

Evaluación de la Atención Primaria a la Salud: la visión de usuarios y profesionales acerca de la Estrategia de Salud de la Familia¹

Simone Albino da Silva²
Tamara Cristina Baitelo³
Lislaine Aparecida Fracoli⁴

Objetivo: evaluar los atributos de la atención primaria a la salud en cuanto al acceso; longitudinalidad; integralidad; coordinación; orientación familiar e orientación comunitaria en la Estrategia de Salud de la Familia, realizando un análisis triangular y comparando el punto de vista de los actores sociales que este proceso asistencial implica. Método: Investigación evaluativa, de enfoque cuantitativo y diseño transversal. Recolección de datos mediante el *Primary Care Assessment Tool* para entrevistas con 527 usuarios adultos, 34 profesionales de salud, e 330 responsables de niños de hasta dos años, relacionados a 33 equipos de salud de la familia, en once municipios. El análisis se llevó a cabo por medio del programa informático *Statistical Package for the Social Sciences*, con intervalo de confianza del 95% y error de 0,1. Resultados: Los tres grupos evaluaron el acceso de primer contacto — accesibilidad con bajas puntuaciones. Los profesionales evaluaron con alta puntuación los demás atributos. Los usuarios emitieron evaluaciones de baja puntuación para los atributos: orientación comunitaria; orientación familiar; integralidad — servicios prestados; integralidad — servicios disponibles. Conclusiones: La calidad de la actuación autorreferida por los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia no es percibida o valorada por los usuarios, es decir, que las acciones y servicios pueden estar desarrollándose de forma inadecuada o insuficiente para ser captados por la experiencia de los usuarios.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Avaliação dos atributos da atenção primaria a saúde na estratégia de saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 473768/2011-9.

² PhD, Profesor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

³ Enfermera, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Introducción

En todos los países del mundo, hay cambios que requieren un rediseño de los cuidados en salud para responder con más eficacia a las más nuevas y complejas necesidades, tales como la transición demográfica, la transición epidemiológica, la evolución tecnológica y el incremento de las expectativas sociales con respecto a la salud y al bienestar vital. Esos y muchos otros cambios requieren respuestas sanitarias, sobre todo piden una APS organizada y fuerte⁽¹⁾.

En Brasil, la APS se organiza de diversas maneras. A partir de mediados de la década de 1990, se ejecutó predominantemente bajo la forma de Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Esta estrategia se ha planificado incorporando el conocimiento generado en las experiencias internacionales de sistemas de salud con base en la atención primaria y en las propuestas definidas en la Conferencia de Alma Ata, teniendo como principios el acceso universal, el cuidado continuado, integral y coordinado, junto a las comunidades y a su contexto social⁽²⁾. Sus objetivos principales son estructurar y consolidar los principios del Sistema Único de Salud — SUS, reorientar la centralidad de la práctica asistencial a la familia en su entorno físico y social, y expandir la red de servicios de ese nivel asistencial.

Con la implantación, la expansión y el fortalecimiento de la APS en las Américas y, particularmente, en Brasil, es imprescindible la producción de conocimiento que haga posible evaluar la calidad de los cuidados primarios prestados a la población, principalmente en lo que respecta a las características de la estructura, proceso de atención y resultados en salud⁽²⁾. Hay conceptos, instrumentos y medidas para evaluar la calidad de los servicios⁽¹⁾.

En el presente estudio, se utilizó el concepto de atención primaria a la salud según Starfield⁽³⁾, que se basa principalmente en la dimensión tecnológica, enumerando las calidades propias de la APS, los llamados atributos esenciales y derivados. Según esa autora, son atributos esenciales de la APS el acceso de primer contacto del individuo con el sistema de salud que es la accesibilidad y la utilización del servicio de salud como fuente de cuidado a cada nuevo problema o nuevo episodio de un mismo problema de salud; la longitudinalidad, la existencia de una fuente continuada de atención, así como su utilización a lo largo del tiempo; la integralidad, abanico de servicios del punto de vista del carácter biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, como acciones de promoción, prevención,

cura y rehabilitación, disponibles y adecuadas al contexto de la APS, incluyendo las derivaciones; la coordinación de la atención, la cual presupone alguna forma de continuidad, ya sea por el mismo profesional, ya sea por medio de historiales médicos, o de ambos, además del reconocimiento de problemas abordados en otros servicios y la integración de ese cuidado en el cuidado global del paciente.

Otras tres características, llamadas atributos derivados, también cualifican a las acciones de los servicios de APS⁽³⁾, la orientación familiar en la evaluación de las necesidades individuales, se debe tener en cuenta el contexto familiar y su potencial de cuidado y también de amenaza a la salud; la orientación comunitaria, reconocimiento de las necesidades en salud de la comunidad por medio de datos epidemiológicos y del contacto directo con la comunidad, así como la planificación y la evaluación conjunta de los servicios; la competencia cultural, la adaptación del proveedor a las características culturales especiales de la población para facilitar la relación y la comunicación con esta.

El objetivo de este estudio fue evaluar los atributos de la atención primaria a la salud en cuanto a: acceso; longitudinalidad; integralidad; coordinación; orientación familiar y orientación comunitaria en la Estrategia de Salud de la Familia, realizando un análisis triangular y comparando el punto de vista de los actores sociales que este proceso asistencial implica.

Metodología

Se trata de una investigación evaluativa⁽⁴⁾, de enfoque cuantitativa, con diseño transversal⁽⁵⁾ originaria de la tesis de doctorado "Evaluación de los Atributos de la Atención Primaria a la Salud en la Estrategia Salud de la Familia en Municipios del Sur de Minas Gerais", aprobada por el comité de ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo – EEUSP, parecer 30699 de 01/06/2012.

El escenario de investigación fue la microrregión de salud de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. Los municipios de esta área fueron sometidos al criterio de contar con cobertura poblacional por la ESF superior al 50% y sus unidades de ESF deberían ubicarse en la zona urbana; y estar en funcionamiento ininterrumpido desde hace al menos cinco años. Cumplieron esos requisitos 11 municipios y 33 unidades de la ESF. A los profesionales de salud, se aplicaron los criterios de inclusión de trabajar en la unidad de ESF desde hace más de un año, y ser médico o enfermero, totalizando 44 profesionales.

El cálculo de la muestra de los usuarios de la ESF tuvo como referencia la población total de los municipios seleccionados, con estimación del desvío estándar de 1,2, error de 0,1, obteniéndose un total de 546 adultos y 549 adultos responsables de niños de cero a dos años⁽⁶⁾. Ese número fue dividido proporcionalmente entre las ciudades y las unidades de la ESF participantes.

Los criterios de inclusión para los usuarios adultos fueron: ser mayor de 18 años, residir en la zona abarcada y estar registrado hace más de un año en la ESF. El usuario niño fue representado por su cuidador/responsable y fue sometido a los mismos criterios. El niño debería ser usuario registrado en la unidad de la ESF.

La recolección de datos se realizó de junio a julio de 2012, por estudiantes de graduación e de posgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Alfnas, capacitados para esta finalidad. El enfoque de los profesionales se hizo en la unidad de salud, durante el horario de trabajo, mediante la programación previa de cita. La muestra de los usuarios se realizó de forma intencional, mediante los Agentes Comunitarios de Salud, los cuales indicaron al equipo de investigación cuáles habitantes de sus microáreas cumplían los criterios de inclusión para adultos y niños. Las entrevistas a los usuarios fueron realizadas en el domicilio, con un adulto por unidad habitacional, sin la presencia de miembros del equipo de salud de la familia.

Todos los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación por medio del Término de Consentimiento Libre y Aclarado de acuerdo con la legislación vigente. La entrevista se constituye de dos partes: el cuestionario para la caracterización social y el cuestionario *Primary Care Assessment Tool* – PCATool, que evalúa los atributos de la APS con base en los presupuestos de estructura, proceso y resultados.

El PCATool Profesional dispone de 77 cuestiones; el PCATool Adulto, de 88 y el PCATool Niño, de 53 cuestiones, distribuidas entre los atributos de la APS. Las respuestas posibles para cada ítem son: “seguramente sí” (valor=4); “probablemente sí” (valor=3); “probablemente no” (valor=2); “seguramente no” (valor=1) y “no sé/ no me acuerdo” (valor=9). Las puntuaciones para cada uno de los atributos se calculan por el promedio aritmético simple de los valores de las respuestas para cada pregunta.

Como resultado general de la evaluación por el PCATool se tiene la Puntuación Esencial resultante del promedio de las puntuaciones de los atributos de Acceso de Primer Contacto – Utilización; Acceso de Primer Contacto – Accesibilidad; Longitudinalidad; Coordinación – Integración de los Cuidados; Coordinación –

Sistemas de Información; Integralidad – Servicios Prestados e Integralidad – Servicios Disponibles. Para obtener el valor de la Puntuación General, se añaden a este promedio las puntuaciones de los atributos de Orientación Familiar e Orientación Comunitaria. Los Puntuaciones Esencial y General caracterizan el grado de orientación del servicio o del sistema de salud a los atributos de la atención primaria a salud.

Las respuestas se organizaron por medio del programa Microsoft Excel for Windows y se analizaron por el programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 14.0, con intervalo de confianza del 95%, y el valor de referencia 6,66, como límite entre alta y baja puntuación. Para la comparación por grupos, se utilizó el modelo ANOVA con *post hoc* por el método Tukey.

Resultados

Las características demográficas, sociales y económicas de los once municipios participantes de la investigación están descritas en la Tabla 1.

Los municipios de la microrregión de Alfnas tienen como características demográficas: ser de tamaño pequeño, con importante contingente poblacional residente en zona rural, con equilibrio entre el porcentaje de hombres y mujeres en la población, con predominio de adultos (56,39%), seguido de niños/adolescentes (30,46%) y de ancianos (13,15%). En los indicadores socioeconómicos destaca positivamente la tasa baja de desempleo, sin embargo, los demás indicadores cuando se comparan a los datos oficiales del Estado de Minas Gerais y de Brasil⁽⁷⁾, revelan una región con bajo Índice de Desarrollo Humano Municipal – IDHM, baja renta per cápita, bajo porcentaje de individuos adultos alfabetizados y alto porcentaje de personas que viven con menos de medio salario mínimo. En esos 11 municipios la APS se organiza predominantemente por la ESF, siendo cuatro municipios con cobertura poblacional entre el 50% y el 75%, y siete municipios entre el 75% y el 100%. En las ciudades más pobladas, aún existen algunas unidades básicas de salud tradicionales que forman parte de la APS.

En la población mencionada arriba, se buscaron para la investigación sujetos: profesionales, usuarios adultos y usuarios adultos responsables de niños de 0 a 2 años.

Respondieron al PCATool 34 profesionales de salud, de los cuales, 19 eran enfermeros y 15 eran médicos. La caracterización de ese grupo mostró que el 76,5% tenía tiempo de formación superior a cinco años; el 64,7%,

Tabla 1 - Características demográficas, sociales y económicas de los municipios de la región de salud participantes en la evaluación de la ESF, Alfenas-MG, Brasil, 2012

Municipio	Población	Urbana	Rural	Femenino	Masculino	< 1/2 Salario Mínimo	Alfabetización	Desempleo	IDHM*	Renta per Cápita
		%	%	%	%	%	%	%		
1	73.774	93,77	6,23	51,09	48,91	21,35	87,74	6,87	0,761	R\$ 467,90
2	38.688	82,89	17,1	50,01	49,99	26,8	85,19	4,79	0,715	R\$ 475,00
3	27.600	69,41	30,6	49,05	50,96	34,77	83,09	2,44	0,682	R\$ 401,25
4	20.426	70,31	29,7	48,68	51,32	27,58	85,32	3,86	0,733	R\$ 442,50
5	20.245	82,39	17,6	49,73	50,27	24,84	86,58	3,7	0,715	R\$ 500,00
6	13.731	83,93	16,1	49,57	50,43	24,15	86,68	4,37	0,727	R\$ 456,66
7	13.717	72,92	27,1	49,1	50,89	38,11	83,82	3,83	0,668	R\$ 417,50
8	11.476	87,65	12,4	49,21	50,79	34,69	84,31	6,07	0,683	R\$ 383,66
9	9.820	63,13	36,9	49	51	28,66	84,5	3,89	0,691	R\$ 446,25
10	7.542	87,19	12,8	49,58	50,41	38,17	80,03	1,99	0,677	R\$ 366,66
11	5.763	80,84	19,2	48,26	51,74	30,96	79,66	2,83	0,67	R\$ 478,47
Total/ promedio	242.782	79,49	20,51	49,39	50,61	30,01	84,27	4,06	0,702	R\$ 439,62

* IDHM: Índice de Desarrollo Humano Municipal

Fuente: Elaborado por los autores con base en los datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE

tenía entre 20 y 39 años; el 55,9% tenía en el servicio de APS el único vínculo de empleo, en el cual cumplen una carga de trabajo semanal de 40 horas; y que el 55,9% llevan entre uno y cinco años de tiempo de trabajo en la unidad. El 89,48% de los enfermeros y el 13,33%, de los médicos cuentan con especialización en el área de APS.

Los usuarios adultos y los responsables de los niños presentaron una variación numérica digna de nota. Aunque el muestreo se realizó de forma delimitada e intencional, muchos usuarios no respondieron sobre la unidad de la ESF perteneciente al área inscrita, pero, sí, acerca de otros servicios de salud, a los cuales se sentían vinculados. Entre los usuarios adultos, 59 (10,07%) respondieron acerca de hospital/urgencias/primeros auxilios. Los responsables de niños de hasta dos años indicaron el ambulatorio especializado (25,26%), la Unidad Básica de Salud — UBS (9,39%) y Urgencias (9,04%) como fuente regular de cuidado en salud del niño los equipos de la ESF. A afiliación a otros servicios, por parte de la población inscrita en una unidad de la ESF es un dato importante, que requiere otros estudios para identificar donde se encuentran los fallos que llevan a este comportamiento.

Para componer los resultados de este estudio de evaluación, se utilizaron tan solo los cuestionarios de los usuarios que referenciaron la ESF como servicio de salud preferible, lo que representa un total de 527 (89,93%) usuarios adultos y 330 (56,31%) usuarios adultos, responsables de niños.

Los usuarios adultos participantes tuvieron como características: pertenecer al sexo femenino (86,15%);

estar casados (59,96%); ser blancos (62,81%); tener hasta tres hijos (50,10%) y con edad media de 53,36, para las mujeres y de 58,23, para los hombres.

Los usuarios adultos, responsables de niños de 0 a 2 años, que evaluaron la ESF, tuvieron como características: mayoría del sexo femenino (98,79%); ser blancos (56,13%); madres (85,45%); franja etaria entre 20 y 39 años (79,09%); casadas/cohabitando con pareja (76,92%) y tener de 1 a 2 hijos (63,47%).

El resultado de las comparaciones de las puntuaciones entre los tres grupos de participantes de la investigación se presenta en la Tabla 2.

La comparación entre los tres grupos de participantes reveló que hubo correspondencia en la evaluación de baja puntuación para el Acceso de Primer Contacto – Accesibilidad y alta para la Longitudinalidad. Se nota el predominio de los valores más elevados emitidos en la evaluación del grupo de los profesionales para todos los atributos, con significancia estadística en relación a los demás grupos. Esta diferencia es más evidente en los atributos de Orientación Familiar, Orientación Comunitaria y en la Integralidad – Servicios Prestados.

Entre los dos grupos de usuarios hubo correspondencia de evaluaciones de alta puntuación para el Acceso de Primer Contacto – Utilización y Longitudinalidad y de evaluaciones de baja puntuación para los Atributos de Orientación Familiar, de Orientación Comunitaria, de Integralidad – Servicios Prestados, de Integralidad – Servicios Disponibles, de Acceso Primer Contacto – Accesibilidad, de Puntuación Esencial y de Puntuación General.

Tabla 2 - Comparativo entre el promedio de puntuaciones obtenidas en la evaluación de los atributos de la Atención Primaria a la Salud de acuerdo con el tipo de participantes, en la microrregión de Alfenas – MG, Brasil, 2012

Atributo de la APS*	Grupo	N	Puntuación media	DE†	Valor p	Grupo
Acceso de Primer Contacto – Utilización	Adulto	527	8,59	1,97	< 0.001	A
	0 a 2 Años	330	7,99	2,45		B
Acceso de Primer Contacto – Accesibilidad	Adulto	524	3,21	1,49	< 0.001	A
	0 a 2 Años	330	4,87	2,45		B
	Profesional	33	4,13	1,27		C
Longitudinalidad	Adulto	527	7,26	1,96	< 0.001	A
	0 a 2 Años	329	6,66	1,98		B
	Profesional	33	7,86	1,12		C
Coordinación – Integración de Cuidados	Adulto	259	6,10	2,67	0,014	A
	0 a 2 Años	47	6,88	3,24		Ab
	Profesional	33	6,91	1,47		B
Coordinación – Sistemas de Información	Adulto	510	6,41	2,16	< 0.001	A
	0 a 2 Años	316	6,98	1,95		B
	Profesional	33	8,95	1,33		C
Integralidad – Servicios Disponibles	Adulto	460	5,22	1,56	< 0.001	A
	0 a 2 Años	288	5,18	1,88		A
	Profesional	32	6,80	1,24		B
Integralidad – Servicios Prestados	Adulto	508	4,92	2,50	< 0.001	A
	0 a 2 Años	321	6,50	3,42		B
	Profesional	33	8,01	1,25		C
Orientación Familiar	Adulto	511	5,69	2,93	< 0.001	A
	0 a 2 Años	323	5,10	2,97		B
	Profesional	33	8,82	1,40		C
Orientación Comunitaria	Adulto	464	5,88	2,48	< 0.001	A
	0 a 2 Años	294	5,69	2,24		A
	Profesional	33	7,68	1,46		B
Puntuación Esencial	Adulto	527	5,96	1,09	< 0.001	A
	0 a 2 Años	330	6,44	1,18		B
	Profesional	33	7,12	0,74		C
Puntuación General	Adulto	527	5,92	1,20	< 0.001	A
	0 a 2 Años	330	6,21	1,20		A
	Profesional	33	7,40	0,77		B

*APS: Atención Primaria a la Salud; †DE: Desvío Estándar

Fuente: Elaborado por los autores. Notas: Puntuaciones medias seguidas de la misma letra en la columna son estadísticamente iguales a 5%.

Discusión

En las ciudades donde se realizó la investigación, la ESF prevalece como forma de organización de los cuidados primarios a la salud. Observándose las condiciones sociales y económicas de la región, la decisión política de fortalecimiento de la APS, cumple la necesidad de sustentabilidad financiera, y los principios de universalidad de acceso y equidad.

A pesar de esto, en algunos municipios, la implantación de la ESF no se integró efectivamente a la estructura de atención básica tradicional ya existente. En el período de recolección de datos, se observó la simultaneidad de modelos de APS y sus disfuncionalidades. En el municipio 1, la mayoría de las unidades de la ESF no contaba con sala de vacunación,

una parte de los equipos de la ESF contaba con atención semanal de pediatría y, la otra parte contaba, en su territorio, con UBSs tradicionales vinculadas a una facultad de medicina, que ofrecían a la población la atención diaria. En los municipios 4, 6 y 7 había atención semanal de pediatría en las llamadas "policlínicas", sitios, donde también estaban ubicadas las únicas salas de vacunación del municipio, dirigiendo, así, las oportunidades de enfoque del niño y de la familia para fuera de la unidad de la ESF. En el municipio 8, la única unidad básica con ESF se encontraba sin profesional médico, siendo el servicio de urgencias la otra opción de atención en el municipio, y la que fue indicada por la mayoría de los participantes

En la opinión de los autores, esos arreglos contribuyen al alto porcentaje de usuarios residentes

en áreas de la ESF que indicaron otros servicios, principalmente en la atención a la salud del niño. En evaluaciones que utilizaron la misma metodología, el porcentaje de responsables que indicaron la ESF como principal fuente de cuidados por niños de 0 a 2 años fue superior a 75%⁽⁸⁻⁹⁾.

Sobre esa competencia, se hace la reflexión de que aunque la superioridad de la calidad de la atención brindada por la ESF en comparación con la atención básica tradicional sea comprobada⁽¹⁰⁾, esa coexistencia de modelos existe, y hace que los servicios sean a veces complementarios, algunas veces competidores, lo que seguramente obstaculiza la superación del modelo individualista y curativo y la consecución de la integralidad. Ante ese contexto, se indica la necesidad de realizar otros estudios que indiquen opciones para superar esos retos.

Para la evaluación del PCATool, el primer atributo evaluado fue el Acceso, que se subdividió en dos categorías: Acceso de Primer Contacto – Utilización y Acceso de Primer Contacto – Accesibilidad. La primera mide la prioridad dada por el usuario para utilizar determinada unidad de salud de APS, y la segunda mide la disponibilidad al usuario de este servicio, su capacidad de atención de rutina, de demanda espontánea, de una enfermedad aguda o de agudización de una enfermedad crónica⁽³⁾.

El Acceso de Primer Contacto – Utilización alcanzó altas puntuaciones para los dos grupos de usuarios. Resultados análogos de investigaciones realizadas en diferentes regiones del país refuerzan que la población entrevistada tiene en la ESF una fuente regular en el cuidado a la salud, y la considera como una puerta de entrada al sistema de salud, ya sea por problemas crónicos, ya sea por acciones preventivas o por nuevas necesidades de salud⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Los tres grupos entrevistados atribuyeron bajos valores promedios al Acceso de Primer Contacto – Accesibilidad, lo que también sucedió en otros estudios⁽¹⁰⁻¹²⁾. Se destaca este resultado, pues no se trata tan solo de insatisfacción de usuarios con relación a la atención, ya que los profesionales también le atribuyeron una evaluación baja, lo que significa que la introducción de la salud de la familia no implicó necesariamente una mejora de acceso, alejando a la ESF de la reorientación del modelo de salud recomendado en los discursos oficiales⁽¹²⁾. El análisis de los ítems que componen ese atributo reveló que, en la microrregión de Alfenas, a pesar de la alta cobertura poblacional, hay varias barreras para el acceso a la asistencia en la ESF, sobre

todo en las formas de comunicación y en sus horarios de atención. La estructura y el proceso de trabajo existentes en las unidades de la ESF favorecen tan solo las atenciones de rutina, durante la semana, para las cuales, la presencia de la persona es indispensable para información y para programar una cita.

Las evaluaciones de alta puntuación de los tres grupos entrevistados convergieron al atributo Longitudinalidad, resaltándose que los valores emitidos por los profesionales fueron superiores a los de los usuarios. También se obtuvieron, en otros estudios, resultados positivos en las evaluaciones de los profesionales y de los usuarios de la ESF sobre ese atributo⁽¹⁰⁾. Así pues, se pone de manifiesto que existe continuidad en la relación entre el usuario y el servicio de salud, con construcción de vínculo y de la atribución de responsabilidades entre profesionales y usuarios a lo largo del tiempo y de modo permanente, acompañando los efectos de las intervenciones en salud y de otros elementos en la vida del usuario⁽¹³⁾. A pesar del resultado positivo, el estudio de los componentes de ese atributo indicó que hay poco conocimiento de los profesionales sobre el historial de salud y sobre las condiciones de vida de los usuarios de la ESF y sus familias.

El atributo Coordinación fue dividido en dos dimensiones, Integración de Cuidados y Sistemas de Información. La Coordinación – Integración de Cuidados fue evaluada por todos los profesionales, pero tan solo por los usuarios que afirmaron haber recibido derivación a servicios especializados. Los responsables de niños de cero a dos años y los profesionales la evaluaron con alta puntuación, indicando que para esos grupos la coordinación del cuidado es adecuada. La evaluación del adulto fue clasificada como baja puntuación, aunque fuera estadísticamente igual a la de otro grupo de usuarios. Las cuestiones acerca de la contrarreferencia obtuvieron las peores evaluaciones en los tres grupos. Desde el punto de vista del profesional que deriva, falta una retroalimentación que favorezca la continuidad del cuidado, y, desde el punto de vista de los usuarios, falta el interés del profesional de la atención primaria acerca de los resultados y de la calidad de la asistencia brindada en los demás niveles asistenciales.

La coordinación requiere tanto un medio de transferencia de informaciones, el componente estructural, como el reconocimiento de esas informaciones, el componente procesual⁽³⁾. Sobre el componente estructural, en el *locus* de estudio, la oferta de servicios especializados fue planificada y ejecutada bajo el modelo de la regionalización, sin embargo, la

comunicación entre los servicios no siguió la misma lógica, pues no existe un sistema de historial del paciente electrónico que reúna y comparta las informaciones entre los municipios.

La dimensión Coordinación – Sistema de Información, que trató, principalmente, sobre la existencia y sobre la disponibilidad del historial del paciente, presentó evaluaciones de alta puntuación para los profesionales y responsables de niños de 0 a 2 años. La evaluación reveló que, aunque el historial es facilitado por el profesional, los usuarios informan con más frecuencia que no tienen la posibilidad de consultarlo, en correspondencia con el resultado conocido en otro trabajo⁽¹⁴⁾. Se concluye que la comprensión acerca de los derechos de los usuarios de los servicios de salud de esa microrregión requiere desarrollarse a partir de la educación en salud, creando condiciones que favorezcan la autonomía del sujeto.

El atributo Integralidad también fue abordado en dos segmentos, a saber: Servicios Disponibles y Servicios Prestados. En el primer segmento, hubo correspondencia entre los dos grupos de usuarios con evaluación de baja puntuación. Los tres grupos de participantes atribuyeron evaluaciones insuficientes a las acciones de pequeña cirugía; sutura ortopédica; de consejería/tratamiento para el uso de drogas lícitas e ilícitas, de alcohol y de tabaquismo; de consejería/tratamiento en salud mental, así como ocurrió en otros estudios^(9,14-17). Los profesionales de la APS cargan la responsabilidad de manejar una clientela portadora de una diversidad de sufrimientos, que tiene, actualmente, en el Sistema Único de Salud – SUS, una estructura insuficiente para ofrecer respuestas a las situaciones que atraviesan el proceso salud-enfermedad⁽¹⁶⁾.

En Integralidad – Servicios Prestados, se repitió la evaluación de baja puntuación emitida por los usuarios y de alta puntuación, por los profesionales. Aquí, se hizo evidente que, en las unidades participantes en el estudio, no se contempla la consejería acerca de prevención de caídas, de accidentes domésticos, de armas de fuego, de sustancias tóxicas y de prevención de quemaduras.

El entendimiento de la integralidad se debe dar por diversos ángulos, no excluyentes entre sí, centrándose, prioritariamente, en las actividades preventivas y de promoción de la salud, sin perjuicio de los servicios asistenciales⁽¹⁵⁾. En la región del estudio, las acciones educativas y de consejería, buscando la prevención de enfermedades y la promoción de salud aún son incipientes, lo que revela el mantenimiento del modelo asistencial centrado en prácticas curativas⁽¹⁶⁾.

En los atributos Orientación Familiar y Orientación Comunitaria, las puntuaciones medias de los usuarios se quedaron por debajo del valor de referencia y las de los profesionales, por encima. La evaluación de gestores y de los profesionales con respecto a los servicios es siempre mayor y mejor que la del usuario y, específicamente, el enfoque familiar y la orientación comunitaria alcanzan altas evaluaciones por los profesionales y las mayores divergencias con la opinión del usuario^(10-12,18). Los resultados del atributo Orientación Comunitaria indican que la participación y el control social no están incorporados en las acciones de la ESF de la región estudiada.

La diferencia de valores de los atributos atribuidos por los usuarios y los atribuidos por los profesionales revela que ese alto desempeño de las puntuaciones medias emitidas por los profesionales, específicamente, con respecto al enfoque familiar y a la orientación comunitaria, sugiere la capacidad de construir un sentimiento de pertenencia a unas ideas de cuidado a la salud, configurándose en una especie de *ethos* para los profesionales. Difícilmente, esos atributos recibirían bajas puntuaciones por los propios gestores y profesionales, ya que estos son los encargados de implantarlos en los servicios⁽¹⁰⁾.

Sobre el atributo Orientación Familiar, vale hacer una crítica al instrumento PCATool, que hizo esa evaluación de forma reduccionista, orientada a la enfermedad y a prácticas curativas, de manera que su enfoque no contempla las características fundamentales que atribuyen identidad a la ESF. Es importante resaltar la importancia de estrategias de educación permanente que lleven a los profesionales a identificar la importancia de la sensibilización y del aprendizaje acerca del enfoque familiar y acerca de la integralidad del cuidado en la rutina de su trabajo, considerando las evaluaciones de ese atributo y su importancia en la ESF.

Conclusión

La evaluación de la presencia y de la extensión de los atributos de la APS, bajo la perspectiva de los tres grupos estudiados, identificó límites y posibilidades del trabajo de la ESF en la región de salud de Alfenas – MG. La calidad de la actuación en la APS autorreferida por los profesionales no es percibida o valorada por los usuarios, lo que lleva a los autores a deducir que las acciones y servicios pueden estar desarrollándose de forma inadecuada o insuficiente para ser captadas por la experiencia del usuario.

El alto porcentaje de usuarios de la ESF que refirieron contar con otros puntos de servicio en la red asistencial como referencia para el cuidado, principalmente en cuanto al cuidado del niño, parece que se debe a la no integración de los dos modelos de la APS existentes. Sobre los atributos Orientación Comunitaria y Orientación Familiar se quedó evidente el confronto de perspectivas entre profesionales y usuarios, lo que indica que el conocimiento y el reconocimiento que el profesional posee acerca del tema no se traduce en prácticas percibidas en la experiencia del usuario, que no se siente reconocido como parte de una familia ni como miembro de una comunidad que necesita expresarse, participar y evaluar.

Las barreras al Acceso fueron coherentemente identificadas por los tres grupos que evaluaron la ESF, a pesar de la alta cobertura de los servicios de la ESF en la microrregión de Alfenas, esta no constituye una puerta de entrada abarcadora para el SUS. La Longitudinalidad se encuentra en un buen nivel de desarrollo, en la opinión de los tres grupos estudiados, constituyendo uno de los puntos fortalecidos en la APS de la región estudiada. En la Coordinación, se quedó claro que la ESF es reconocida como filtro para los niveles Asistenciales de mayor complejidad y como base de un sistema regionalizado de salud, y se indicó la necesidad de desarrollar mecanismos que garanticen la contrarreferencia, pues si el usuario que accede a la ESF y el profesional que se encuentra en ella no consiguen dar continuidad al proyecto terapéutico en los demás niveles asistenciales, la solucionabilidad se queda comprometida y desacreditada, rompiéndose el vínculo entre cuidador y la persona cuidada.

Sobre la Integralidad, bajo la perspectiva de los tres grupos, las prácticas en salud en la ESF de la región de Alfenas no contemplan un amplio espectro de actuación de la APS, tampoco constituyen un punto de convergencia favorable a la intersectorialidad de las políticas públicas que interfieren sobre problemas y determinantes sociales, que no sean propiamente enfermedades. Las acciones de prevención y de promoción se quedaron subyugadas a las prácticas tradicionales de tratamiento y de rehabilitación, sin efectivarse la integralidad y la clínica ampliada.

Evidentemente, no es posible que la APS responda a todas las demandas de salud de la población de una región característica de un país en desarrollo, pero el carácter técnico de la APS requiere perfeccionamiento constante.

Como limitaciones de este estudio destacamos: su delimitación regional, lo que no permite hacer generalizaciones acerca de los resultados, pero aun así contribuye a la caracterización y a la evaluación de la ESF en Brasil; la composición predominante de mujeres de mayor edad en la muestra ocurrió, sobre todo, debido al período de recolección de datos, que coincidió con la cosecha de café en el Sur de Minas Gerais; y el pequeño número de profesionales que rellenaron los criterios de inclusión, lo que comprometió el resultado de las pruebas estadísticas en busca de asociaciones entre las variables de este grupo y las puntuaciones medias de los atributos de la APS.

Referencias

1. Gérvas J. Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente). *Rev Bras Med Fam Comum*. [Internet]. 2013 Nov 8 [acesso 15 dez 2014];8(29):223-4. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/834>
2. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Goncalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde : PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comum*. 2013;8(29):274-84.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
4. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-9.
5. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5o ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Cochran W. Sampling Techniques. 3o Edição. New York: John Wiley & Sons; 1977.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro. 2013 [acesso 10 jun 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>
8. Ribeiro L da CC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 Dec [acesso 19 set 2013];26(12):2316-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
9. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011 Sep;11(3):323-34.

10. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Á Junior, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2006 [acesso 19 set 2013];11(3):633-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30979.pdf>
11. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC de, Ribeiro MCS de A, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2006 [acesso 20 set 2013];11(3):683-703. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
12. Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TB de S, Lima ÂMD de, Massote AW, Oliveira C di L. 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*. [Internet]. 2008 [acesso 20 set 2013];24(Suppl 1):148-58. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/19.pdf>
13. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 24 out 2011. [acesso 23 dez 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
14. Viana LMM. Avaliação da atenção primária à saúde de teresina na perspectiva das usuárias. Universidade Federal do Piauí; 2012. p. 127.
15. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Soc* [Internet]. 2011 Dec [acesso 19 set 2013];20(4):948-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho S da S, Queluz MC, Campos LV de O, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2011 [acesso 19 set 2013];32(1):48-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
17. Oliveira VBCA. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo - Paraná. *rededepesquisaaps.org.br*. Universidade de São Paulo; 2012. p. 124.
18. Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. [Internet]. 2007 [acesso 12 dez 2013];22(3):167-77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400576>

Recibido: 31.8.2014

Aceptado: 11.4.2015