

# Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil

## *Evaluation of the Family Health Strategy program in the interior of the state of São Paulo, Brazil*

Maria Fernanda Pereira Gomes<sup>1,2</sup> , Lisleine Aparecida Fracolli<sup>2</sup> , Kesley de Oliveira Reticena<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Paulista - Assis (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.

**Como citar:** Gomes MFP, Fracolli LA, Reticena KO. Avaliação da Estratégia Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Colet, 2021;29(2):179-189. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020375>

### RESUMO

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira teve avanço na cobertura assistencial por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), experiência ímpar que serve de inspiração para muitos países. **Objetivo:** Avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS na perspectiva dos profissionais, usuários adultos e cuidadores de usuários crianças que utilizam os serviços da ESF. **Método:** Pesquisa avaliativa de delineamento transversal realizada no período de junho a setembro de 2015 em 21 municípios do interior do estado de São Paulo, Brasil, com 102 profissionais, 629 cuidadores de crianças menores de 2 anos e 690 usuários adultos, com a utilização do instrumento *Primary Care Assessment Tool*. **Resultados:** Os atributos da APS estão presentes nos municípios, porém o Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade na perspectiva dos usuários adultos e profissionais não está presente, pois obteve escores inferiores a 6,6, e na perspectiva dos cuidadores de usuários crianças precisa melhorar sua extensão. É preciso haver mudanças nos aspectos organizacionais da ESF e intensificação da educação permanente para os profissionais, com vistas a garantir, além da alta cobertura populacional, assistência qualificada e presença de todos os atributos no atendimento aos usuários.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; serviços de saúde; avaliação em saúde.

### ABSTRACT

**Background:** The Brazilian Primary Health Care (PHC) system had advances in its coverage through the Family Health Strategy (FHS) program, a unique experience that has inspired many countries. **Objective:** To evaluate the presence and extent of essential and derived attributes of PHC from the perspective of professionals, adult users, and caregivers of child users in the services provided by the FHS program. **Method:** Cross-sectional evaluative survey conducted from June to September 2015 in 21 municipalities in the interior of the state of São Paulo, Brazil, with 102 professionals, 629 caregivers of children aged <2 years, and 690 adult users through application of the Primary Care Assessment Tool (PCAT). **Results:** The PHC attributes are present in the municipalities; however, First Contact Access - accessibility from the perspective of adult users and professionals - is not, since it obtained PCAT scores <6.6 and, from the perspective of caregivers of child users, needs to be extended. Changes in the organizational aspects of the FHS program and intensification of continuing education for professionals are required, seeking to ensure, in addition to comprehensive population coverage, qualified assistance and presence of all the PHC attributes in the services provided to its users.

**Keywords:** primary health care; family health strategy; health services; health evaluation.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado na Estratégia Saúde da Família da Região de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo – Presidente Prudente (SP), Brasil.

Correspondência: Maria Fernanda Pereira Gomes. E-mail: [m\\_fernanda\\_pgomes@hotmail.com](mailto:m_fernanda_pgomes@hotmail.com)

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Ago. 28, 2018. Aprovado em: Mar. 10, 2020

## INTRODUÇÃO

Experiências internacionais de incorporação da atenção primária como porta de entrada, coordenadora e fonte regular da atenção nos sistemas de saúde têm alcançado resultados positivos, como melhores indicadores de saúde, menores custos, ações resolutivas com base nos determinantes do processo saúde-doença e maior satisfação dos usuários<sup>1,2</sup>. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi amplamente discutida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, resultando na Declaração de Alma-Ata, que defende que os cuidados primários constituem o caminho para a população atingir um nível de saúde que favoreça a vida social, produtiva e familiar<sup>3</sup>. A APS disponibilizada pelo sistema de saúde deve ter em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme suas necessidades<sup>3</sup>.

No contexto brasileiro, a APS tem avançado sua cobertura por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), experiência ímpar que serve de inspiração para muitos países, e é o programa de qualificação da APS de maior sucesso da história do Brasil<sup>4-6</sup>. A singularidade da ESF está na forma de produzir as ações de saúde com centralidade na pessoa/família, vínculo com o usuário, integralidade, coordenação da atenção, articulação com a rede assistencial, participação social e atuação intersetorial, que buscam a conversão do modelo assistencial biomédico centralizado na queixa-conduta e doenças<sup>7-10</sup>.

A implantação da ESF ampliou as possibilidades de oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, preenchendo os vazios assistenciais existentes em pequenos municípios<sup>7</sup>. Essa estratégia também trouxe impactos positivos na saúde da criança, como aumento da cobertura vacinal e diminuição da mortalidade infantil<sup>11,12</sup>; na saúde da mulher, aumentou a cobertura do atendimento pré-natal<sup>11,13</sup> e ampliou a oferta de exames para detecção precoce do câncer de colo de útero<sup>11,14</sup>; na saúde do adulto, mais especificamente na população acima de 40 anos, obteve maior controle sobre a hipertensão arterial sistêmica e diminuição do número de internações por acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca congestiva<sup>11,15</sup>. Além disso, a ESF ampliou a distribuição de medicamentos e a cobertura de saúde bucal para a população<sup>11</sup>.

A ESF tem se operacionalizado de forma heterogênea por causa de sua inserção em cenários complexos e diversificados, que podem diminuir seu potencial de mudanças das práticas assistenciais. Neste caso, faz-se necessário avaliar a ESF, detectando suas fragilidades com vistas ao seu futuro aperfeiçoamento<sup>7</sup>. Uma APS de qualidade está vinculada à incorporação, em suas práticas assistenciais, dos atributos essenciais e derivados propostos por Starfield, que englobam o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural<sup>1</sup>.

A APS tem sido o foco de um amplo número de pesquisas de avaliação da qualidade, implantação, desempenho, acesso, serviços ofertados, coordenação da rede assistencial, resolubilidade e equidade no Brasil e no mundo. Mesmo com grande volume de pesquisas na área, observam-se lacunas que devem ser exploradas, como a complexidade e o desafio do sistema de referência e contrarreferência para operacionalização dos princípios de integralidade, resolubilidade e fortalecimento da coordenação do cuidado, acessibilidade e necessidades de saúde. A escolha por trabalhar com a avaliação da ESF na região de Presidente Prudente partiu da inquietação de que ela é uma das mais pobres do estado de São Paulo, conforme a análise do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) de 2014, em que a região ficou como a terceira mais pobre do estado, possuindo muitos assentamentos rurais e concentrando grande produção de cana-de-açúcar, aspectos que contribuem para a heterogeneidade e grande vulnerabilidade social da população atendida pelos serviços de saúde da região<sup>16,17</sup>. Outra particularidade importante é que os municípios dessa região são, em sua maioria, de pequeno porte, cuja unidade básica de saúde é o único ponto de acesso à saúde local, o que torna imprescindível ter uma APS de qualidade.

Para tanto, pretendeu-se com a presente pesquisa avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS na perspectiva dos profissionais, usuários adultos e cuidadores de usuários crianças que utilizam os serviços da ESF.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de delineamento transversal realizada na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 11 de Presidente Prudente, interior do estado de São Paulo, composta por cinco Comissões Intergestores Regionais (CIRs): Alta Paulista, com 12 municípios; Alta Sorocabana, com 19 municípios; Alto Capivari, com 5 municípios; Extremo Oeste Paulista, com 5 municípios; e Pontal do Paranapanema, com 4 municípios<sup>17</sup>. Das cinco CIRs, selecionaram-se duas: Alta Sorocabana e Alto Capivari, com um total de 24 municípios, dos quais 21 atenderam aos critérios de inclusão de possuir cobertura de ESF superior ou igual a 50% e o gestor de saúde local aceitar que a pesquisa fosse realizada no território. Uma característica importante desses municípios é que a maioria é de pequeno porte e possui a unidade básica de saúde como o único serviço de saúde local disponível, e, quando os municípios necessitam de atendimento de saúde de maior complexidade, precisam se deslocar para outros municípios.

Para a seleção das unidades de ESF, seguiu-se o critério de a unidade ter iniciado seu funcionamento há pelo menos cinco anos, conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1.** Equipes da Estratégia Saúde da Família que iniciaram o funcionamento há pelo menos cinco anos. Comissões Intergestores Regionais do Alto Capivari e Alta Sorocabana, 2015

Município	Número de equipes de ESF total	Número de equipes de ESF que atenderam aos critérios
Alfredo Marcondes	2	1
Álvares Machado	5	5
Anhumas	2	2
Caiabu	2	1
Emilianópolis	1	1
Estrela do Norte	1	1
Iepê	2	2
Indiana	2	1
João Ramalho	2	2
Martinópolis	7	6
Nantes	1	1
Narandiba	2	1
Presidente Bernardes	6	6
Quatá	4	4
Rancharia	8	7
Regente Feijó	6	5
Ribeirão dos Índios	1	1
Sandovalina	2	1
Santo Anastácio	4	2
Taciba	2	2
Tarabai	3	3
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>55</b>

Fonte: elaborada pelos autores por meio de dados disponibilizados no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015<sup>18</sup>

Para o cálculo amostral da população adulta e infantil que participou da pesquisa, utilizou-se do método de amostragem por cotas por município, com nível de confiança de 95%, margem de erro de 0,1 ponto e desvio padrão de 1,2, conforme mostra a Tabela 2<sup>19</sup>.

**Tabela 2.** Amostra estimada de população adulta e infantil por município. Comissões Intergestores Regionais do Alto Capivari e Alta Sorocabana, Rede Regional de Atenção à Saúde 11 de Presidente Prudente, São Paulo, 2015

Municípios	População adulta	População infantil
Alfredo Marcondes	10	6
Álvares Machado	57	47
Anhumas	9	8
Caiabu	10	8
Emilianópolis	8	5
Estrela do Norte	6	7
Iepê	18	19
Indiana	12	11
João Ramalho	10	12
Martinópolis	60	51
Nantes	6	7
Narandiba	10	11
Presidente Bernardes	33	22
Quatá	30	34
Rancharia	70	59
Regente Feijó	45	45
Ribeirão dos Índios	6	5
Sandovalina	8	12
Santo Anastácio	50	44
Taciba	14	14
Tarabai	16	15
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>443</b>

Fonte: Elaborada pelos próprios autores com ajuda do serviço estatístico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015

No período da pesquisa, os cuidadores de crianças menores de 2 anos e os usuários adultos deveriam ter idade igual ou superior a 18 anos e morar há pelo menos um ano na área de abrangência da ESF.

Para participar da presente pesquisa, os profissionais médicos e enfermeiros deveriam trabalhar há pelo menos um ano na ESF e os gestores de saúde deveriam ocupar o cargo de secretário municipal de saúde ou coordenador da atenção básica.

Participaram da presente pesquisa 102 profissionais (19 gestores de saúde, 39 médicos e 44 enfermeiros), 629 cuidadores de crianças menores de 2 anos e 690 usuários adultos.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por intermédio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) impresso na versão profissional, criança e adulto. O PCATool foi elaborado pela pesquisadora Barbara Starfield e mede a presença e a extensão dos

quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e dos três atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) da APS<sup>1,20</sup>. Esse instrumento foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian<sup>21</sup>. Esse modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde<sup>21</sup>.

A coleta de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2015 por nove pesquisadores treinados. As entrevistas com os profissionais de saúde e gestores foram realizadas nas unidades de saúde em dia e horário pré-agendado, e as entrevistas com os usuários ocorreram nas unidades de saúde e nos domicílios pelos pesquisadores, sendo que, para a localização dos domicílios e as visitas, contou-se com a ajuda dos agentes comunitários de saúde.

O número de usuários da ESF que participaram da pesquisa superou a amostra planejada, pois, ao mesmo tempo que uma parte dos pesquisadores estava coletando os dados nas unidades de ESF, a outra parte estava nos domicílios.

A presente pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil com o número de CAAE 42499615.9.0000.5392 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) com o número de Parecer 1.024.138.

Os dados coletados foram digitados e organizados com o auxílio do editor Microsoft Excel for Windows. A construção dos escores e das médias dos atributos essenciais e derivados da APS foi realizada com a ajuda do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde<sup>22</sup>. O instrumento PCATool em suas três versões possui cinco opções de respostas para cada um dos itens: “com certeza, sim”, “provavelmente, sim”, “provavelmente, não”, “com certeza, não” e “não sei/não lembro”<sup>22</sup>. O escore de cada atributo é calculado pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo<sup>22</sup>. O atributo da APS é bem avaliado quando o valor de seu escore é superior a 6,6<sup>22</sup>.

Para a análise estatística, utilizou-se do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 16. A comparação dos três grupos que participaram desta pesquisa foi realizada por meio do teste de Tukey, que é um teste exato empregado para testar toda e qualquer diferença entre duas médias. Na presente pesquisa, o teste de Tukey foi utilizado para comparar os três grupos de sujeitos (cuidadores de crianças menores de 2 anos, usuários adultos e profissionais) que participaram da pesquisa dois a dois<sup>23</sup>. Se o valor-p é inferior a 0,05, significa que há diferença de médias entre os dois grupos de sujeitos comparados

## RESULTADOS

Dos 102 profissionais que participaram da pesquisa, 19 eram gestores de saúde, 39, médicos, e 44, enfermeiros; 98% possuíam ensino superior completo, enquanto 2%, ensino médio completo; 37,3% tinham especialização em saúde da família; e a média em anos de trabalho na ESF foi de 4,5. Os 629 cuidadores de crianças menores de 2 anos que participaram da pesquisa tinham média de idade de 28,6 anos; 64,4% eram mães, 26,1%, pais, 8,1%, avós e avôs, 1%, tias, e 0,5%, babás; 70,9% eram do sexo feminino e moravam na área de abrangência da ESF em uma média de 13,3 anos. Dos 690 usuários adultos que responderam à pesquisa, 74,9% eram do sexo feminino, possuíam média de idade de 45,4 anos e moravam na área da ESF em uma média de 22,4 anos.

A Tabela 3 mostra que, de forma geral, os atributos da APS estão presentes nos 21 municípios da região de Presidente Prudente, com exceção do atributo *Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade*, que obteve valor abaixo da referência na perspectiva dos usuários adultos e profissionais; e na ótica dos cuidadores de crianças menores de 2 anos, o valor ficou acima e próximo ao valor de referência 6,6. Observa-se também que os profissionais avaliaram melhor a maioria dos atributos em relação aos usuários adultos e cuidadores de usuários crianças.

A Tabela 4 mostra os valores obtidos com a aplicação do teste de Tukey, que comparou os grupos dois a dois para identificar quais são efetivamente diferentes entre si. Observa-se que

**Tabela 3.** Descritivo dos escores médios dos atributos essenciais e derivados de acordo com os cuidadores de crianças menores de 2 anos, usuários adultos e profissionais na região de Presidente Prudente, São Paulo, Brasil, 2015

Atributos essenciais e derivados da APS	Escores cuidadores usuários crianças	Escores usuários adultos	Escores profissionais
Grau de Afiliação	8,40	8,43	NA*
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	8,59	8,73	NA
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	6,77	4,46	5,58
Longitudinalidade	7,76	7,90	7,71
Coordenação - Integração de Cuidados	7,86	8,16	7,71
Coordenação - Sistema de Informações	8,61	8,30	8,75
Integralidade - Serviços Disponíveis	7,61	7,32	8,29
Integralidade - Serviços Prestados	7,94	6,83	8,40
Orientação Familiar	7,37	7,39	8,53
Orientação Comunitária	7,32	7,28	8,12
<b>Escore Essencial</b>	<b>7,27</b>	<b>6,85</b>	<b>7,74</b>
<b>Escore Geral</b>	<b>7,29</b>	<b>6,95</b>	<b>7,89</b>

\*NA: não se aplica.

**Tabela 4.** Comparativo dos escores médios e valor do teste de Tukey obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com o tipo de participante nos 21 municípios da região de Presidente Prudente, São Paulo, Brasil, 2015

	PCATool	Média	Desvio padrão	Agrupamentos		Valor-p
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Criança	6,77	1,45	Criança	Adulto	< 0,001*
	Adulto	4,56	1,41	Criança	Profissional	< 0,001*
	Profissional	5,57	1,42	Adulto	Profissional	< 0,001*
Longitudinalidade	Criança	7,76	1,32	Criança	Adulto	0,188
	Adulto	7,90	1,55	Criança	Profissional	0,940
	Profissional	7,71	1,26	Adulto	Profissional	0,426
Coordenação - Integração de Cuidados	Criança	7,86	2,54	Criança	Adulto	0,173
	Adulto	8,15	1,91	Criança	Profissional	0,807
	Profissional	7,70	1,23	Adulto	Profissional	0,106
Coordenação - Sistema de Informações	Criança	8,61	1,41	Criança	Adulto	0,001*
	Adulto	8,30	1,76	Criança	Profissional	0,685
	Profissional	8,74	1,42	Adulto	Profissional	0,022*
Integralidade - Serviços Disponíveis	Criança	7,61	1,84	Criança	Adulto	0,009*
	Adulto	7,31	1,78	Criança	Profissional	< 0,001*
	Profissional	8,29	1,24	Adulto	Profissional	< 0,001*
Integralidade - Serviços Prestados	Criança	7,94	2,15	Criança	Adulto	< 0,001*
	Adulto	6,82	2,18	Criança	Profissional	0,101
	Profissional	8,40	1,57	Adulto	Profissional	< 0,001*
Orientação Familiar	Criança	7,37	2,32	Criança	Adulto	0,982
	Adulto	7,39	2,53	Criança	Profissional	< 0,001*
	Profissional	8,53	1,74	Adulto	Profissional	< 0,001*
Orientação Comunitária	Criança	7,32	1,80	Criança	Adulto	0,933
	Adulto	7,28	1,95	Criança	Profissional	< 0,001*
	Profissional	8,12	1,41	Adulto	Profissional	< 0,001*
Escore Essencial	Criança	7,27	0,97	Criança	Adulto	< 0,001*
	Adulto	6,85	1,04	Criança	Profissional	< 0,001*
	Profissional	7,73	0,85	Adulto	Profissional	< 0,001*
Escore Geral	Criança	7,28	1,03	Criança	Adulto	< 0,001*
	Adulto	6,95	1,15	Criança	Profissional	< 0,001*
	Profissional	7,88	0,90	Adulto	Profissional	< 0,001*

\*Modelo ANOVA com post hoc pelo método de Tukey. Valores inferiores a 0,05 indicam diferença estatisticamente significativa

os atributos Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade e Integralidade - Serviços Disponíveis apresentaram diferenças significativas na comparação entre os três grupos de respondentes, assim como nos Escores Essencial e Geral. As diferenças significativas constatadas pelo teste de Tukey, comparando os grupos, indicam que os usuários adultos e os cuidadores de usuários crianças experimentam, de forma específica à sua faixa etária, a acessibilidade proporcionada pelos serviços e que os profissionais, por fazerem parte do serviço, muitas vezes não conseguem identificar falhas e necessidades de acesso da população. No que tange ao atributo *Integralidade - Serviços Disponíveis*, as diferenças significativas podem indicar que, na perspectiva específica de cada grupo, os serviços de saúde podem estar ou não disponíveis e que existe divergências entre os grupos, o que pode ser confirmado com o fato de os usuários dizerem que tais serviços de saúde não estão disponíveis, enquanto os profissionais dizem que estão.

Na comparação dos escores dos participantes para a Coordenação - Sistema de Informações, verifica-se que há diferenças significativas entre saúde da criança e saúde do adulto, o que indica que a organização e as informações do serviço são acessadas e entendidas de forma diferente pelos usuários adultos e cuidadores de usuários crianças. No atributo Integralidade - Serviços Prestados, observam-se diferenças significativas na comparação entre os grupos cuidadores de usuários crianças e usuários adultos e entre os profissionais e usuários adultos. A Orientação Familiar e a Orientação Comunitária obtiveram diferenças significativas na comparação entre os grupos de cuidadores de usuários crianças e profissionais e entre os usuários adultos e profissionais.

## DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, os profissionais avaliaram melhor os atributos da APS em relação aos usuários, semelhante aos resultados encontrados em pesquisas realizadas em outros cenários brasileiros<sup>24-28</sup>. O *Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade* foi o atributo da APS que obteve o menor escore dos usuários e profissionais, assim como nas pesquisas realizadas no sul de Minas Gerais (MG), Montes Claros (MG), Rio de Janeiro (RJ), Serra (ES) e em dois municípios da Paraíba<sup>26,29-32</sup>. Uma revisão de literatura ampla, que analisou os resultados da avaliação da APS utilizando o PCATool em diferentes estudos, enfatiza também o problema da acessibilidade<sup>33</sup>. Nesta perspectiva, o alcance da acessibilidade pelos serviços de APS no Brasil segue como um grande desafio, pois há muitas barreiras, principalmente na organização dos serviços. As barreiras da acessibilidade identificadas neste estudo são de ordem organizacional e sociocultural.

A dimensão organizacional diz respeito à forma como o processo de trabalho das equipes está organizado, por exemplo, horário de atendimento, agendamento das consultas, tempo de espera do usuário para ser atendido quando a consulta já está agendada e fluxo de agendamento para unidades de níveis assistenciais mais complexos que a ESF<sup>34</sup>. A dimensão sociocultural se refere à percepção do indivíduo sobre sua própria saúde<sup>34</sup>. Nesse caso, observa-se que as próprias políticas que normatizam a APS no Brasil dificultam o acesso da população, com regras organizacionais pouco flexíveis, como horários fixos de atendimento aos usuários. Diante disso, não adianta ter alta cobertura de ESF se os usuários não conseguem atendimento. Dessa forma, é necessário que haja uma discussão política em prol de mudanças nos aspectos organizacionais da ESF para o avanço e o fortalecimento desse modelo assistencial.

A avaliação da APS na região de Presidente Prudente evidencia que os atributos *Grau de Afiliação* e *Acesso de Primeiro Contato - Utilização* receberam melhor avaliação dos usuários adultos em relação aos cuidadores de usuários crianças. Na pesquisa realizada no Rio de Janeiro (RJ), observou-se que os cuidadores de usuários crianças avaliaram com maior escore o atributo *Grau de Afiliação* do que os usuários adultos, enquanto o atributo *Acesso de Primeiro Contato - Utilização* obteve valores próximos de escores nesses dois grupos<sup>30</sup>. O *Grau de Afiliação* refere-se ao quanto o usuário se sente vinculado ao serviço de saúde e profissionais que lá trabalham. Assim, a avaliação mais satisfatória do usuário adulto em relação ao usuário criança, ou vice-versa, pode indicar que o serviço e a equipe de saúde estão mais voltados para atender a determinado tipo de clientela<sup>1</sup>.

Os atributos *Longitudinalidade* e *Coordenação - Integração de Cuidados* receberam melhor avaliação dos usuários que os profissionais. Na pesquisa realizada em Diamantina (MG), o resultado da avaliação da *Coordenação - Integração de Cuidados* foi diferente, pois os profissionais avaliaram com escore maior o atributo em relação aos usuários<sup>35</sup>. Já no Distrito Federal, os usuários atribuíram escore menor aos atributos *Longitudinalidade* e *Coordenação - Integração de Cuidados* que os profissionais<sup>36</sup>.

A *Longitudinalidade* do cuidado é a continuidade do atendimento por parte dos profissionais e do serviço que, dentro dos pilares da ESF, deve ser executado de forma contínua e abrangente, e a opinião positiva dos usuários da região de Presidente Prudente mostra que eles percebem a continuidade dos cuidados realizados pela ESF<sup>1</sup>.

Apesar de a integração de cuidados ter tido avaliação satisfatória, observa-se que grande parte dos profissionais afirma que a contrarreferência dos especialistas não ocorre, dificultando a continuidade do cuidado e fragmentando as ações da ESF como organizadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A fragilidade do sistema de referência e contrarreferência tornam as RAS pouco funcionais e resolutivas. A construção de redes regionais de atenção à saúde favorece os municípios de pequeno porte, que não possuem todo o aparato tecnológico a fim de garantir a integralidade do cuidado. Nesse contexto, é importante que pequenos municípios tenham uma APS fortalecida como organizadora da rede assistencial. Para a efetiva consolidação da regionalização, deve haver adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde, implantação de protocolos clínicos que permitam comunicação com os diversos pontos do sistema regionalizado, incorporação de dispositivos para facilitar a gestão do cuidado em saúde, favorecendo a integração das práticas profissionais e a continuidade do cuidado<sup>37</sup>.

No que tange aos atributos *Coordenação - Sistema de Informações, Integralidade - Serviços Disponíveis, Integralidade - Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária*, verificou-se que os profissionais os avaliaram melhor que os usuários adultos e os cuidadores de usuários crianças, resultado semelhante ao encontrado na pesquisa realizada em Diamantina (MG), na qual se verificou que os profissionais também avaliaram com escores maiores os atributos citados em relação aos usuários<sup>35</sup>. No Distrito Federal, constatou-se que os profissionais atribuíram avaliação com escores maiores aos atributos *Coordenação - Sistema de Informações, Integralidade - Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária* em relação aos usuários<sup>36</sup>.

As avaliações da ESF pelos usuários e profissionais apresentam divergências quando comparadas, o que pode ser evidenciado quando os usuários indicam a dificuldade de marcar uma consulta, no entanto os profissionais dizem que isso não é difícil. Outro aspecto é que os usuários apontam que o serviço de pequenas cirurgias não está disponível nas ESFs, como remoção de verruga e unha encravada, enquanto a maioria dos profissionais diz que está disponível. Em relação à participação social, a maioria dos usuários afirma que não são convidados a participar do conselho local de saúde. Em contrapartida, os profissionais respondem que sabem e monitoram a participação dos usuários nos respectivos conselhos. Outro ponto importante é que muitos profissionais não sabem a atividade laboral, a constituição familiar e os medicamentos que estão sendo utilizados pelos usuários que atendem, dados que são desfavoráveis à continuidade dos cuidados, avaliação das necessidades e conhecimento do processo saúde-doença da população.

As divergências na avaliação dos atributos pelos diferentes atores que participaram da presente pesquisa podem ser explicadas pela posição que cada um ocupa dentro do sistema de produção de saúde. Os profissionais possuem conhecimento técnico-científico, enquanto os usuários possuem a vivência com suas necessidades de saúde que, muitas vezes, são diferentes da visão que os profissionais possuem sobre elas. Pensando na importância de conhecer a ótica de cada ator envolvido no processo saúde-doença, é imprescindível identificar e analisar todas as faces existentes no processo. A pesquisa em questão mostra como as opiniões entre cuidadores de usuários crianças, usuários adultos e profissionais são diferentes em muitos aspectos, e os profissionais tendem a avaliar melhor as ações de saúde que desenvolvem para atender os usuários.



A formação dos profissionais de saúde dificulta a inovação das práticas assistenciais propostas pela ESF, as quais devem ter como base a realidade de saúde das famílias, considerando sua complexidade social, econômica e cultural<sup>7</sup>. A formação de profissionais para a área de saúde ainda valoriza excessivamente a doença, a especialização e os aspectos tecnicistas e desvaloriza as práticas de cunho preventivo, social e de promoção da saúde<sup>7</sup>. Os investimentos em educação permanente devem ser intensificados, na perspectiva de mudar os rumos da formação dos profissionais que atuam na ESF para operacionalização de práticas assistenciais resolutivas e envoltas nos princípios da APS.

Nesta perspectiva, verifica-se que os pontos fortes e as fragilidades da APS no Brasil são confirmados por diversas pesquisas realizadas em diferentes cenários. Com isso, observa-se que a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a integralidade e a orientação familiar e comunitária são pontos frágeis que precisam ser valorizados e fortalecidos na ESF. Na região de Presidente Prudente, onde a maioria dos municípios que a compõem é de pequeno porte, e os serviços de saúde disponíveis à população geralmente se resumem à APS, a ESF deve ser fortalecida. Para isso, “[...] é necessário que ocorra o planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores”<sup>38:5</sup>.

Os resultados da presente pesquisa mostraram que, apesar de a maioria dos atributos da APS estar presente nos 21 municípios da região de Presidente Prudente/SP, ficaram evidentes barreiras de acessibilidade, de ordem organizacional e sociocultural, por causa das próprias políticas que normatizam a APS no Brasil, por terem regras pouco flexíveis. Ademais, os profissionais avaliaram melhor os atributos da APS em relação aos usuários.

Nesse sentido, é necessário haver mudanças nos aspectos organizacionais da ESF e intensificação nos investimentos em educação permanente dos profissionais, para que haja avanço e fortalecimento desse modelo assistencial, com vistas a garantir, além da alta cobertura populacional, assistência qualificada e presença de todos os atributos da APS no atendimento aos usuários.

Comparar a visão dos autores envolvidos no processo saúde-doença é uma forma de entender o contexto, as fragilidades, as potencialidades, valorizar a percepção de cada um e construir conhecimento sobre os aspectos que precisam ser aperfeiçoados, escolher novos caminhos, bem como ter uma ação assertiva em busca da qualidade dos serviços de saúde.

Dessa forma, conclui-se que a melhor organização dos serviços de saúde e a sensibilização dos profissionais que atuam na ESF podem diminuir os pontos frágeis no âmbito da APS.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília; 2002.
2. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1829-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>. PMID:28614503.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde: as cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff*. 2010;29(12):2149-60. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0251>. PMID:21134915.
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9).
7. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1499-510. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>. PMID:27166899.

8. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2009;14(3):783-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. PMID:19547778.
9. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2011;16(Supl. 1):881-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>.
10. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(2):64-176. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200011>.
11. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):584-92. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.
12. Guimaraes TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(4):868-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400018>. PMID:19347213.
13. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. *Cad Saude Colet.* 2016;24(123):252-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>.
14. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev Saude Publica.* 2017;51:67. PMID:28746576.
15. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet.* 2018;23(6):1903-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. PMID:29972498.
16. Fundação SEADE. Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) versão 2014 [Internet]. São Paulo: Fundação SEADE; 2016 [citado em 2016 jun 8]. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/iprs2016/view/index.php?prodCod=1>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 2017 dez 7]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 2015 jun 4]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>
19. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2008;20(2):186-94.
20. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* 2000;105(4):998-1003. PMID:10742362.
21. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.
22. 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: Ministério da Saúde; 2010.
23. Guimaraes RC, Sarsfield Cabral JA. Estatística. 2. ed. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal; 2007.
24. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):683-703. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>.
25. Elias PE, Ferreira CN, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivao A Jr, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre UBS e PSF por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3):633-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>.
26. Silva SA. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de minas gerais [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. <http://dx.doi.org/10.11606/T.7.2014.tde-12122014-111052>.
27. Van Stralen CJ, Belisário 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 Saude Publica.* 2008;24(Supl. 1):s148-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>. PMID:18660899.
28. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Cien Saude Colet.* 2013;18(11):3321-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>. PMID:24196897.

29. Oliva ACD, Moura CMR, Lima CA, Costa FM, Rocha JFD. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. *Rev UNIABEU*. 2015;8(18):196-208.
30. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1399-408. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>.
31. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):553-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.
32. Pedraza DF, Santos IS. Percepção materna do cuidado à saúde da criança na estratégia saúde da família de dois municípios da Paraíba, Brasil. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2018;17(34):119-29.
33. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1881-93. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.
34. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface*. 2010;14(35):797-810. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029>.
35. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):e00095418. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00095418>.
36. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate*. 2015;39(105):387-99. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>.
37. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011;20(4):867-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
38. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. *Novos Caminhos*. 2016;(12).