@yahoo.com.br> 

Cauby Arthur Moreno Ramos^(e)

<arthurcaubymr@gmail.com> 

^(a, d) Pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Rede em Saúde da Família (Mestrado Profissional), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Praça Gonçalves Dias, 21, Centro. São Luís, MA, Brasil. 65020-240.

^(b) Departamento de Saúde Pública, UFMA. São Luís, MA, Brasil.

^(c) Pós-graduanda do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (Residência), Hospital Universitário, UFMA. São Luís, MA, Brasil.

^(e) Graduando do curso de Medicina, Faculdade de Medicina, UFMA. São Luís, MA, Brasil.

O estudo avaliou os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) na perspectiva dos usuários e profissionais de 35 Unidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. Os dados de 73 profissionais e 386 usuários foram coletados em entrevistas utilizando Primary Care Assessment Tool (PCATool). Para os profissionais, o resultado foi satisfatório no escore geral (7,54), escore essencial (7,28) e escore derivado (8,02), exceto no atributo acesso de primeiro contato. Os usuários avaliaram como insatisfatório todos os atributos. As divergências encontradas revelaram que as demandas da população não são atendidas nesse nível de atenção à saúde. Se a população não acessa os serviços, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Avaliação em saúde.

Introdução

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população¹. Estudos vêm demonstrando que a ESF apresenta impacto positivo em relação à mortalidade infantil por condições sensíveis à APS e à qualidade da atenção pré-natal e de puericultura. Além disso, ainda amplia o acesso a serviços de saúde para populações mais vulneráveis do ponto de vista socio-sanitário²⁻⁴.

Um dos primeiros documentos a registrar a concepção de APS na perspectiva de hierarquização de serviços de saúde e organização regionalizada por nível de complexidade sob um território definido, conhecido como Relatório Dawson, foi elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido. A definição de provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para uma determinada população em um determinado território inspiraria a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que, por sua vez serviu de parâmetro para a reorganização dos sistemas de saúde em diversos países do mundo⁵.

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, é considerada a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da APS. Nas proposições de dessa declaração, a APS é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária – que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação – e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde⁶.

No Brasil, o Ministério da Saúde, desde meados da década de 1990, estabeleceu uma orientação normativa no sentido de estabelecer a ESF como porta de entrada resolutive do sistema de saúde. Contudo, o país ainda vive um contexto em que não há separação clara de funções específicas quanto à hierarquização por níveis de complexidade entre os diferentes tipos de serviços de saúde ofertados à população. Essa condição se destaca principalmente em municípios de grande porte, com maior sedimentação de estruturas tradicionais de oferta^{7,8}.

Os serviços de APS organizados com base em seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) proporcionam melhores indicadores de saúde, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado e no fluxo dos usuários dentro do sistema, utilização de práticas preventivas e maior satisfação dos usuários; além de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde⁹.

Donabedian¹⁰ desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, considerado uma tríade, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado. A elaboração do Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool), um instrumento para avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, permite a análise dos componentes estrutura e processo dos serviços de cuidados primários disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade¹¹.

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para mensurar os resultados e a qualidade da assistência e serve como parâmetro para que gestores e profissionais trabalhem as práticas de saúde; planejem e orientem as políticas públicas no sentido de promover avanços no sistema de saúde local; e, com isso, melhorarem a qualidade da Atenção à Saúde prestada à população de um território^{12,13}.

O presente estudo avaliou a qualidade dos serviços de APS no município a fim de subsidiar o planejamento de novas formas de organização, possibilitar o redirecionamento das práticas profissionais e auxiliar nos processos de tomada de decisão, respeitando-se as especificidades das realidades locais e regionais e almejando uma melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade e, em última instância, o efetivo cumprimento dos princípios norteadores da APS e do SUS.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter avaliativo de abordagem quantitativa das características organizacionais e do desempenho dos serviços das equipes de Saúde da Família a partir dos atributos da APS¹ realizada de outubro a dezembro de 2018 em São José de Ribamar. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2018, o município é a terceira maior cidade do estado do Maranhão (população estimada de 176.321 mil pessoas), com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM)¹⁴ em 2010 de 0,708 (alto), acima do índice de desenvolvimento humano estadual de 0,639 (médio) do mesmo ano.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de São José de Ribamar em 2018, a cidade possuía 38 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Atenção Primária e 46 equipes trabalhando na ESF, o que representava uma cobertura de 89,6% da população¹⁵.

A população do estudo foi composta por profissionais (incluindo aqueles em função de gestores das unidades) e usuários da ESF em São José de Ribamar. Para a seleção dos profissionais, não houve sorteio. Foram escolhidos como sujeitos da pesquisa todos os profissionais de nível superior das 46 equipes de ESF. Para os profissionais, foi adotado como critério de inclusão ter pelo menos dois meses de experiência de atuação na equipe da ESF e não estar gozando de recesso, férias ou licença médica no período. Durante o período da coleta (outubro a dezembro de 2018), existiam equipes incompletas, com isso, do número total possível de 92 profissionais, apenas 88 estavam em exercício. Após aplicar critérios de inclusão, obteve-se um total de 82 profissionais elegíveis. Destes, quatro profissionais recusaram-se a participar e outros dois profissionais não foram encontrados após três tentativas de aplicação das entrevistas em dias aleatórios de funcionamento da Unidade de Saúde. Alguns profissionais foram demitidos ou transferidos da Unidade Básica de Saúde (UBS)/ESF. Dessa forma, a amostra final foi de 73 profissionais.

Foram selecionados 12 usuários de cada uma das equipes nas quais os profissionais também eram elegíveis. Foram selecionadas 35 unidades de Saúde da Família do município, o que correspondia a 92,11% daquelas em funcionamento. As 44 equipes de Saúde da Família daquelas unidades selecionadas foram incluídas no estudo, o que correspondeu a 95,65% de todas as equipes implantadas. Os usuários foram selecionados dentro das unidades de saúde em dias e turnos diferentes. Em caso de usuários com menos de dez anos, a entrevista era realizada com o cuidador. Não se buscou tornar a

amostra heterogênea por gênero ou idade. No fim, foram entrevistados 386 usuários (adultos e cuidadores).

Nesta pesquisa, três tipos de formulários foram aplicados, de acordo com o respondente: PCA-Tool Brasil versão Criança, Adulto e Profissionais¹¹. Foram utilizadas cinco opções de respostas possíveis para cada pergunta e essas eram iguais para cada tipo de entrevistado. Foram atribuídos escores para as opções de respostas aos quesitos seguindo uma escala do tipo Likert: 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim. A opção “não sei/não lembro” foi computada como “0”.

De acordo com o instrumento de validação do PCATool-Brasil, os escores são padronizados por uma escala de valores de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore – o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento¹⁶.

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

O escore essencial é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais da APS (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade). O escore derivado é obtido pela média entre os componentes dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária). O escore geral é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais e dos atributos derivados¹⁶. Para isso, seguiu-se a análise dos dados orientada pelo manual do instrumento de avaliação da APS Primary Care Assessment Tool Pcatool – Brasil¹¹.

A utilização do instrumento PCATool-Brasil em suas três versões (adultos, crianças e profissionais) para avaliar a qualidade dos serviços de APS tem aumentado nos últimos anos e sua escolha pode ter relação com a publicidade pelo Ministério da Saúde¹¹, que, desde 2010, disponibiliza o instrumento validado em seus veículos oficiais de comunicação.

O PCATool permite um processo de avaliação com agilidade e baixo custo do processo de trabalho dos serviços de saúde em virtude da sua compreensão e aplicação fáceis. É um instrumento aferidor eficaz por apresentar as condições dos serviços de saúde¹⁷.

Os 11 pesquisadores de campo (oito alunos do curso de graduação em Farmácia, Medicina e Nutrição e três alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família Abrasco/Fiocruz) receberam treinamento que incluiu todas as etapas da pesquisa, desde a discussão dos objetivos e dos questionários; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sobre questões éticas da pesquisa; e o correto preenchimento das respostas. Posteriormente, foi realizado, no mês de setembro de 2018, o Teste Piloto em Unidade Básica de Saúde de São Luís, MA, Brasil. Isso possibilitou ajustes na identificação dos entrevistados e sugestões de modificações na aplicação do instrumento.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais entrevistados e/ou durante reuniões que a gestão municipal promoveu com os enfermeiros da ESF que também exerciam a função de gestores no último trimestre de 2018. Os usuários foram entrevistados em local reservado, na Unidade de Saúde.

As respostas do instrumento foram digitadas e organizadas em um banco de dados no *software* Epi Info versão 7.2 e analisadas no *software* Stata versão 14.2, sendo utilizado nas análises estatísticas o intervalo de confiança de 95% e o desvio padrão. Foi realizado análise de consistência em todo o banco de dados.

Os entrevistados puderam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade dos usuários, eles não foram identificados.

Este artigo é parte do projeto intitulado Avaliação da qualidade dos serviços da Atenção Primária do SUS em dois municípios maranhenses, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA CAAE 89446318.6.0000.5086, aprovação n. 2.788.428.

Resultados

A amostra final foi de 73 profissionais e 386 usuários de 44 equipes de Saúde da Família (eSF). As 44 eSF estavam lotadas em 35 Centros/Unidades de Saúde da Família nos quais foram aplicados os formulários para profissionais e usuários do serviço de saúde (354 da versão adulto e 32 da versão criança).

Na tabela 1, são apresentados os escores dos atributos essenciais e de seus componentes. Sob a perspectiva dos profissionais, somente o atributo acesso ($3,91 \pm 0,4$) apresentou escore médio abaixo do ponto de corte (6,6), e o escore mais alto foi o do componente sistema de informação do atributo coordenação ($8,93 \pm 0,4$). Sob a perspectiva dos usuários, o componente acessibilidade do atributo acesso teve o escore mais baixo ($3,43 \pm 0,1$) da APS. Apenas o componente utilização ($7,77 \pm 0,2$), também do atributo acesso, e o componente sistema de informação do atributo coordenação ($6,97 \pm 0,2$), foram considerados altos escore (igual ou acima de 6,6).

Tabela 1. Escore dos atributos essenciais sob a perspectiva dos profissionais e usuários em uma escala de 0 a 10. São Jose de Ribamar, 2018.

Atributos essenciais	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Acesso primeiro contato	70	3,91	3,52-4,30	343	4,31	4,20-4,41
Utilização	-	-	-	386	7,77	7,53-8,01
Acessibilidade	70	3,91	3,52-4,30	345	3,43	3,30-3,56
Longitudinalidade	72	7,57	7,29-7,86	341	6,12	5,93-6,31
Coordenação	73	8,41	8,17-8,65	138	6,15	5,78-6,53
Integração do cuidado	73	8,15	7,86-8,44	138	5,87	5,41-6,32
Sistema de Informação	73	8,93	8,57-9,30	383	6,97	6,74-7,20
Integralidade	69	7,79	7,55-8,03	264	5,11	4,91-5,31
Serviços disponíveis	70	7,51	7,25-7,78	327	5,58	5,42-5,74
Serviços prestados	72	8,19	7,91-8,47	278	4,46	4,16-4,75

Os atributos derivados, que compõem a avaliação da APS de acordo com a proposta de Starfield¹, são compostos pela orientação familiar e orientação comunitária e estão discriminados na tabela 2. A análise dos atributos derivados evidenciou na orientação familiar o mais alto escore de um atributo da APS ($8,9 \pm 0,4$) na avaliação dos profissionais. Em contraste, a orientação comunitária apresentou a pior pontuação dos atributos derivados ($5,03 \pm 0,3$) na avaliação dos usuários.

Tabela 2. Escore dos atributos derivados e componentes em uma escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018.

Atributos derivados	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Orientação familiar	73	8,90	8,59-9,21	385	5,52	5,23-5,81
Orientação comunitária	73	7,58	7,17-7,99	338	5,03	4,73-5,32

A presença e a extensão dos atributos da APS considerando os escores médios são apresentadas na tabela 3. A média dos escores essenciais e derivados da APS para os profissionais foram de $7,28 (\pm 0,2)$ e $8,02 (\pm 0,3)$; e de $5,44 (\pm 0,2)$ e $5,27 (\pm 0,3)$ para os usuários, respectivamente.

Tabela 3. Escore total dos atributos dos serviços de APS escala de 0 a 10. São José de Ribamar, 2018.

Escore	Profissionais			Usuários		
	n	Média	IC 95%	n	Média	IC 95%
Atributos essenciais	65	7,28	7,07-7,49	105	5,44	5,19-5,68
Atributos derivados	73	8,02	7,69-8,35	335	5,27	5,00-5,53
Escore geral	65	7,54	7,33-7,75	103	5,47	5,13-5,81

Discussão

Após análise comparativa entre escores de cada atributo da APS, evidenciou-se que, em geral, os profissionais a avaliam de forma mais positiva do que os usuários. Para os profissionais, os seus serviços desempenham esses atributos de forma satisfatória, como mostra a predominância dos escores acima do valor 6,6. Esse resultado obtido em São José de Ribamar corrobora os achados em outros estudos, nos quais a avaliação dos profissionais é sempre mais positiva do que a dos usuários^{13,17-20}. Os escores essencial, derivado e geral avaliados pelos usuários não apresentaram índices satisfatórios. Esse achado é semelhante em outros estudos utilizando o PCATool na perspectiva de usuários¹².

Estudos que avaliaram a APS com a mesma metodologia apontam que profissionais tendem a avaliar melhor a qualidade dos serviços^{21,22}. Já os usuários e cuidadores tendem a ser mais críticos²³. Frente à contradição observada na perspectiva dos profissionais e usuários em relação aos escores dos atributos avaliados, a visão holística da antropologia na pesquisa sobre qualidade dos serviços de saúde de Atkinson²⁴ demonstra que as abordagens rápidas assumem que o conflito entre os prestadores e usuários de serviços de saúde resultam apenas dos diferentes modelos explanatórios e são assim resolvíveis por meio de treinamento e educação. É preciso atentar para as expectativas dos usuários quando buscam a UBS e entender a estrutura daquele serviço de saúde. Assim, esse conflito de expectativas dos usuários e limitações do serviço conhecidas pelos profissionais poderiam ser amenizados, caso, em todas as unidades de saúde, fossem apresentadas aos usuários a lista de serviços disponíveis (consultas médicas com especialistas focais ou não, consultas de enfermagem, inalações, vacinação, curativos, entre outros). A qualidade do serviço deve ser focada em contextos mais amplos da estrutura do serviço de saúde e nas circunstâncias socioeconômicas da vida daquele usuário que demanda por atendimento.

Na avaliação do serviço de saúde de São José de Ribamar, foram observadas importantes divergências na percepção de usuários e profissionais em todos os indicadores calculados, exceto no atributo acesso. Este, apesar de apresentar maior escore na avaliação dos usuários, não mostrou diferença estatisticamente significativa. Ou seja, tanto os profissionais quanto os usuários consideram insatisfatório o acesso aos serviços. Esses achados são comumente encontrados em estudos avaliativos que envolvem múltiplos atores e podem estar relacionados também à diferença do nível de conhecimento desses atores sobre os itens presentes nos formulários. É provável que haja diferentes interpretações em relação ao reconhecimento dos atributos propostos na prática profissional; na estrutura e no processo de trabalho das equipes e da própria unidade; na oferta de serviços assistenciais; na necessidade de rastreamento; em estratégias de prevenção de doenças; na disponibilidade de insumos; na divergência de interesses de profissionais e usuários, entre outros^{21,23}.

A expressão do acesso de primeiro contato implica, para os profissionais e usuários, em acessibilidade e utilização dos serviços ofertados na APS, frente a uma nova demanda de saúde ou a um novo episódio de um mesmo problema¹. Assim, a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade em saúde. O acesso é o primeiro atributo essencial capaz de gerar impacto em indicadores de saúde²⁵. Se a população não obtém, de forma satisfatória, acesso à porta de entrada da APS, pode não se beneficiar de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção^{26,27}. Essa barreira pode refletir, de forma geral, no fato de o acesso ser o atributo que recebe as piores pontuações em diversos estudos avaliativos^{17,21-23,28-30}. No estudo realizado em São José de Ribamar, o escore desse atributo também foi o mais baixo na perspectiva dos usuários e dos profissionais. Tal fato revela a imensa oportunidade de melhoria nos processos de trabalho e na utilização de ferramentas de avaliação do desempenho do sistema de saúde.

A longitudinalidade está relacionada à satisfação do usuário³¹. Para esse atributo essencial, a percepção dos profissionais, usuários e cuidadores é muito importante, tendo em vista que o cuidado longitudinal implica na existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independentemente da presença de problemas específicos relacionados à saúde¹.

No instrumento PCATool-Brasil¹¹, verifica-se que o atributo acesso de primeiro contato estabelece forte relação com a flexibilidade de dias e horários de atendimento das unidades, disponibilidade dos profissionais para escuta inicial e acolhimento ou atendimento dos usuários de forma ágil e oportuna, inclusive para orientações por telefone ou marcação de consulta de rotina. As questões sobre o cuidado longitudinal estão baseadas no desenvolvimento do vínculo entre profissionais e usuários do serviço e na continuidade informacional, que se dá pelo acúmulo de conhecimento que se constrói em relação ao sujeito³², registros físicos pontuados pela equipe de saúde sobre doenças prevalentes na família e uso de medicações e dificuldade em adquirir aquelas que não estão disponíveis na farmácia da unidade.

Assim como observado por Araujo *et al.*²⁰, a limitação do horário de funcionamento das unidades foi considerada um dos fatores que dificultam seu acesso. Da mesma forma, a organização da agenda de atendimento dos profissionais de nível superior das equipes da ESF, limitando ou priorizando o acesso para assistência nos moldes dos antigos programas verticais de saúde (saúde da mulher com prioridade no pré-natal, sem estratificação de risco a cada consulta e Hipertensão) e para criança doente, em detrimento do acompanhamento de puericultura (crescimento e desenvolvimento), também é um fator que dificulta o acesso. No caso de São José de Ribamar, o baixo escore de acesso pode ser consequência da política de horário de funcionamento das unidades de saúde (das 7h às 17h de segunda a sexta), sendo que 26 unidades só funcionam no turno matutino em virtude da redução de carga horária dos profissionais de quarenta para vinte horas por semana. Esses fatores restringem ainda mais o acesso, fato evidenciado no campo, durante a realização das entrevistas. A falta de telefone para contato foi outro fator que contribuiu para o baixo escore de acesso – semelhante ao encontrado por Cesar³³ em Piracicaba – bem como para a ausência de flexibilidade de dias e horários de atendimento nas unidades. Tais resultados também evidenciados em São Luís, em conformidade com estudo de Reis *et al.*²³.

Em São José de Ribamar, algumas características são comuns aos serviços de APS. As unidades de saúde não funcionam durante a noite, nem nos finais de semana; contudo, a marcação de consultas de referência para outro nível de atenção é realizada no próprio serviço ao qual o usuário é afiliado. Face a essa realidade, itens do questionário como atendimento nos finais de semana, após as oito horas da noite, no mesmo dia (mas com tempo de espera superior a trinta minutos ou quando o serviço está fechado) e a disponibilidade de telefone para contato foram acentuadamente avaliados de forma negativa tanto pelos profissionais quanto pelos usuários. Evidências similares foram encontradas por Hauser *et al.*³⁴ em Porto Alegre, principalmente no que diz respeito à disponibilidade de um número de telefone para contato.

De acordo com Starfield¹, os atributos essenciais se relacionam entre si, daí a necessidade de que o serviço habitual de atenção seja integral e coordenador do cuidado. No atributo coordenação dos cuidados, o componente sistema de informação é um dos mais bem avaliados em quase todos os estudos sob a perspectiva de usuários^{12,28,35} e profissionais^{17,22,29,30} e leva em consideração a apresentação de carteira de vacina, fichas de atendimento, disponibilidade do prontuário durante a atividade assistencial e o direito do

paciente ou cuidador ler seu prontuário ou ficha. Contudo, o escore médio desse atributo foi considerado insatisfatório no presente estudo, assim como no estudo realizado por Paula *et al.*²⁸ em um município-polo do Vale do Jequitinhonha.

Para obter um alto escore, a coordenação do cuidado precisa garantir a continuidade da atenção nos demais pontos de serviços. Na sua essência, a integração do cuidado e a utilização do sistema de informações devem ser capazes de dar respostas às demandas de saúde da população. Na percepção dos profissionais, os maiores desafios da coordenação foram observados na marcação de consultas e exames na rede ambulatorial especializada, assim como receber do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado. Potencializar a APS como centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios para os gestores municipais³⁶.

Os problemas relacionados à coordenação do cuidado em virtude da fragmentação da rede de saúde e à falta de comunicação entre os diferentes serviços (referência e contrarreferência) se constituem em desafios não apenas para São José de Ribamar, mas para toda a região metropolitana de São Luís. Uma coordenação de cuidados inadequada se reflete em baixo desempenho de todos os atributos essenciais da APS. Esse atributo é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS, por pressupor alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja pelo reconhecimento de problemas abordados em outros serviços¹².

A avaliação do leque de serviços disponíveis e ofertados do atributo integralidade, pelos usuários, também não foi satisfatória^{12,28,35}. Nessa dimensão, os profissionais avaliaram que a oferta de serviços está adequada, assim como nos estudos realizados em Chapecó²², Curitiba²⁹, Lajeado¹⁷ e Passos³⁰. A prática da integralidade demanda da APS o reconhecimento da necessidade de saúde da população relacionada à compreensão do conceito amplo de saúde. Demanda também que sejam disponibilizados os recursos e estruturas necessários para atendê-la³⁵ e que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados²⁸.

Em relação ao escore derivado, representado pela orientação familiar e comunitária, a percepção dos profissionais da saúde é a de que os serviços apresentam forte orientação à APS. O indicador foi considerado satisfatório, assim como nos estudos de Chomatas *et al.*²⁹ e Ferreira *et al.*³⁰, realizados em Curitiba e Passos, respectivamente. Para os usuários, os dois atributos obtiveram escores insatisfatórios, sendo que o atributo orientação comunitária apresentou o pior desempenho. Esse atributo também foi considerado insatisfatório em diversos estudos^{12,28,35}.

A orientação familiar e comunitária é uma prática que necessita, antes de tudo, que o profissional se conscientize da necessidade da clareza da comunicação, a fim de facilitar a vinculação do paciente à equipe de Saúde da Família. Com o vínculo estabelecido, o profissional e a equipe podem sanar dúvidas dos usuários que buscam orientações, conhecer os problemas de saúde da comunidade que atendem e estimular a participação de usuários no Conselho Local de Saúde¹¹.

Um possível limite do estudo se encontra na definição pelo PCATool-Brasil de que todos os atributos previstos no instrumento possuem o mesmo peso, supondo que o desempenho dos serviços pode ser avaliado exclusivamente pela presença e

extensão desses atributos da APS. No cenário atual, em que vivemos uma hipertrofia dos atributos derivados, utilizar apenas a autorreferida experiência dos profissionais envolvidos na atenção como critério avaliador – não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado – resulta em elevação do escore geral em virtude dos altos escores dos atributos derivados^{29,30,37}.

Outra limitação do estudo está relacionada ao próprio instrumento de avaliação utilizado; e às dimensões e itens contemplados neste que o tornam muito extenso para aplicação aos usuários e profissionais. No entanto, o PCATool – Brasil foi escolhido por ser um instrumento de avaliação com parâmetros internacionais de qualidade da Atenção Primária, o que possibilita comparações com outras iniciativas¹⁹. Uma estratégia pode ser a utilização da versão reduzida do PCATool³⁸, tendo em vista um conjunto de perguntas mais objetivas, baseadas na discriminação e na relevância teórica para o escore de orientação à APS³⁹.

Considerações finais

A avaliação dos serviços de APS, ao verificar a presença e a extensão de seus atributos na percepção dos dois sujeitos estudados, identificou que a qualidade referida na perspectiva dos profissionais não é a mesma que a percebida pelos usuários. Os resultados aqui apresentados revelam um melhor desempenho dos atributos da APS na perspectiva dos profissionais, com resultado satisfatório em todos os atributos avaliados, exceto no acesso de primeiro contato. Contudo, essa percepção difere quando analisamos os resultados desses serviços na perspectiva dos usuários. Na perspectiva dos usuários, os três escores estimados, assim como as médias obtidas nos seis componentes, foram insatisfatórios.

O estudo evidencia que há divergência sobre a orientação dos serviços de Atenção Primária do município para a APS quando analisada na perspectiva dos profissionais e dos usuários. Assim, as divergências encontradas nos resultados entre os sujeitos do estudo revelam que os serviços ofertados ainda não atendem todas as demandas de saúde da população nesse nível de atenção do município. Dessa forma, além do aperfeiçoamento técnico constante das equipes de saúde, as unidades precisam funcionar em conformidade com as necessidades dos usuários. Os gestores e profissionais devem desenvolver métodos de avaliar a situação de saúde e apresentar meios que propiciem mudanças no processo de trabalho das equipes face ao insatisfatório desempenho apresentado em quase todos os atributos avaliados, na perspectiva dos usuários.

A associação entre o desempenho do sistema de saúde e a qualidade da assistência prestada na APS está conceitualmente bem estabelecida, mas ainda carece de mais estudos que aprofundem e identifiquem os aspectos da APS que possuem maior destaque ou impacto sobre a melhoria da qualidade. O presente estudo contou com uma base populacional representativa dos usuários que utilizam a APS no município por meio de um instrumento previamente validado no Brasil¹¹ e em outros países.

Finalizando, pesquisas posteriores que busquem avaliar os serviços de APS de São José de Ribamar com base na experiência de usuários e profissionais, por meio de metodologias quantitativas ou qualitativas, podem contribuir para a ampliação e aprofundamento dos resultados encontrados neste estudo e para subsidiar a construção de um modelo consistente de APS.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos aos colegas e professores do Mestrado do ProfSaúde, em especial, à Cristiane Alves Silva que participou das entrevistas na fase de coleta de dados; aos alunos da graduação de Medicina, Nutrição e Farmácia, que formaram a equipe de pesquisa de campo; à gestão do município de São José de Ribamar; e aos funcionários das Unidades de Saúde, que nos autorizaram e deram suporte à pesquisa em toda sua rede de Atenção Básica.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
2. Bezerra Filho JG, Kerr LRFS, Miná DL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(5):1173-85. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500019>.
3. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007; 7(1):75-82. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100009>.
4. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 1:159-72.
5. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011; 20(4):867-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
6. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 1:21-3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>.
7. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2):286-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200008>.



8. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 24 Out 2011.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
10. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? 1988. Arch Pathol Lab Med. 1997; 121(11):1145-50.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
12. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saude Debate. 2017; 41(114):741-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>.
13. Maia LG. Avaliação da atenção primária na perspectiva dos profissionais de saúde [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 [Internet]. Brasília; 2013 [citado 29 Ago 2019]. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sao-jose-de-ribamar_ma
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. E-Gestor Atenção Básica, 2018. Informação e Gestão da Atenção Básica. Coberturas da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
16. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):274-8.
17. Mazutti-Penso J, Périco E, Oliveira M, Guimarães-Strohschoen A, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017; 12(39):1-9.
18. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior Á, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3):633-41. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.
19. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Cienc Saude Colet. 2014; 19(8):3521-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.
20. 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):387-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>.
21. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad Saude Publica. 2012; 28(9):1772-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.
22. Vitoria A, Harzheim E, Takeda S, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):285-93.



23. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(11):3321-31. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.
24. Atkinson SJ. Anthropology in research on the quality of health services. *Cad Saude Publica*. 1993; 9(3):283-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300016>.
25. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
26. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
27. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. 2011; 49(6):577-84.
28. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-Filho OA, Andrade RA. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saude Debate*. 2015; 39(106):802-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030020>.
29. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):294-303.
30. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(4):e20160104. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>.
31. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004; 2(5):44-51.
32. Cunha EM, Giovannella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Suppl 1:1029-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
33. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saude Debate*. 2014; 38 Spe:296-306. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022>.
34. Hauser L, Castro R, Vigo Á, Trindade T, Gonçalves M, Stein A, et al. 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 Comunidade*. 2013; 8(29):244-55.
35. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(7):2033-46. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.17322013>.
36. Giovannella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):783-94. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>.



37. Silva SA, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fraccolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 Spe:122-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>.
38. Oliveira M, Harzheim E, Riboldi J, Duncan B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):256-63.
39. Guanais F, Doubova SV, Leslie HH, Perez-Cuevas R, García-Elorrio E, et al. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLoS Med*. 15(10):e1002673. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002673>.

This study assessed the essential and derivative attributes of primary health care from the perspective of health service users and professionals from 35 primary health facilities in São José de Ribamar in the State of Maranhão, Brazil. Data were collected from 73 professionals and 386 service users through interviews based on the Primary Care Assessment Tool. The health professionals rated all attributes except first-contact care as satisfactory (overall score = 7.54, essential attributes score = 7.28, and derivative attributes score = 8.02), while the service users rated all attributes as unsatisfactory. The differences in perceptions between health professionals and service users reveal that the population's health needs are not being met at this level of care. If the population fails to access services, it fails to benefit from any of the other attributes of this level of care.

Keywords: Primary Health Care. Health services. Health services research. Health evaluation.

El estudio evaluó los atributos esenciales y derivados de la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los usuarios y profesionales de 35 Unidades de Salud en la Estrategia Salud de la Familia de São José de Ribamar, estado de Maranhão, Brasil. Los datos de 73 profesionales y 386 usuarios se colectaron en entrevistas utilizando Primary Care Assessment Tool. Para los profesionales el resultado fue satisfactorio en el Puntaje General (7,54), Puntaje Esencial (7,28) y Puntaje Derivado (8,02), excepto en el atributo acceso del primer contacto. Los usuarios evaluaron como insatisfactorios todos los atributos. Las divergencias encontradas revelaron que las demandas de la población no se atienden en ese nivel de atención de la salud. Si la población no tiene acceso a los servicios, no se beneficia de ninguno de los demás atributos de esa modalidad de atención.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Servicios de salud. Encuesta sobre servicios de salud. Evaluación en salud.

Submetido em 11/09/19.
Aprovado em 06/07/20.