

Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde

EVALUATION OF PRIMARY HEALTH CARE: HEALTH PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMÁRIA EM LA SALUD: VISION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Simone Albino da Silva¹, Denismar Alves Nogueira², Camila Maria da Silva Paraizo³, Lislaine Aparecida Fracoli⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a Atenção Primária à Saúde por meio dos atributos: Acesso de Primeiro Contato, Integralidade, Coordenação, Longitudinalidade, Orientação Familiar, Orientação Comunitária. **Método:** Estudo avaliativo, quantitativo e transversal, realizado com 34 profissionais de equipes da Estratégia de Saúde da Família da microrregião de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Para a coleta de dados, foi utilizado o Primary Care Assessment Tool – Brasil, versão profissionais. **Resultados:** Os dados revelaram baixo percentual de profissionais médicos especialistas em Atenção Primária à Saúde. Os participantes avaliaram os atributos com altos escores, com exceção do Acesso de Primeiro Contato. A análise dos dados revelou necessidades de aperfeiçoamento: o horário de funcionamento dos serviços; as formas de comunicação entre usuário e serviço, e entre usuário e profissionais; o mecanismo de contrarreferência. **Conclusão:** Existe um descompasso entre a oferta de serviços e as necessidades da população que compromete a qualidade da Atenção Primária a Saúde.

DESCRITORES

Atenção Primária à Saúde
Avaliação de Serviços de Saúde
Estratégia Saúde da Família
Pessoal de saúde

ABSTRACT

Objective: To assess primary health care attributes of access to a first contact, comprehensiveness, coordination, continuity, family guidance and community orientation. **Method:** An evaluative, quantitative and cross-sectional study with 34 professional teams in the Family Health Program of the Alfenas region, Minas Gerais, Brazil. Data collection was done with the Primary Care Assessment Tool - Brazil, professional version. **Results:** Results revealed a low percentage of medical experts among the participants who evaluated the attributes with high scores, with the exception of access to a first contact. Data analysis revealed needs for improvement: hours of service; forms of communication between clients and healthcare services and between clients and professionals; the mechanism of counter-referral. **Conclusion:** It was concluded that there is a mismatch between the provision of services and the needs of the population, which compromises the quality of primary health care.

DESCRIPTORS

Primary health care
Health services evaluation
Family Health Strategy
Health personnel

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la atención primaria de salud a través de las cualidades: Acceso de Primero Contacto, Integridad, Coordinación, Longitudinalidad, Orientación Familiar, Orientación Comunitaria. **Método:** Se trata de una evaluación cuantitativa y estudio transversal con 34 equipos de profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia, de región de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Para recopilar los datos, se utilizó el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria - Brasil, la versión Profesional. **Resultados:** Los datos revelaron un bajo porcentaje de especialistas médicos en Atención Primaria de Salud. Los participantes evaluó las cualidades con puntajes altos, con la excepción de Acceso Primero Contacto. El análisis de datos reveló una mejora necesidades: horarios de apertura de los servicios; las formas de comunicación entre el usuario y el servicio y entre el usuario y el profesional, la remisión y consulta. **Conclusión:** Existe un desajuste entre la oferta de servicios y las necesidades de la población, lo que compromete la calidad de la Atención Primaria de Salud.

DESCRIPTORES

Atención Primaria de Salud
Evaluación de Servicios de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Personal de salud

¹ Docente da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil. ² Professor Doutor, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil. ³ Graduanda da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil. ⁴ Professora Livre Docente, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) foi impulsionada a partir dos anos 1980 pelo movimento de reforma sanitária, sob uma proposta de conquista do direito à saúde, numa tentativa de alavancar a justiça social e a cidadania. Na década de 1990, com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS foi municipalizada e desenvolvida por meio de políticas públicas e de normas operacionais que garantiram respaldo jurídico, administrativo e financeiro, para a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁾. O principal objetivo da ESF é instituir uma prática assistencial centrada na família, a qual deve ser compreendida a partir de seu ambiente físico e social⁽²⁾. Tendo como base uma concepção qualitativa e tecnológica influenciada por autores como Starfield⁽³⁾, a ESF se consolidou como a grande proposta para reorganização da APS no Brasil, sendo incorporada às edições da Política Nacional da Atenção Básica⁽⁴⁻⁵⁾.

Starfield⁽³⁾ elencou as qualidades próprias da APS, os chamados atributos essenciais e derivados. São atributos essenciais: a) acesso de primeiro contato: o serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das urgências; b) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção e a expressão da relação interpessoal de confiança mútua entre a população e o serviço; c) integralidade: ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial quanto do processo saúde-doença, adequadas ao contexto da APS; e d) coordenação: disponibilidade de uma rede de serviços, de informações a respeito de problemas e de serviços anteriores, e o reconhecimento daquela informação para o presente atendimento. Os atributos derivados são: a) orientação familiar: consideração do contexto familiar e de seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde na avaliação das necessidades individuais; b) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e da relação com a comunidade, o incentivo ao controle social, assim como o planejamento, a avaliação conjunta dos serviços; e c) competência cultural e adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com esta. A partir dessas definições, estabeleceu-se uma forma de avaliação da APS, verificando a presença e o alcance dos seus atributos.

A identificação rigorosa desses atributos define se um serviço está realmente embasado na atenção primária à saúde. Ao compor os indicadores de avaliação da APS, Starfield⁽³⁾ desenvolveu um instrumento apropriado para essa aferição, apoiado nos pressupostos de avaliação em saúde de Donabedian⁽⁶⁾. Esse instrumento, denominado Primary Care Assessment Tool – PCATool, foi desenvolvido nos EUA, validado e traduzido para ser aplicado em diferentes países, inclusive no Brasil⁽⁷⁾.

Possui um processo de aplicação bastante completo, capaz de captar as percepções dos diferentes atores sociais que interagem na APS. O PCATool tem três versões: para usuários adultos⁽⁸⁾, para responsáveis por crianças de 0 a 2 anos⁽⁷⁾ e para profissionais⁽⁹⁾.

O objetivo deste estudo foi avaliar, na perspectiva dos profissionais de saúde, se os atributos de acesso de primeiro contato, de integralidade, de coordenação da atenção, de longitudinalidade, de orientação familiar, de orientação comunitária estão incorporados às práticas das equipes de ESF.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa⁽¹⁰⁾, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal⁽¹¹⁾, que utilizou o banco de dados da pesquisa *Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais*, aprovada pelo comitê de ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUUSP, parecer 30699 de 01/06/2012 e financiada pelo CNPq, processo número 473768/2011-9.

A coleta de dados foi realizada em municípios de pequeno e médio porte da microrregião de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, nos meses de junho e julho de 2012. Essa microrregião foi escolhida por ter ampla cobertura da ESF e por ter recebido, por parte do governo estadual de Minas Gerais, muitas ações afirmativas voltadas à capacitação profissional para o trabalho na ESF ao longo da última década. Os critérios de inclusão dos sujeitos deste estudo foram: ser médico ou enfermeiro, com no mínimo um ano de trabalho em equipe das ESF de zona urbana, implantadas em municípios com cobertura populacional pela ESF superior a 50%, que funcionassem ininterruptamente há pelo menos cinco anos, e que aceitassem participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a legislação vigente.

Os dados foram coletados através de entrevistas, realizadas nas unidades de saúde e com duração média de quarenta minutos. O instrumento de coleta de dados foi o questionário Primary Care Assessment Tool – PCATool Brasil⁽¹²⁾, versão profissionais, que é composto por 77 itens, divididos em 8 componentes em relação aos atributos da APS: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A); Longitudinalidade (B); Coordenação – Integração de Cuidados (C); Coordenação – Sistema de Informações (D); Integralidade – Serviços Disponíveis (E); Integralidade – Serviços Prestados (F); Orientação Familiar (G); e Orientação Comunitária (H). As respostas possíveis para cada um dos itens são: *com certeza sim* (valor=4); *provavelmente sim* (valor=3); *provavelmente não* (valor=2); *com certeza não* (valor=1) e *não sei/não lembro* (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média arit-

métrica simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente⁽¹²⁾.

As respostas do instrumento foram organizadas em um banco de dados criado no software Microsoft Excel e analisadas no *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 14.0, sendo utilizado o intervalo de confiança de 95% e estatística descritiva. Os itens de cada atributo da APS, propostos no instrumento PCATool, tiveram a consistência interna e a confiabilidade avaliada pelo método Alfa de Cronbach⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 34 profissionais de saúde, provenientes de 11 dos 17 municípios da microrregião de Alfenas. Os dados coletados neste estudo mostram que, dos participantes, 44,12% são médicos e 55,88% enfermeiros, com idades entre 20 e 39 anos (64,7 %); tempo de formação superior a cinco anos (76,5%); tempo de trabalho no serviço de saúde de um a cinco anos (55,9%); sendo este o único vínculo empregatício para a maioria (55,9%) e no qual perfazem carga horária semanal de 40 horas de trabalho (61,8%). A maioria dos enfermeiros (89,48%) e pequena parte dos médicos (13,33%) possuem alguma especialização na área de APS (saúde pública; atenção básica; saúde da família; Programa Saúde da Família e medicina de família).

Os escores dos atributos da APS aferidos pela aplicação do PCATool possuem duas categorias definidas pelo valor limite 6,66. Os resultados acima desse valor são considerados como alto escore e abaixo de baixo escore, o que indica um distanciamento dos pressupostos de qualidade dos serviços⁽¹²⁾. Na Tabela 1, estão os valores médios dos escores atribuídos pelos profissionais participantes.

A maioria dos atributos recebeu avaliações positivas dos profissionais de saúde. Optou-se por analisar particularmente os itens que compõem os atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, coordenação – integração de cuidados e integralidade – serviços disponíveis, visto que estes receberam avaliações de baixo escore ou ficaram

próximos do valor de classificação. Assim, pôde-se avaliar qual das dimensões que compõem esses atributos encontra-se enfraquecida ou potencializada, compreendendo-se melhor o resultado conferido ao atributo em si (Tabela 2).

Tabela 1 – Valores médios e desvios padrão dos atributos da APS conferidos pelos profissionais de saúde da microrregião de Alfenas – Alfenas, MG, 2012

Atributos	Mínimo	Máximo	Média	DP
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	2,22	7,04	4,13	1,25
Longitudinalidade	5,13	9,74	7,86	1,17
Coordenação – Integração de Cuidados	4,44	10,00	6,91	1,49
Coordenação – Sistema de Informação	4,44	10,00	8,95	1,37
Integralidade – Serviços Disponíveis	4,29	9,39	6,80	1,22
Integralidade – Serviços Prestados	4,89	10,00	8,01	1,24
Orientação Familiar	4,44	10,00	8,82	1,39
Orientação Comunitária	3,89	10,00	7,68	1,44
Escore Essencial	5,84	8,40	7,12	0,77
Escore Geral	5,95	8,73	7,40	0,77

A Tabela 2 nos mostra que o baixo escore do atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade resultou dos altos percentuais de avaliações negativas para os itens que versam sobre o horário de atendimento ao público (A1, A2) e de meios de comunicação com o serviço e com alguma forma de assistência quando este não está em funcionamento (A4, A5, A6 e A7).

Na versão do PCATool utilizada para este estudo, o atributo coordenação foi dividido em coordenação – integração de cuidados e coordenação – sistema de informação, com o propósito de se obter melhor compreensão dos resultados⁽¹²⁾. A Tabela 3 descreve que as avaliações dos profissionais que mais contribuíram para o escore médio desse atributo foram sobre o processo de contrarreferência para a APS (C5), sobre o pequeno conhecimento dos atendimentos em outros níveis assistenciais pelo profissional da APS (C1), e sobre o processo de comunicação ruim entre profissional e usuário antes e depois do encaminhamento feito a outros serviços pela ESF.

Tabela 2 – Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade, microrregião de Alfenas – Alfenas, MG, 2012

Avaliação	A1 %	A2 %	A3 %	A4 %	A5 %	A6 %	A7 %	A8 %	A9 %
Com certeza, sim	2,9	2,9	61,8	64,7	29,4	8,8	5,9	67,6	5,9
Provavelmente, sim	0	11,8	38,2	26,5	2,9	2,9	0	29,4	20,6
Provavelmente, não/não sei/não lembro	8,8	2,9	0	2,9	8,8	17,6	11,8	0	47,1
Com certeza, não	88,2	82,4	0	5,9	58,8	70,6	82,4	2,9	26,5
Total	100								

Notas: A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20h? A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário? A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecerem? A6 – Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, *check-up*) no seu serviço de saúde? A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)? (Alfa de Cronbach – 0,501, N = 34)

Tabela 3 – Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo coordenação – integração de cuidados, microrregião de Alfenas – Alfenas, MG, 2012

Avaliação	C1	C2	C3	C4	C5	C6
	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	20,6	50	79,4	79,4	8,8	38,2
Provavelmente, sim	41,2	29,4	20,6	11,8	8,8	41,2
Provavelmente, não/não sei/não lembro	29,4	20,6	0	2,9	41,2	14,7
Com certeza, não	8,8	0	0	5,9	41,2	5,9
Total	100	100	100	100	100	100

Notas: C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou a serviços especializados? C2 – Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou ao serviço especializado? C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? C6 – Após a consulta com o especialista ou com o serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados dessa consulta? (Alfa de Cronbach 0,546, N = 34).

Tabela 4 – Percentual de resposta aos itens que compõem o atributo integralidade – serviços disponíveis, microrregião de Alfenas – Alfenas, MG, 2012

Avaliação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	67,6	44,1	58,8	73,5	73,5	76,5	29,4	47,1	0	91,2	58,8
Provavelmente, sim	5,9	11,8	26,5	5,9	2,9	17,6	44,1	41,2	5,9	5,9	14,7
Provavelmente, não/não sei/não lembro	5,9	5,9	5,9	2,9	2,9	0	11,8	2,9	2,9	0	8,8
Com certeza, não	17,6	35,3	2,9	14,7	17,6	2,9	11,8	5,9	88,2	0	14,7
Total	97,1	97,1	94,1	97,1							

Avaliação	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	44,1	17,6	2,9	91,2	61,8	79,4	0	67,6	67,6	94,1	64,7
Provavelmente, sim	20,6	5,9	5,9	0	11,8	8,8	8,8	20,6	23,5	2,9	14,7
Provavelmente, não/não sei/não lembro	8,8	8,8	2,9	2,9	11,8	0	2,9	2,9	5,9	0	5,9
Com certeza, não	23,5	64,7	85,3	2,9	11,8	8,8	85,3	5,9	0	0	11,8
Total	97,1										

Notas: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde? E1 – Aconselhamento nutricional. E2 – Imunizações. E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. E4 – Avaliação da saúde bucal. E5 – Tratamento dentário. E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos. E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. E11 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). E12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). E13 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido). E14 – Remoção de verrugas. E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. E17 – Cuidados pré-natais. E18 – Remoção de unha encravada. E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex.: coma). E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente, como: curativos, troca de sondas, banho na cama. E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex.: leite e alimentos). (Alfa de Cronbach 0,721, N=34).

O atributo integralidade também foi dividido em dois componentes para melhor compreensão dos resultados. O componente integralidade – serviços disponíveis, a despeito de ser classificado como alto escore, teve sua média próxima ao valor limite de classificação. A análise dos itens da Tabela 4 mostra que este resultado foi influenciado pelos altos percentuais de avaliações negativas dos itens que se referem a procedimentos classificados como cirúrgicos e invasivos (E9, E14, E18); a procedimentos de ortopedia (E13); à imunização (E2), à identificação de problemas visuais (E12), ao aconselhamento/tratamento para o uso de drogas lícitas e ilícitas (E7); e ao aconselhamento/tratamento de cessação do tabagismo (E16).

DISCUSSÃO

O baixo percentual de médicos com especialização na área de APS também foi encontrado em outros

estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾. Esse fato se constitui no grande desafio para a qualificação APS, uma vez que, sem profissionais capacitados, a mudança do paradigma de assistência dificilmente acontecerá⁽¹⁵⁾. Infere-se que essa baixa qualificação está relacionada com a rotatividade de profissionais. A alta rotatividade de profissionais está associada a vínculos precários de trabalho⁽¹⁶⁾, à ausência de capacitação adequada, ao tempo de locomoção e à falta de materiais para a realização do trabalho⁽¹⁷⁾.

Justapondo-se as avaliações dos profissionais que possuem especialização com as dos que não possuem, encontraram-se diferenças significativas para o segundo grupo, que avaliou melhor os atributos acesso de primeiro contato, coordenação – integração de cuidados e escore essencial. Esse resultado é contrário à literatura que mostra que os profissionais mais qualificados avaliam melhor a APS^(13,18).

Sobre o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade, as baixas avaliações para os itens que versam sobre o horário de funcionamento e sobre a comunicação com a unidade e seus profissionais retratam a realidade, pois, na microrregião de Alfenas, as unidades da ESF funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana e muitas unidades de saúde estavam desprovidas de telefone. Tal fato reflete a indisponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários como períodos noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos, como comprovado em outras avaliações⁽¹⁸⁾. Para que a ESF se efetive como porta de entrada do sistema de saúde, é necessário que se ampliem os horários de funcionamento das unidades⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e se utilizem tecnologias como telefone e e-mail, entre outras, para ampliar o contato.

Na avaliação dos profissionais, o atributo coordenação – integração de cuidados recebeu alto escore médio. Esse resultado fala a favor dos esforços para a consolidação da regionalização dos serviços de saúde, iniciados em 2003, por meio da implantação do Plano Diretor de Regionalização⁽²¹⁾ que, desde então, vem organizando investimentos, contratos e convênios, visando implantar e manter serviços que supram os vazios assistenciais, com escopo e escala de atendimento, para atender às necessidades de saúde da população dos pequenos municípios da região. Não obstante, ressalta-se a avaliação negativa do item que aborda a contrarreferência dos serviços de maior complexidade para a APS.

A má qualidade da contrarreferência para a APS também foi uma questão levantada em outras pesquisas, nas quais os profissionais participantes referem *nunca ou quase nunca* receber informações sobre atendimentos feitos no nível secundário⁽²²⁻²³⁾, ou em cerca de metade dos atendimentos⁽²⁴⁾. Alguns municípios do Estado do Paraná superaram esse problema através da implantação de um sistema de prontuário eletrônico integrado, que torna possível acessar resultados de exames e relatórios clínicos emitidos por outros níveis assistenciais^(18,25). Tal aparato informacional não está disponível na região em estudo.

Cabe ressaltar que a ESF tem propósito de se conformar como porta de entrada e como filtro do fluxo para o sistema de saúde, de ter no profissional da APS a figura do coordenador dos cuidados ao usuário, conduzindo-o pela rede assistencial na busca da melhor qualidade assistencial possível. Para isso, necessita-se estabelecer e fortalecer o fluxo de informação na rede de serviços⁽¹⁹⁾. Ademais, a coordenação é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato se tornaria uma função puramente administrativa⁽³⁾.

As avaliações negativas dos itens do atributo integralidade – serviços disponíveis sugerem que os profissionais de saúde não estão desenvolvendo suas ações a partir da análise da situação de saúde e da realidade local, restringindo-se

a cumprir o que é determinado pelos programas governamentais, ainda que não integralmente^(13-14,18,23,26).

Distingue-se, dentre os demais itens com avaliações negativas, o que se refere ao tratamento das drogas lícitas e ilícitas na APS. A oferta de tratamento ao usuário de drogas não é uma responsabilidade exclusiva da saúde. As ações da Política de Atenção Integral para Usuário de Álcool e Outras Drogas⁽²⁷⁾ prevê a participação de outras instâncias públicas, como educação, segurança, assistência social e justiça. Mas essa política tem nas equipes da ESF um dos principais executores do cuidado à saúde, nos aspectos de promoção e de proteção à saúde e de prevenção de agravos, devido a sua forma de organização e da proximidade com a população⁽²⁷⁾. Estudos apontam que, na opinião dos profissionais de saúde, o atendimento aos usuários de drogas não está incorporado na ESF⁽²⁸⁾ e, quando existente, por vezes, está centrado no tratamento dos sintomas da intoxicação aguda⁽²⁹⁾.

CONCLUSÃO

Os profissionais da microrregião de Alfenas têm, de maneira geral, uma boa avaliação sobre os atributos da APS propostos neste estudo. Os resultados sugerem que a maioria dos atributos foi incorporada à prática profissional. A despeito dessa informação, os atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, coordenação – integração de cuidados e integralidade – serviços disponíveis ainda têm problemas a serem superados. As dificuldades na transposição deles encontram-se na precária qualificação de grande parte dos profissionais médicos e nas interferências dos arranjos organizacionais, nos níveis municipal e microrregional.

Destaca-se que a combinação do horário de atendimento restrito e das formas de comunicação arcaicas, utilizando-se pouco de tecnologias de comunicação como a internet e a telefonia, não favorecem o acesso do usuário ao serviço de saúde. Ainda falando da integração e da coordenação do cuidado, a região carece de mecanismos que assegurem a contrarreferência dos serviços secundários e terciários para a garantia da qualidade da APS, pois, se o usuário acessa a ESF e não consegue dar continuidade ao projeto terapêutico em níveis assistenciais de maior complexidade, a resolubilidade fica comprometida e descredenciada, rompendo-se o vínculo cuidador-cuidado. A ESF, e por que não dizer a APS, ainda não está apta para acolher as necessidades de saúde da população adscrita, nem tampouco se constitui em um ponto de convergência favorável para a intersectorialidade das políticas públicas que interferem sobre agravos e determinantes sociais, que não sejam propriamente doenças.

A importância deste estudo, além das considerações apresentadas, reside na escolha de municípios de pequeno e médio portes para a avaliação da ESF. Os municípios com essas características se apoiam na regionalização,

mas ainda assim têm dificuldade em fixar profissionais e em oferecer ao usuário uma estrutura de serviços de saúde em rede, com níveis variados de complexidade, na qual a ESF ocupa o ponto central. Essas questões ficaram

evidentes na avaliação dos atributos propostos e devem ser levadas em consideração ao se discutirem as possibilidades e limites de um sistema de saúde descentralizado, municipalizado e regionalizado.

REFERÊNCIAS

1. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciê Saúde Coletiva* [Internet]. 2001 [citado 2013 nov. 25];6(2):269-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>
2. Ermel RC, Fracollí LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2006 [citado 2013 set. 19];40(4):533-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a11.pdf>
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da 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, Brasília, 29 mar. 2006. Seção 1, p.71.*
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. PNAB – Política Nacional de Atenção Básica [Internet] Brasília; 2012 [citado 2013 nov. 26]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 26];83(4):691-729. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
7. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2006 [citado 2013 nov. 26];22(8):1649-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>
8. 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* [Internet]. 2013 [citado 2014 jan. 17];8(29):274-84. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829/588>
9. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, 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. *Re Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [citado 2014 jan. 17];8(29):244-55. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/821>
10. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 [citado 2013 nov. 27];34(5):547-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>
11. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília; 2010.
13. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2013 dez. 2];28(9):1772-84.
14. Kolling JHG. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
15. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciê Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado 2013 set. 19];16(11):4415-23. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>
16. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):490-8.
17. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2008 [citado 2013 set. 20];42(2):347-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>

18. 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* [Internet]. 2013 [citado 2013 dez. 10];8(29):294-303. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/828>
19. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate*. 2003;27(65):278-89.
20. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 [citado 2013 set. 20];29(2):84-95. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
21. Malachias I, Leles FAG, Andrade LCF, Alencar FB, Pinto MAS, Silva AE, et al. O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria do Estado da Saúde; 2010.
22. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciêns Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 2014 jan. 20];15(6):3579-86.
23. Cunha CRH. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
24. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde Debate*. 2003;27(65):243-56.
25. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzheim E, Vigo Á, Hauser L, Chomatas ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 Mar [citado 2013 nov. 27];22(1):41-8.
26. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93.
27. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília; 2003.
28. Santos JAT, Oliveira MLF. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013;18(1):21-8. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/28977/20009>
29. Vargas D, Oliveira MAF, Luís MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):73-9.

Financiamento

Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, processo número 473768/2011-9.