

Avaliando atributos do cuidado na Atenção Primária com o *PCAtools*

Evaluating attributes of primary care care with *PCAtools*

Mariana de Almeida Prado Fagá

Médica de família e comunidade, mestre em gestão da clínica pelo PPGGC/UFSCar e professora assistente do Departamento de Medicina da UFSCar.

E-mail: marpra77@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-8362-0672

E-mail: renatacgonssalves@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0001-9430-2218

Giovanni Gurgel Aciole

Médico sanitarista, doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp, professor associado do Departamento de Medicina da UFSCar e coordenador do Grupo Quíron – estudos e práticas em saúde.

E-mail: giovanni.aciole@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6400-8293

Renata de Cássia Gonssalves

Cirurgiã dentista, doutora em Ortodontia Pediátrica pela Unesp, professora colaboradora do Departamento de Medicina da UFSCar

Resumo

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido definida pelos seus atributos essenciais – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade – e atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A força e extensão da orientação da APS reduz iniquidades em saúde, ao garantir acesso universal e atenção à saúde apropriada pode reduzir gastos e cuidados desnecessários. Este estudo avaliou a presença e extensão dos atributos de APS nos serviços de atenção primária à saúde em um município do interior paulista, utilizando o instrumento PCATool – versão profissionais. Participaram desse estudo profissionais de nível superior - médicos, dentistas e enfermeiros - de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 unidades de Saúde da Família (USF). O instrumento foi aplicado aos profissionais de cada unidade de APS, totalizando 64 questionários. Cada atributo foi avaliado por meio da média aritmética de seus itens e depois transformado em escala de 0 a 10. Valores acima de 6,6 são considerados altos. As USF apresentaram desempenho significativamente melhor ($p < 0,05$) na maioria dos atributos e também na escala para atributos essenciais e geral.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Atitude do pessoal da saúde; Saúde Pública

Abstract

Primary Health Care (PHC) has been defined by its essential attributes - first contact access, longitudinality, coordination and completeness - and derived attributes - family orientation, community orientation and cultural competence. The strength and breadth of PHC guidance reduces health inequities, ensuring universal access and proper health care can reduce unnecessary costs and care. This study evaluated the presence and extension of PSA attributes in primary health care services in a city in the interior of the state of São Paulo, using PCATool - professional version. Higher-level professionals - doctors, dentists and nurses - from 12 Basic Health Units (UBS) and 19 Family Health Units (USF) participated in this study. The instrument was applied to professionals from each PHC unit, totaling 64 questionnaires. Each attribute was evaluated by the arithmetic mean of its items and then transformed into a scale of 0 to 10. Values above 6.6 are considered high. USF presented significantly better performance (p value <0.05) in most attributes and also in the scale for essential and general attributes.

Key-words: Primary Health Care; Health Evaluation; Research on Health Services; Attitude of health personnel; Public health

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma expressão conceitual e um dispositivo político que carrega uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, visando a reorientação dos serviços de APS em direção à resposta das necessidades de saúde de pessoas e de comunidades para uma maior equidade¹. Nos países que possuem sistemas de saúde universais, a APS corresponde à atenção ambulatorial de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, num amplo espectro de ações de Saúde Pública direcionado a cobrir as condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde da população².

A APS foi conceituada, segundo Starfield¹, por quatro atributos essenciais: 1) *Acesso de Primeiro Contato do indivíduo com o sistema de saúde*, que é "acessibilidade e uso do serviço aos problemas de saúde"; 2) *Longitudinalidade*, que pressupõe "existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo", ou seja, relação profissional com paciente a longo prazo; 3) *Integralidade dos Serviços Disponíveis e Prestados pelo Serviço de Atenção Primária*, que implica em "fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde" e 4) *Coordenação dos Serviços*, que é "disponibilidade de informações dos problemas e dos serviços anteriores e o reconhecimento destas informações que estão relacionadas às necessidades do presente atendimento". E por três atributos derivados: 1) *Orientação Familiar* (Atenção à saúde centrada na família), 2) *Orientação Comunitária*, que busca medir a capacidade do serviço de saúde em envolver a comunidade proativamente e 3) *Competência Cultural*, isto é, a capacidade do serviço e das equipes em produzir mudança de padrões culturais e de comportamentos coletivos e individuais na promoção de saúde para todos.

Estudos internacionais mostram que a APS tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde; reduz gastos totais; proporciona acesso aos serviços de saúde e melhora qualidade global da atenção à saúde e das ações preventivas; facilita detecção precoce de problemas reduzindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz uso de cuidados desnecessários³. Nos países em desenvolvimento, especialmente da América Latina, as evidências mostraram que maior presença e extensão de acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação dos serviços, orientações das famílias e da comunidade e competência cultural, melhor a qualidade da atenção primária^{4,5, 6}. Por mostrar esta capacidade ampla de ação e grande efetividade na redução das

iniquidades sociais em saúde garantindo acesso a bens e serviços, é a base para um modelo assistencial de sistemas de saúde universais^{1,2}.

No Brasil, em 2004, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como dispositivo chave para o reordenamento e expansão da APS. O aumento de cobertura da ESF, associado à melhoria dos indicadores de mortalidade infantil e a maior promoção de equidade, mostrou um impacto positivo no Sistema de Saúde brasileiro^{4,5}. (USF ou UBSF) que adota a ESF. Ambas compõem a rede de Atenção Primária à Saúde.

As equipes da UBS tradicional oferecem atendimento ambulatorial em Pediatria, Clínica Geral, Ginecologia, Enfermagem e Odontologia. As equipes da USF são constituídas por médicos; enfermeiros; auxiliares de enfermagem; auxiliares de serviços gerais; agentes comunitários de saúde; dentistas e auxiliares de saúde bucal. Em 2013, à luz da situação sanitária que diagnosticou um amplo número de postos de trabalho médico ociosos na APS, foi implantado o Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB) visando influir na distribuição regional dos médicos no Brasil e impactar no acesso e na resolutividade da APS no SUS^{7,8,9}.

Buscando avaliar a força e a extensão destes atributos essenciais e derivados da APS¹⁰, Bárbra Starfield¹ propôs um instrumento de avaliação da Atenção Primária denominado *PCATool (Primary Care Assessment - Tool)*. Este é o instrumento validado mais utilizado para avaliar a APS internacionalmente, em países como: Inglaterra, Espanha e Estados Unidos¹¹ e nacionalmente, em diferentes regiões do Brasil, tais como: Sobral¹²; Porto Alegre^{13,14}; Lajeado¹⁵, Petrópolis^{16,17}; Curitiba¹⁸; Chepecó¹⁹; Alfenas²⁰, São Paulo²¹; municípios paulistas²², Goiás e Mato Grosso²³. O *PCARool apresenta versões autoaplicáveis destinadas à criança (PCATool – Brasil versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool - Brasil versão Adulto) e a Profissionais de Saúde (PCATool versão profissionais)*^{10, 16, 22, 24}.

O objetivo deste estudo foi avaliar força e extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde em um município do interior paulista, comparando Unidades Básicas de Saúde tradicionais e Unidades Básicas de Saúde estruturadas segundo a ESF, por meio da aplicação do *PCATools* aos profissionais de saúde de nível superior, médicos, enfermeiros e dentistas.

Materiais e Metodos

Esta pesquisa tem natureza avaliativa, delineamento transversal, e enfoque descritivo-analítico, utilizando abordagem quantitativa, realizada com profissionais médicos, enfermeiros e dentistas dos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde num município de grande porte do interior paulista, no período de janeiro a agosto de 2015.

Neste município coexistem dois modelos de atenção: a Unidade Básica de Saúde, ou UBS tradicional que segue o modelo programático de ações de saúde; e a Unidade de Saúde da Família (USF) que adota a ESF. Portanto, unidades que operam segundo enfoques assistenciais diferentes, e apresentam diferenças operacionais para a Atenção Primária à Saúde. Foram incluídos na amostra, os profissionais de saúde presentes durante o período de coleta do material e com disponibilidade de tempo para o preenchimento do questionário PCATool. Foram excluídos os profissionais que trabalhavam no sistema de saúde há menos de 1 mês, ou os que se recusaram a participar. Utilizou-se o *PCATool – Brasil versão profissionais*¹⁰ que foi adaptado à realidade brasileira após passar pelo processo de tradução, adaptação, avaliação da validade e da fidedignidade²⁴.

Cálculos dos Escores –PCATool versão profissionais

Foram construídos *escores* de 1 a 4 para os atributos essenciais e derivados¹⁰. No cálculo do escore essencial, utilizou-se a soma dos escores médios dos atributos essenciais dividido pelo número de atributos (média aritmética) e no cálculo do Escore Geral, a soma de todos os atributos, essenciais e derivados, dividido pelo número de atributos¹⁰.

Os valores foram transformados em escala de 0 a 10, segundo a fórmula: $escala = [(score\ obtido - 1) \times 10] / 3$. O escore igual a ou maior de 6,6 foi considerado alto escore de APS¹⁰. Os dados foram inseridos em um banco de dados do programa Excel®. A análise descritiva dos dados foi realizada calculando média e desvio-padrão dos valores das escalas dos atributos. Aplicou-se Teste de Shapiro Wilks para Normalidade dos dados; Teste t (teste de hipóteses) para escalas com normalidade e Teste de Mann-Whitney para demais (p-valor de 0,05).

O estudo contou a consultoria do Centro de Estudos do Risco – CER – do XXXX (removido para fins de avaliação por pares). E foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, atendendo ao disposto na Resolução CNS 196/2006, conforme CAAE: 43593215.1.0000.5504.

Resultados

A amostra aleatória simples constou de 64 profissionais: 30 médicos (46,9%), 11 brasileiros e 19 cubanos; 26 enfermeiros (40,6%) e 8 dentistas (12,5%) foi selecionada nas 30 unidades de saúde, sendo 12 UBSs e 19 USFs, considerando um erro amostral de 10% e um nível de confiança de 90% (Tabela 1). Apenas em uma USF, todos os profissionais se negaram a participar da pesquisa, recusa de 3 médicos, 1 enfermeiro e 1 dentista, além de não haver enfermeiro contratado em 2 estabelecimentos de saúde.

Quanto ao tipo de unidade de saúde, a porcentagem de entrevistas realizadas alcançou 39% na UBS e 61%, na USF. Quanto às categorias profissionais, 40,9% dos entrevistados eram médicos, seguidos de enfermeiros (40,6%) e dentistas (12,5%). Dos 30 médicos entrevistados, nove eram vinculados ao Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB).

Na avaliação dos atributos por modelo de serviços, UBS e USF, a tabela 2 mostra os valores de escala para os atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação – integração dos cuidados e sistema de informação e integralidade – serviços disponíveis e serviços prestados; e para os atributos derivados: orientação familiar e comunitária; e também os valores da Escala Essencial e Escala Geral para os modelos de serviços. Sendo destacadas as diferenças significativas encontradas entre UBS e USF, p-valor<0,05.

Tanto as UBS quanto as USF apresentaram baixo valor de escala (menor de 6,6) para o atributo Acesso de Primeiro Contato e Orientação Comunitária, sendo que as UBS apresentaram baixo valor de escala também para o atributo Integralidade – serviços disponíveis e para a Escala Essencial e Escala Geral.

Comparando-se os atributos observou-se diferença significativa para Acesso de primeiro contato, Coordenação – sistema de informações, integralidade – serviços disponíveis e serviços prestados, orientação comunitária e Escala Essencial e Escala Geral, a favor do modelo USF.

Discussão

A média dos escores das escalas de cada atributo, obtidos pelo PCATool, foi maior nas USFs do que modelo UBS, sendo estatisticamente significativa para os atributos: acessibilidade; coordenação – sistemas de informação; integralidade – serviços disponíveis e orientação comunitária (Tabela 3).

No município, em relação ao atributo “*Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade*”, o escore médio foi de 4,63 em ambos os modelos de atenção à saúde (Tabela 3). Este resultado corrobora com os trabalhos realizados em outros municípios brasileiros que também apresentaram baixo escore para este atributo – Tabela 4^{15,19,20,22}.

Analisando o atributo comparando-se os dois modelos de atenção à saúde: UBS tradicional e USF, também observamos um baixo escore no município e estatisticamente significativo ($p < 0,001$) comparando-se USF (escore 5) e UBS (escore 4,04) (Tabela). Este resultado está de acordo com os trabalhos em outros municípios do Brasil conforme a Tabela 4^{13, 17, 18}.

No município estudado, os serviços pesquisados não funcionavam aos sábados, nem aos domingos. Apenas algumas USF realizavam atendimento, uma vez por semana, até as 20 horas enquanto que o contato por telefone ou por *e-mail* ficava a critério dos profissionais. Esta semelhança entre os escores baixo nos processos de organização do trabalho nas unidades de saúde¹⁸ em vários municípios do Brasil ocorre, em geral, devido ao fato de os serviços de saúde não abrem após as 20 horas, nem no final de semana e não é costume fornecer aconselhamento por telefone ou email²⁵.

Para Chomatas et al¹⁸, o baixo escore do atributo “*Acesso de Primeiro Contato*”, em pesquisas utilizando o PCATool, deve-se a forma como os serviços são organizados na maior parte dos municípios. Esta forma de organização é definida por normas da administração municipal sendo que muitas unidades de APS não estão abertas aos finais de semana; não possuem atendimento fora do horário comercial e o contato por telefone e *e-mail* não é habitual.

Em relação ao atributo “*Orientação Comunitária*”, observou-se o escore de 5,92, considerado baixo, em ambos os serviços avaliados USF e UBS (Tabela1). Este resultado foi semelhante ao do estado de São Paulo, cujo escore de orientação comunitária foi 1,47²². Opostamente, nos dois modelos de atenção juntos, verificamos que nos municípios de Lajeado¹⁵, Alfenas²⁰ e Chapecó¹⁹, os escores foram altos para este atributo. Analisando comparativamente este atributo, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,005$) entre as USF - escore de 6,55 e UBS - escore de 4,96 (vide Tabela 2).

Nos outros municípios, também, verificou-se um melhor desempenho para o modelo USF do que para UBS, sendo que em Porto Alegre¹³, a UBS teve escore baixo 5,58 e a USF, um escore alto, 6,75; em Curitiba¹⁸, ambos os escores foram altos, sendo 7,6 para UBS e 8,1 para USF e em Petrópolis¹⁷ os dois escores foram baixos, sendo 3,08 para UBS e 6,52 para USF.

Apesar da divergência entre os resultados, verificou-se um melhor desempenho para USF em relação à UBS, que pode ser devido à realização das visitas domiciliares pela equipe de saúde^{17,18}. O escore alto em Curitiba pode ser atribuído aos princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária presente em ambos os modelos¹⁸.

O escore baixo para o atributo “*Orientação Comunitária*” indica que os serviços, na visão dos profissionais, não costumam fazer pesquisas de satisfação dos usuários para monitorar e avaliar a efetividade dos programas desenvolvidos; não conseguem reconhecer as necessidades de saúde da comunidade, além de muitos não terem conhecimento sobre a participação de usuários no conselho local de saúde¹⁵. Isto mostra fragilidade da participação popular e do controle social. O baixo escore

em relação ao atributo “Orientação Comunitária” sugerem que as características de avaliação do conhecimento do profissional acerca das necessidades de saúde da comunidade e sua abordagem comunitária estão menos presentes nas UBS¹⁸.

O atributo “Longitudinalidade” teve um escore alto de 7,2 no município estudado. Este resultado está de acordo com o resultado de Alfenas²⁰, cujo escore foi de 7,86 e está divergindo dos municípios de Chapecó¹⁹ com escore de 6,0; de Lajeado¹⁵ com escore de 6,32 e dos municípios paulistas²², cujo escore é 5,71. Estes escores abaixo do valor médio de 6,6, representam fragilidades do atributo “Longitudinalidade” em relação a orientação à APS¹⁵. Não houve diferença estatisticamente significativa para o atributo “Longitudinalidade” entre os modelos ($p < 0,783$) no município estudado, porém os valores médios foram altos, sendo o escore de 7,16 para UBS e de 7,22 para USF (vide Tabela 1). Esse resultado corrobora os achados de Macinko et al¹⁷, Elias et al²¹; de van Stranle et al²³ e a USF de Chomatus et al¹⁸. Entretanto, diverge dos escores baixos para UBS de Chomatus et al¹⁸ e da USF e UBS de Castro et al¹³.

Nas USF, os profissionais observam, ao longo do tempo, o favorecimento e o fortalecimento do vínculo dos usuários aos serviços configura fonte regular de cuidado, reconhecendo melhor a população adscrita^{18,21,22} e a sua utilização dos serviços de saúde¹⁵, além da disponibilidade de tempo para discutir as dúvidas dos usuários durante a consulta^{13, 17,19,20,22,23}. São necessários mecanismos que assegurem a contra-referência dos serviços secundários e terciários para garantir qualidade da APS, porque quando o usuário acessa a USF e não consegue dar continuidade ao projeto terapêutico em níveis assistenciais de maior complexidade, a resolubilidade fica comprometida e desacreditada, rompendo-se o vínculo cuidador - pessoa sob cuidado²⁰.

O atributo “Coordenação – Integração dos Cuidados”, embora com média de escore maior nas USF, valor 7,41, que pode ser devida ao trabalho com território adscrito dividido em microáreas e por possuir agentes comunitários de saúde que realizam visitas mensais às famílias, não mostrou diferença estatisticamente significativa em relação à UBS, valor 6,64 ($p < 0,096$) (Tabela 5). Este resultado corrobora com os escores dos municípios de Porto Alegre¹³; Curitiba¹⁸; Petrópolis¹⁷; São Paulo²¹ e estados da região Centro-Oeste²³.

Analisando os dois modelos de serviços de saúde juntos, verificou-se escore alto de 7,11 para o município do estudo (Tabela 3). Este valor está de acordo com o escore de Alfenas (6,91)²⁰, Lajeado(6,97)¹⁵, Chapecó(7,2)¹⁹, e difere significativamente de outros municípios paulistas, cujo escore é 5,59, no trabalho de Ibañez et al²². Estes escores maiores para as USFs em relação às UBSs são devidos, muito provavelmente, a: protocolos de tratamento escritos; discussão de opções de referência com o usuário¹⁷ e reconhecimento da informação relacionada às necessidades do atual atendimento¹³ para melhor controle do histórico de registros médicos recebidos¹⁵. Conill e Fausto²⁶, por sua vez, sugerem que o melhor desempenho desse atributo está relacionado a: territorialização e adscrição da clientela; informação de histórias clínicas; presença de centrais de marcação de consultas; equipes de especialistas com apoio para APS e criação de redes de gestão regional e municipal. Do mesmo modo, a administração contínua das práticas clínicas é o suporte para que ocorra integração do cuidado, propiciando um método duradouro e globalizado de assistência à saúde, articuladas “no tempo e no espaço”²⁷.

O atributo “Coordenação – Sistemas de informação” mostrou escore médio alto de 8,07 para o município do estudo (Tabela 3). Este resultado corrobora com os trabalhos de Penso et al¹⁵; Silva et al²⁰ e o estudo realizado em Vitória¹⁹. Houve diferença estatisticamente significativa entre os modelos de atenção básica, USF - escore 8,46 e UBS – escore 7,47 para este atributo. Este resultado foi semelhante ao de Castro et al¹³ e de Chomatus¹⁸. No município estudado, o fato dos dois modelos

estarem inseridos na mesma rede de atenção à saúde, ou seja, com as mesmas condições de comunicação os outros pontos de atenção, parece repercutir as fragilidades dos fluxos de referência e contra-referência no município como um todo, independente do modelo de atenção. Outros estudos, embora realizados na perspectiva dos usuários, como de Sobral¹² e em Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória²⁸, mostraram que os fluxos de referência e contra-referência encontram-se formalmente implantados na maioria dos municípios, porém a contra-referência não é comumente praticada, havendo necessidade de fortalecer a comunicação entre os pontos de atenção da rede de saúde, buscando a integração do sistema.

Este melhor desempenho do modelo USF no município do estudo, estatisticamente significativo, pode ser devido ao uso do prontuário familiar, do arquivamento e da disponibilidade dos prontuários aos profissionais e aos usuários realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde. Investimentos realizados pelos municípios no sistema informatizado, que é um elemento facilitador na disponibilização dos resultados dos exames laboratoriais de análises clínicas on-line e na operacionalização da marcação de consultas, são muito importantes. Idealmente, uma integração dos serviços por meio de tecnologias de informação com prontuário compartilhado, fortalecimento de estruturas regulatórias, descentralização de funções para o nível local e estabelecimento de fluxos definidos entre a atenção primária à saúde e o pronto-atendimento^{18, 26}.

O atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” mostrou diferença estatisticamente significativa entre UBS – escore 6,19 e USF - escore 7,94 ($p < 0,001$) (Tabela 5). Neste caso, a diferença significativa ocorreu porque neste atributo, o valor para a UBS foi menor do que 6,6, corroborando com estudo de Castro et al¹³, que encontrou escores baixo tanto para UBS, valor 6,29 quanto para USF, valor 6,5. Os outros trabalhos mostraram escores altos nos dois modelos de atenção: Curitiba¹⁸; Petrópolis¹⁷; São Paulo²¹ e região Centro-Oeste²³.

Esta diferença entre os modelos de serviços é devida ao fato da USF ter mais procedimentos e ações incorporadas à prática das equipes; resultando, provavelmente, em aumento da resolutividade dos serviços¹⁸. A integralidade – Serviços Prestados avalia itens bastante relacionados a ações de saúde pública, o mal desempenho das UBS indica necessidade de maior investimento em ações de educação permanente para os profissionais, adequação da estrutura das unidades e adequação das informações disponíveis e sua transferência. Analisando este atributo por meio do escore médio, observamos o valor de 7,26, considerado alto, no município do estudo (Tabela 1). Este resultado corrobora os altos escores dos municípios de Lajeado, valor 7,22¹⁵; Alfenas, valor 6,8²⁰ e Chapecó, valor 7,7¹⁹.

Em relação ao atributo “Integralidade - Serviços Prestados”, ações orientadas a toda população ou uma seleção desta, não houve diferença estatisticamente significativa entre os modelos de atenção à saúde: UBS, escore 7,04 e USF, escore 8,01, exibindo melhor desempenho na USF ($p < 0,027$) (Tabela 3). Este resultado favorável à USF também foi observado nos municípios de Porto Alegre¹³, escores altos para USF (8,27) e para UBS (8,21) e de Curitiba¹⁸, escore alto de 8,3 para USF e baixo de 6 para UBS, respectivamente. Analisando o escore médio de 7,65 para este atributo no município do estudo, verificou-se um alto valor semelhante aos encontrados por Penso et al¹⁵, em Lajeado, com escore de 7,2; por Silva et al²⁰, em Alfenas-MG, com escore de 8,01; e por Vitória et al¹⁹, em Chapecó, com escore de 7,6. Os fatores que influenciam esse atributo devem estar relacionados ao desenvolvimento de competências e de motivação dos funcionários das unidades de saúde e, também, a adequação das informações disponíveis e sua transferência, incentivos financeiros e a clara definição das necessidades de saúde da população abrangida pela unidade².

No atributo derivado “*Orientação familiar*”, o escore médio obtido foi alto: valor de 8,51 (Tabela 3). Este resultado corrobora com outros municípios brasileiros, tais como: Lajeado¹⁵; Alfenas²⁰; Chapecó¹⁹ e municípios paulistas²². Em relação a este atributo, não houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,262$) entre os modelos UBS – escore 8,72 e USF – escore 8,18 no município (Tabela 5). Este resultado está conforme os escores altos encontrados nos municípios de Porto Alegre¹³; Curitiba¹⁸; Petrópolis¹⁷; São Paulo²¹ e região Centro-Oeste²³. Estes resultados mostraram centralidade na família comparando os atributos nos dois modelos e, indica que ambos serviços consideram a família como um sujeito da atenção, implicada no processo de adoecimento e cuidado de seus membros.

O contexto e a dinâmica da família e seu potencial cuidado, a exposição a ameaças à saúde de qualquer natureza e o enfrentamento do desafio de recursos familiares limitados devem ser observados na orientação familiar considerando o indivíduo e seu ambiente cotidiano para uma avaliação das necessidades individuais à saúde^{20,21}. Assim como na comunitária, a orientação familiar é uma prática que necessita que o profissional se conscientize para que esta seja mais clara, facilitando o desenvolvimento do vínculo, além do usuário se sentir confiável para elucidar suas dúvidas e procurar orientações¹⁵.

Após analisar os escores de cada atributo produzido pelo instrumento PCATool, foram avaliados os Escores Essencial e Geral, o que possibilita a mensuração do grau de orientação à Atenção Primária à Saúde em diferentes serviços e sistemas de saúde. A Escala Essencial mostrou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os serviços USF, com escore alto de 7,34 e UBS, com escore baixo de 6,28 no município do estudo (Tabela 5), Este resultado está concorde com os trabalhos de Castro¹³ e Chomatas¹⁸. Avaliando os escores essenciais médios, o município exibiu valor de 6,93 similarmente às cidades de Alfenas²⁰ e Chapecó¹⁹. A Escala Geral, também, exibiu diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os modelos de atenção à saúde USF, escore alto de 7,38 e UBS, escore baixo de 6,35. Esta maior orientação à APS pelas USFs foi observada igualmente nos estudos de Castro et al¹³ e Chomatas et al¹⁸. Além desta análise comparativa entre modelos, podemos avaliar a média dos escores dos dois, obtendo para o município o valor de 6,98 enquanto que para Alfenas²⁰ foi de 7,4 e Chapecó¹⁹ foi de 7,09. Conforme Kolling²⁹, o trabalho multidisciplinar, as visitas domiciliares, e a abordagem familiar e comunitária estão associados ao alto escore da USF, denotando maior orientação dos profissionais à APS. Para Castro et al¹³, o maior número de consultas médicas semanais parece estar associado ao alto Escore Geral da APS.

Conclusões

A avaliação dos atributos de APS utilizando o PCATool - versão profissionais no município estudado se mostrou adequado, e registrou melhores ‘escores’ de resultados com as unidades que funcionam segundo a estratégia de saúde da família (ESF). No entanto, apesar de termos utilizado um modelo validado para o caso brasileiro, dado o aspecto multidisciplinar que a estruturação e organização da APS recebe em nosso país, o instrumento parece demandar uma adequação a cada situação, pois há questões que podem não se aplicar ao contexto do serviço ou a aspectos específicos do campo sob investigação.

Por seu turno, o alto Escore Geral encontrado neste estudo evidencia que o investimento na formação profissional especializada em APS pode ser uma estratégia de qualificação da atenção quando se tem dois modelos de serviços de atenção à saúde convivendo: a USF e a UBS tradicional. Uma recomendação pode ser reforçada: transformar as UBS tradicionais em unidades da estratégia de saúde da família. Um dos passos para esta transformação pode ser a discussão sobre os benefícios da estratégia - treinamento profissional e suporte logístico adicional – com autoridades locais e

locorregionais. Para tanto, os resultados coletados com o uso do instrumento oferecem subsídios significativos.

Referências

1. Starfield B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
2. Giovanella LMM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro 2012.
3. Starfield BS, L; Macinko, J. Contribution of Primary care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly. 2005;83(3):457-502.
4. Macinko JG, FC; Souza, MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006;60:13-9.
5. Macinko JH, MJ; Phil, D. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. The New England Journal of Medicine. 2015;372(23):2177-81.
6. Macinko JS, B; Erinosh, T. The impact of Primary Healthcare on Population Health in Low and Middle Income Countries. Journal of Ambulatory Care Management. 2009;32(2):150-71.
7. Rômulo MB, MAF. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora FioVruz; 2008.
8. Oliveira FV, T; Pinto, HA; Santos, JTR; Figueiredo, AM; Araújo, SQ; Matos, MFM; Cyrino, EG. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface 2015;19(c):623-34.
9. Gonçalves RS, IMC; Tanaka, OY; Santos, CR; Brito-Silva, K; Santos, LX; Bezerra, AFB. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(9):2815-24.
10. Brasil. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Ministério da Saúde SdAeS, Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília: Ministérios da Saúde; 2010.
11. Fraccolli LG, MFP; Nabão, FRZ; Santos, MS; Cappelline, VK; Almeida, ACC. Primary health care assessment tools: a literature review and metanalysis. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(12):4851-60.
12. Carneiro MM, DMS; Gomes, JM; Pinto, FJM; Silva, MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. Saúde Debate. 2014;38(especial):279-95.
13. Castro RK, 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. 2012;28(9):1772-84.
14. Oliveira M. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: Uma análise agregada: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

- ¹⁵ Penso JP, E; Oliveira, MMC; Strohschoen, AAG; Carreno; Rempel, C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o instrumento PCATool - Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9.
- ¹⁶ Almeida CM, JA. Validação de uma Metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2006.
- ¹⁷ Macinko JA, C; Oliveira, ES; Sá, PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt*. 2004;19:303-17.
- ¹⁸ Chomatas EV, 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.
- ¹⁹ Vitória AH, 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.
- ²⁰ Silva SN, DA; Paraizo, CMS; Fracolli, LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *REv Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp):126-32.
- ²¹ Elias PF, CW; Alves, MCG; Cohr, A; Kishima V; Escrivão A Jr, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social do município de São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2006;11(3):633-41.
- ²² Ibañez NR, JSY; Castro, PC; Ribeiro, MCSA; Forster, AC; Novaes, MHD; et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.
- ²³ van Stralen CB, SA; van Stralen, TBS; Lima, AMD; Massote, AW; Oliveira, CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro- Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 sup(1):5148-58.
- ²⁴ Hauser LC, 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 Comunidade*. 2013;8(29):244-55.
- ²⁵ Reis RC, Lc; Silva, AAM; Santos, AM; Alves, MTSSB; Lamy, ZC; Ribeiro, SVO; Dias, MSA; Silva, RA. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3321-31.
- ²⁶ Conill EF, MCR; Giovanella, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010;10(Supl.1):S15-S27.
- ²⁷ Hartz ZC, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl.2):S331-6.
- ²⁸ Almeida PG, L; Nunan, BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*. 2012;36(94):375-91.

²⁹ Kolling J. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto telessaúde RS: estudo de linha de base. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Apêndice

Tabela 1: Perfil da amostra de entrevistados.

Entrevistados	Local de trabalho		Total
	USF	UBS	
Médicos	18	12	46,9% (n=30)
Enfermeiros	14	12	40,6% (n=26)
Dentistas	6	2	12,5% (n=8)
Total	61% (n=38)	39% (n=26)	100% (n=64)

Fonte: elaboração dos autores

Tabela 2. Média, Desvio-Padrão, *Scores* Essencial e Geral dos atributos de orientação para Atenção Primária à Saúde obtido pelo PCAtool-versão profissionais do município estudado.

Atributos de Atenção Primária à Saúde	Média	DP	Escala de 0 a 10	
			0 a 6,5	6,6 a 10*
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	4,63	1,0 9	95%	5%
Longitudinalidade	7,2	1,4 1	28%	72%
Coordenação - Integração de cuidados	7,11	1,6 8	25%	75%
Coordenação - Sistemas de informação	8,07	1,6 2	9%	91%
Integralidade - Serviços disponíveis	7,26	1,4 9	28%	72%
Integralidade - Serviços prestados	7,65	1,5 3	23%	77%
Orientação Familiar	8,51	1,7 2	9%	91%
Orientação Comunitária	5,92	2,1 3	54%	46%
<i>Score</i> ESSENCIAL	6,93	1,1 1	54%	46%
<i>Score</i> GERAL	6,98	1,1 5	31%	69%

* o score de APS $\geq 6,6$, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto.

Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 3. Média e Desvio-Padrão, *Escores* Essencial e Geral dos atributos de orientação para Atenção Primária à Saúde, obtidos pelo *PCaTool*- versão profissionais das UBS e USF do município estudado.

	UBS		USF		P-valor
	Média	DP	Média	DP	
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	4,04	1,03	5	0,98	0,001*
Longitudinalidade	7,16	1,57	7,22	1,31	0,783
Coordenação - Integração de cuidados	6,64	1,85	7,41	1,51	0,096
Coordenação - Sistemas de informação	7,47	1,68	8,46	1,48	0,002*
Integralidade - Serviços disponíveis	6,19	1,36	7,94	1,13	0,001*
Integralidade - Serviços prestados	7,04	1,69	8,01	1,31	0,027
Orientação Familiar	8,18	2,07	8,72	1,43	0,262
Orientação Comunitária	4,96	2,47	6,55	1,61	0,005*
<i>Escore</i> ESSENCIAL	6,28	1,13	7,34	0,88	0,001*
<i>Escore</i> GERAL	6,35	1,13	7,38	0,94	0,001*

*p valor<0,005.

Fonte: Elaboração dos autores

Tabela 4. Média e Desvio-Padrão, *Escores* Essencial e Geral dos atributos de orientação para Atenção Primária à Saúde, obtidos pelo *PCaTool*- comparação entre municípios brasileiros.

	Município do Estudo		Lajeado-RS		Alfenas - MG		Chapecó - SC		Estado SP	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	4,63	1,09	4,38	1,19	4,13	1,25	3,6		3,84	
Longitudinalidade	7,2	1,41	6,32	1,58	7,86	1,17	6		5,71	
Coordenação - Integração de cuidados	7,11	1,68	6,97	1,46	6,91	1,49	7,2		5,59	
Coordenação - Sistemas de informação	8,07	1,62	7,82	1,6	8,95	1,37	8,8			
Integralidade - Serviços disponíveis	7,26	1,49	7,22	1,3	6,8	1,22	7,7		9,27	
Integralidade - Serviços prestados	7,65	1,53	7,2	1,8	8,01	1,24	7,6			
Orientação Familiar	8,51	1,72	7,67	2,23	8,82	1,39	6,8		1,57	
Orientação Comunitária	5,92	2,13	7,53	1,61	7,68	1,44	8,6		1,47	
<i>Escore</i> ESSENCIAL	6,93	1,11			7,12	0,77	6,9			
<i>Escore</i> GERAL	6,98	1,15			7,4	0,77	7,09			

Fonte: Elaboração dos autores

Tabela 5. Média e Desvio-Padrão, *Escores* Essencial e Geral dos atributos de orientação para Atenção Primária à Saúde, obtidos pelo *PCaTool*- versão profissionais das UBS e USF.

Município do estudo	Porto Alegre	Curitiba -PR	Petrópolis - RJ	São Paulo - SP	Centro-Oeste

Avaliando atributos do cuidado na Atenção Primária com o PCAtools

Atributos de Atenção Primária à Saúde	UBS	USF										
	Média											
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	4,04	5	3,14	3,53	4,1	4,2	4,54	4,36	5	5,32	4,84	5,54
Longitudinalidade	7,16	7,22	6,21	6,53	6	6,6	7,74	8,78	8	8,28	6,92	8,34
Coordenação - Integração de cuidados	6,64	7,41	6,92	7,17	6,9	7	7,08	7,46	8,76	8,88	7,4	7,5
Coordenação - Sistemas de informação	7,47	8,46	9	9,02	8,3	8,5						
Integralidade - Serviços disponíveis	6,19	7,94	6,29	6,5	7,1	7,9	7,4	7,96	8,46	8,42	7,28	8,18
Integralidade - Serviços prestados	7,04	8,01	7,02	8,27	6	8,3						
Orientação Familiar	8,18	8,72	8,21	8,87	7,8	8,5	6,26	9	2,8	5,04	5,66	6,62
Orientação Comunitária	4,96	6,55	5,58	6,75	7,6	8,1	3,08	6,52	3,4	5,18	4,34	6,12
Escore ESSENCIAL	6,28	7,34	6,45	6,84	6,4	7,1						
Escore GERAL	6,35	7,38	6,58	7,08	6,7	7,4						

*p valor<0,005

Fonte: Elaboração dos autores

Submissão: 23/10/2020

Aceite: 16/09/2021