

Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo

Assessment of the presence and extent of primary care attributes in two coexisting models of the primary health care network of the city of São Paulo

Evaluación de la presencia y extensión de los atributos de atención primaria de salud en dos modelos coexistentes en la red básica de salud de la ciudad de São Paulo

Bruno Brunelli. Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: dr_brunobrunelli@yahoo.com.br

Gustavo Diniz Ferreira Gusso. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: gustavo.gusso@usp.br

Itamar de Souza Santos. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: itamarss@gmail.com

Isabela Judith Martins Benseñor. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: isabensenor@hu.usp.br (*Autora correspondente*)

Resumo

Introdução: No Brasil, faltam avaliações que mensurem o desempenho direto da Atenção Primária à Saúde (APS). Serviços desenvolvidos para a atenção à demanda espontânea de baixa complexidade como as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), de São Paulo, são oferecidos como alternativa à Estratégia de Saúde da Família (ESF), o serviço brasileiro oficial de APS, mas ainda não há estudos comparativos entre eles. **Objetivo:** Comparar a presença e extensão dos atributos de APS em dois representantes desses dois serviços da cidade de São Paulo: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), parte integrante da ESF, e uma AMA. **Métodos:** Este artigo trata de um estudo transversal utilizando o *Primary Care Assessment Tool*, versão validada em português (PCATool Brasil). **Resultados:** Foram aplicados 616 questionários, 76,3% demonstrou-se afiliado à UBS e 12,3% à AMA. Os frequentadores da UBS se demonstraram mais pobres. A UBS apresentou escores essencial e geral maiores (5,64 e 5,58 contra 3,70 e 3,38, respectivamente) e teve médias superiores em todos os atributos, exceto "acessibilidade" (2,46 contra 3,68). Apenas a UBS apresentou atributos com escores superiores a 6,6: "Acesso de Primeiro Contato - Utilização" (7,22) e "Coordenação - Sistemas de Informação" (7,31). Entretanto, a má avaliação dos outros atributos do PCATool na UBS foi preponderante para considerá-la um serviço de baixa orientação à APS, assim como a AMA. **Conclusão:** Os usuários identificam muito pouco os atributos de APS nos dois serviços, em um nível aquém do considerado satisfatório, mesmo que os escores da UBS sejam mais elevados do que os da AMA em 8 dos 10 atributos. Apesar de ser reconhecido como um bom local para realizar o primeiro contato com o sistema, a falta de acessibilidade prejudica a UBS como serviço de APS. A AMA, apresentada como a solução para o problema, não demonstra desempenho que a justifique como alternativa.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Avaliação de Serviços de Saúde
Estratégia Saúde da Família
Acesso aos Serviços de Saúde

Fonte de financiamento:

Fundação de Apoio a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS).

Parecer CEP:

376.519 (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP) aprovado em 28/08/2013.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:

revisado por pares.

Recebido em: 08/11/2015.

Aprovado em: 26/05/2016.

Como citar: Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Benseñor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1241](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241)

Abstract

Introduction: In Brazil, there is a lack of information about the direct performance of Primary Health Care. In the city of São Paulo, Outpatient Medical Care units (Assistências Médicas Ambulatoriais - AMAs), walk-in clinics developed to address acute diseases of low complexity, are offered as an alternative to the Family Health Strategy - FHS (Estratégia Saúde da Família), the official Brazilian PHC service, and there are no comparative studies of them. **Objectives:** To assess the presence and extent of PHC attributes in two units in the city of São Paulo: a Basic Health Unit (Unidade Básica de Saúde - BHU), part of the FHS, and an AMA. **Methods:** This article is a cross-sectional study using the Primary Care Assessment Tool validated version in Portuguese (PCATool Brazil). **Results:** Questionnaires were applied to 616 people, 76.3% of whom reported an affiliation with the BHU and 12.3% with the AMA. The BHU users were poorer. The BHU had higher essential and overall scores than the AMA (5.64 and 5.58 versus 3.70 and 3.38, respectively) and higher averages for all the attributes, except for "accessibility" (2.46 compared to 3.68). Only the BHU presented scores over 6.6: "Access to First Contact - Utilization" (7.22) and "Coordination - Systems of Information" (7.31). However, the poor evaluation of the other PCATool attributes in the BHU was preponderant to consider it as a low oriented PHC service, just as the AMA. **Conclusion:** The users identified a very low level of satisfactory development of PHC attributes in the two services evaluated, even though the BHU scores were higher than those of the AMA in 8 of the 10 attributes. Despite being recognized as a good place to get the first contact to the system, the lack of accessibility affects BHU as a PHC service. The AMA, presented as the solution to the problem, has no performance to justify itself as an alternative.

Keywords:

Primary Health Care
Health Services Evaluation
Family Health Strategy
Health Services Accessibility

Resumen

Introducción: En Brasil, carecen las evaluaciones que miden el desempeño directo de la Atención Primaria de Salud (APS). Servicios desarrollados para la atención a la demanda espontánea de baja complejidad como las "Assistências Médicas Ambulatoriais" (AMA) de São Paulo se ofrecen como una alternativa a la Estrategia de Salud Familiar (ESF), el servicio brasileño oficial de APS, pero todavía no hay estudios que comparaban ellos. **Objetivos:** Comparar la presencia y extensión de los atributos de la atención primaria entre dos representantes de esos dos servicios en São Paulo: una Unidad Básica de Salud (UBS), parte de la ESF, y un AMA. **Métodos:** Este artículo es un estudio transversal utilizando el Primary Care Assessment Tool validado versión en portugués (PCATool Brasil). **Resultados:** Se aplicaron 616 cuestionarios, 76,3% resultó estar afiliado a UBS y 12,3% a la AMA. Los clientes de la UBS se demostraron más pobres. UBS tuvo puntuaciones superiores en los escores esenciales y generales (5,64 y 5,58 frente a 3,70 y 3,38) y tuvieron promedios más altos en todos los atributos excepto la "accesibilidad" (2,46 frente a 3,68). Sólo UBS presentó atributos con puntuaciones más altas que 6,6: "Acceso de Primer Contacto - Utilización" (7,22) y "Coordinación - Sistemas de Información" (7,31). Sin embargo, la mala evaluación de los otros atributos del PCATool en la UBS fue preponderante para considerarla como un servicio de baja orientación a la APS, así como la AMA. **Conclusión:** Los usuarios identificaron muy poco los atributos de APS en ambos los servicios a un nivel abajo de lo satisfactorio, aunque los resultados de UBS fueron superiores a la AMA en 8 de los 10 atributos. A pesar de ser reconocido como un buen lugar para lograr el primer contacto con el sistema, la falta de accesibilidad afecta la UBS como servicio de APS. La AMA, presentada como la solución al problema, no tiene el rendimiento para justificarla como una alternativa.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Evaluación de
Servicios de Salud
Estrategia de Salud Familiar
Accesibilidad a los
Servicios de Salud

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é, atualmente, a base para muitos sistemas de saúde bem sucedidos ao redor do mundo. O Brasil tem realizado reformas importantes para a valorização da APS, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o principal exemplo.¹ Estudos vêm associando a implantação da ESF nos municípios com melhoras em vários indicadores.^{2,3} Não está claro, entretanto, se estes resultados seriam consequência da melhora de outros fatores como renda ou saneamento básico. Faltam avaliações que mensurem o desempenho direto da APS.⁴

Desde a expansão da ESF para municípios maiores de 100.000 habitantes, em 2002, o Brasil tem investido mais em fortalecer o papel avaliatório do Sistema Único de Saúde (SUS). A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) foi lançada em 2011 com o objetivo de melhorar a Atenção Básica. Entretanto, o fato de se consistir em uma autoavaliação entregue aos superiores e de ser constituído por respostas dicotômicas leva a uma superestimação por parte do avaliador, caracterizando um viés. A ausência de pontos de corte definidos, a falta de estudos de validação do instrumento, o fato de ser desconhecido em outros países e seu direcionamento exclusivo à ESF são outras limitações.⁵

Vários modelos de APS coexistem no país, mas não há estudos avaliatórios comparativos entre eles que subsidiem as práticas de gestão. A prefeitura da cidade de São Paulo considera as suas unidades de atendimento à demanda espontânea de baixa complexidade, as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), como parte integrante da rede básica.⁶ A AMA se assemelha às Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) do governo federal pelo fato de, na prática, serem a referência dos usuários para esta demanda espontânea de baixa complexidade. Entretanto, não apresentam uma rede de urgências e emergências organizadas em níveis diferentes de complexidade como as UPA. Ambos os serviços terminam sendo oferecidos como alternativa à ESF para o atendimento a esta demanda, porém pouco se conhece sobre o seu desempenho.⁷

Shi et al.,⁸ Bindman et al.⁹ e Shi¹⁰ demonstraram internacionalmente, por meio da ferramenta PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), que melhores indicadores de saúde estão associados ao maior desenvolvimento dos aspectos estruturais e processuais da APS nos serviços de saúde primários. Este artigo utiliza a versão validada em português PCATool Brasil para avaliar a presença e extensão dos atributos de APS em dois serviços da cidade de São Paulo: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), parte integrante da ESF, e uma AMA.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado entre novembro de 2013 e maio de 2014 na cidade de São Paulo, na área geográfica coberta pela UBS Luar do Sertão, subdistrito do Capão Redondo. Bairro dormitório, concentra 275.230 habitantes,¹¹ com uma densidade demográfica de 202,38 habitantes por km² e IDH de 0,782. Conta com 12 UBSs e 2 AMAs. Cada UBS possui sua própria área estabelecida, atendendo de forma longitudinal os habitantes que vivem dentro de seu território. As consultas se dão majoritariamente por meio de agendamento, focando principalmente o cuidado de doenças crônicas e grupos de risco como gestantes e crianças até 2 anos. Por outro lado, as AMAs atendem de portas abertas, promovendo atendimentos imediatos para qualquer um que experimente queixas agudas, independentemente de seu endereço, servindo de referência no atendimento da demanda espontânea para um grupo de UBSs.

Embora possa haver mais afinidade por um serviço ou outro, não há rigidez na fidelidade. AMA e UBS desempenham diferentes papéis no cuidado, sendo o indivíduo livre para escolher qual serviço se encaixa mais nas suas expectativas naquele determinado momento de sua vida.

Foram avaliados neste estudo a UBS Luar do Sertão e sua referência, a AMA Parque Fernanda. Distantes 2,8km uma da outra, compartilham uma parte do território e, por isso, competem por uma parte dos usuários.

Características dos Serviços

Criada em 2005 com 6 equipes de saúde da família, a UBS Luar do Sertão apresentava, em novembro de 2014, 5992 famílias cadastradas, correspondendo a 16.087 indivíduos com mais de 15 anos (53,6% de mulheres),¹² dos quais 16,42% possuíam planos de saúde. Vale ressaltar que neste território vivem mais pessoas além destas, que não possuem cadastro e não usam o serviço, embora possam usar outros serviços públicos ou privados, incluindo nesse rol a AMA Parque Fernanda. Não há dados formais sobre estes não usuários.

População incluída no estudo

O estudo avaliou adultos maiores de 18 anos residentes na área da UBS Luar do Sertão. Participaram da coleta de dados indivíduos cadastrados ou não à unidade, que aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que se demonstraram afiliados aos serviços avaliados no estudo após responder ao módulo inicial do PCATool Brasil.

Para cálculo da amostra, consideraram-se dados oficiais do Ministério da Saúde sobre a produção de consultas de APS na cidade de São Paulo (UBS + AMA).¹³ Em 2007, 33,9% dessas consultas foram consideradas de demanda espontânea, a maior parte delas ocorrendo nas AMA (27,5% do total). Seguindo esses números, estimou-se a preferência pela ESF em 72,5% e a AMA em 27,5%, com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 10%, correspondendo a pelo menos 77 pessoas em cada grupo (UBS e AMA).

Sistematização das Entrevistas

Estudantes universitários de um centro universitário próximo (Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP) conduziram as entrevistas entre novembro de 2013 e maio de 2015 após serem treinados pelos autores.

Os domicílios foram escolhidos de maneira sistematizada: um a cada dez, começando do primeiro da rua, em todas as ruas da área. Nenhum contato prévio com os entrevistados aconteceu e nenhuma preferência por serviço foi estabelecida antes da entrevista. Usuários cadastrados e não cadastrados a UBS Luar do Sertão foram aceitos. Se um dos domicílios era escolhido e estivesse vazio ou houvesse recusa do usuário em participar, os próximos portões eram visitados até que houvesse sucesso. Buscou-se alcançar uma representatividade de 10% das famílias que residem na área de abrangência. As visitas foram realizadas em horários variados (comercial, vespertino e aos domingos) para possibilitar a captação de usuários economicamente ativos.

PCATool

Shi⁸ usou o *Primary Care Assessement Tool* (PCATool), criado por Starfield,¹⁴ para mostrar que melhores indicadores de saúde estão internacionalmente associados ao melhor desenvolvimento dos aspectos estruturais e processuais da APS. Aplicável por meio de entrevistadores, é conhecido mundialmente e no Brasil foi validado em 2006 por Harzheim et al.¹⁵ O questionário brasileiro, PCATool Brasil, consiste em 87 perguntas distribuídas entre 10 atributos:

- Afiliação: o quanto o usuário se identifica com o serviço (a resposta deste módulo definia o serviço ao qual o usuário era afiliado);
- Acesso de primeiro contato (utilização): a extensão do acesso para cada tipo de uso (consulta de *check-up*, retorno ou se desejo de passar com o especialista);
- Acesso de primeiro contato (acessibilidade): itens de estrutura do serviço como localização e horários;
- Longitudinalidade: atenção contínua ao longo do tempo;
- Coordenação (integração dos cuidados): articulação sincronizada entre diversos serviços e ações (referência/contrarreferência);

- Coordenação (sistema de informações): qualidade dos registros;
- Integralidade (serviços disponíveis): serviços considerados básicos presentes na própria unidade e a resolutividade do serviço;
- Integralidade (serviços prestados): prevenção e promoção de saúde;
- Orientação familiar: o reconhecimento de fatores familiares na determinação e tratamento da doença;
- Orientação comunitária: o reconhecimento dos fatores ambientais e comunitários na determinação e tratamento da doença.

O questionário é aplicado na forma Likert, em que o grau de concordância (concordar totalmente a discordar totalmente) gera pontos de 1 a 4. A média entre as perguntas que compõem o atributo representa o escore do atributo, que é transformado em base decimal. A média dos 8 primeiros escores representa o escore essencial individual de APS e a média de todos os 10 escores, o escore geral individual de APS.¹⁶ A média entre todos os escores individuais produz os escores dos serviços por atributo, seu escore essencial e geral. São considerados serviços de alto escore aqueles que obtiverem valor de escore geral maior que 6,6.¹⁷

A primeira parte do PCATool, a “Afiliação”, identifica o serviço que o entrevistado prefere. Quanto mais ele menciona aquele serviço em particular em suas respostas, mais é considerado afiliado ao serviço.

Avaliação sociodemográfica

Um questionário auxiliar foi aplicado a todos os entrevistados, buscando averiguar: idade, sexo, profissão, estado civil, horário de trabalho, escolaridade e classe social. A escolaridade foi sistematizada em quatro grupos: Ensino fundamental incompleto, fundamental, médio e superior completos. A classe social foi definida em A, B, C, D ou E por questionário socioeconômico que avaliava escolaridade e posse de bens.¹⁸

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas como proporções e comparadas utilizando-se o teste do Qui-quadrado. As variáveis numéricas foram apresentadas como média (desvio-padrão) e mediana (intervalo interquartil) e comparadas usando-se ANOVA com teste *post hoc* de Bonferroni ou teste de Kruskal Wallis, conforme indicado. Como todos os estudos internacionais e nacionais usando o PCATool, inclusive os estudos de validação do instrumento, apresentaram seus resultados por meio de médias (desvio-padrão), optamos por apresentar os resultados também como média (desvio-padrão) para possibilitar a comparação. A análise foi feita no *software* SPSS versão 22.0.

Resultados

Foram aplicados 616 questionários. A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas por serviço de saúde frequentado. Do total de incluídos, 54 (8,7%) entrevistados referiram afiliação a convênios particulares e 16 (2,6%) afiliação a outros serviços municipais próximos. Nesses casos, a aplicação do questionário do PCATool Brasil não prosseguiu além do atributo “afiliação”.

Tabela 1. Características gerais da amostra estudada de acordo com o serviço de saúde que mais frequenta.

| | Local de atendimento | | | | |
|------------------------------------|----------------------|-----------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| | UBS (%) n=470 | AMA (%) n=76 | Valor de p entre AMA e UBS | Convênio (%) n=54 | Valor de p entre os 3 serviços |
| Idade Média (Desvio Padrão) | 48,22* (15,11) | 43,97 (14,23) | 0,22 | 42,46* (11,20) | 0,03 |
| Faixa Etária Conforme SIAB | | | | | |
| <20 anos | 3,60% | 1,30% | | 1,90% | |
| 20-39 anos | 26,80% | 43,40% | | 37,00% | |
| 40-49 anos | 21,90% | 25% | 0,01 | 31,50% | 0,02 |
| 50-59 anos | 22,10% | 10,50% | | 24,10% | |
| ≥60 anos | 25,50% | 19,70% | | 5,60% | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 20% | 13,20% | | 37% | |
| Feminino | 80% | 86,80% | 0,15 | 63% | 0,03 |
| Vínculo Empregatício | | | | | |
| Empregados | 39,70% | 42,10% | | 59,30% | |
| Desempregados | 4,10% | 3,90% | | 3,70% | |
| Do Lar | 41,20% | 39,50% | 0,98 | 29,60% | 0,23 |
| Aposentados | 15,10% | 14,50% | | 7,40% | |
| Estabilidade da União Civil | | | | | |
| União Estável | 62,57% | 68,43% | | 68,53% | |
| Sem União Estável | 37,43% | 31,57% | 0,09 | 31,47% | 0,28 |
| Horário de Trabalho | | | | | |
| Período Integral | 28,08% | 30,26% | | 44,44% | |
| Meio Período (Manhã ou Tarde) | 7,66% | 2,62% | 0,28 | 9,25% | 0,57 |
| Noite | 1,70% | 1,31% | | 3,70% | |
| Escolaridade | | | | | |
| Fundamental Incompleto | 52,55% | 44,73% | | 37,03% | |
| Fundamental Completo | 15,96% | 14,47% | 0,43 | 16,66% | 0 |
| Médio Completo | 28,93% | 38,15% | | 46,29% | |
| Superior Completo | 2,56% | 2,63% | | 12,96% | |
| Classe Econômica | | | | | |
| B | 19,35% | 24,99% | | 42,60% | |
| C | 65,54% | 73,70% | 0 | 48,15% | 0 |
| D & E | 13,41% | 1,31% | | 9,25% | |

* Diferença por Teste de Bonferroni com p=0,02.

A Tabela 1 descreve as características dos participantes de acordo com o serviço referido.

Os frequentadores da UBS apresentaram uma porcentagem mais elevada dos que pertencem às classes mais pobres (D e E) e menor a classe B quando comparados aos frequentadores da AMA. Em relação aos afiliados aos convênios, os frequentadores da AMA e da UBS são mais idosos, apresentam maior proporção de homens e escolaridade menor. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação a esses itens entre os afiliados de AMA e UBS.

Os escores do PCATool Brasil para UBS e AMA estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Escores de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda.

| | Média dos Escores (Intervalo de Confiança 95%) | | | Medianas dos Escores (Intervalo Interquartil) | | |
|---|---|-----------------------|----------------|--|-----------------------|----------------|
| | UBS | AMA | p [†] | UBS | AMA | p [‡] |
| A (Grau de Afiliação) | 5,97 (5,68 - 6,27) | 5,87 (5,38 - 6,37) | 0,79 | 6,67 (3,33 - 6,67) | 6,67 (3,33 - 6,67) | 0,25 |
| B (Acesso de 1º Contato - Utilização) | 7,22 (6,97 - 7,47) | 5,23 (4,64 - 5,82) | 0 | 7,77 (6,66 - 10) | 4,44 (3,33 - 6,67) | 0 |
| C (Acesso de 1º Contato - Acessibilidade) | 2,46 (2,34 - 2,58) | 3,68 (3,38 - 3,98) | 0 | 2,22 (1,66 - 3,33) | 3,61 (3,05 - 4,72) | 0 |
| D (Longitudinalidade) | 5,96 (5,78 - 6,15) | 3,85 (3,43 - 4,27) | 0 | 5,95 (4,52 - 7,61) | 3,57 (2,61 - 5,00) | 0 |
| E (Coordenação - Integração de Cuidados) | 5,28 (4,85 - 5,71) | 3,33 (1,88 - 4,77) | 0 | 5,83 (2,5 - 7,91) | 2,50 (0,00 - 5,62) | 0 |
| F (Coordenação - Sistema de Informações) | 7,31 (7,15 - 7,47) | 3,35 (2,72 - 3,97) | 0 | 7,77 (6,66 - 8,88) | 3,33 (1,11 - 4,44) | 0 |
| G (Integralidade - Serviços Disponíveis) | 5,36 (5,21 - 5,52) | 2,52 (1,98 - 3,06) | 0 | 5,45 (4,24 - 6,36) | 1,66 (0,90 - 3,86) | 0 |
| H (Integralidade - Serviços Prestados) | 4,16 (3,95 - 4,37) | 1,35 (0,98 - 1,73) | 0 | 4,10 (2,42 - 5,89) | 0,76 (0,00 - 1,60) | 0 |
| I (Orientação Familiar) | 4,62 (4,32 - 4,92) | 1,95 (1,38 - 2,53) | 0 | 4,44 (2,22 - 6,67) | 1,11 (0,00 - 3,33) | 0 |
| J (Orientação Comunitária) | 5,62 (5,39 - 5,86) | 1,64 (1,22 - 2,05) | 0 | 5,55 (3,88 - 7,22) | 1,11 (0,00 - 2,77) | 0 |
| Escore Essencial (A+B+C+D+E+F+G+H/8) | 5,64 (5,53 - 5,74) | 3,70 (3,44 - 3,95) | 0 | 5,60 (4,97 - 6,38) | 3,70 (3,05 - 4,13) | 0 |
| Escore Geral (A+B+C+D+E+F+G+ I+J/10) | 5,58 (5,47 - 5,69) | 3,38 (3,08 - 3,59) | 0 | 5,53 (4,78 - 6,38) | 3,38 (2,63 - 3,85) | 0 |

† calculado por teste *t* de *student*; ‡ calculado por teste de Kruskal Wallis.

A UBS apresentou escores essencial e geral maiores e teve médias superiores em todos os atributos, exceto “acessibilidade” e “afiliação”. Em relação à “acessibilidade”, a AMA pontuou mais do que a UBS ($p < 0,0001$) e não houve diferença estatisticamente significativa para “Afiliação” entre os dois serviços. Apenas “Acesso de Primeiro Contato - Utilização” e “Coordenação - sistemas de informação” na UBS apresentaram alta orientação à APS (escore $> 6,6$). A AMA Parque Fernanda não apresentou nenhum atributo com alta orientação e seu maior escore foi “afiliação” (5,87).

Discussão

Resumo dos Principais Achados dos Estudo

Apesar da superioridade da ESF em quase todos os atributos, seus escores Essencial e Geral ficaram abaixo de 6,6 - mostrando uma orientação para APS abaixo recomendado, ainda que maior que a da AMA.

O atributo “Acesso de Primeiro Contato - Utilização” foi um dos melhores avaliados para a UBS (escore=7,22), indicando que a população reconhece o serviço como porta de entrada do sistema. Os dois itens deste atributo que mais contribuíram para o seu alto escore referem-se ao uso do serviço para consultas de rotina (item B1) e para encaminhamentos ao especialista (B3). Entretanto, o item que aborda

as consultas para novos problemas de saúde (B2) recebeu melhor avaliação na AMA, mostrando que os usuários têm dificuldade de utilizar a UBS para queixas agudas.

Isso contribui para que a acessibilidade da UBS seja considerada ruim. Alguns itens do atributo “Acessibilidade” envolvem a capacidade do serviço de apresentar uma resposta rápida ao casos agudos e, nessa situação, a UBS não apresentou boa avaliação, com escore inferior ao da AMA. Porém, não foram esses itens os que mais contribuíram para os baixos escores do atributo nos dois serviços; os que mais pesaram para a avaliação negativa foram os relacionados ao horários de funcionamento dessas unidades. Os horários da UBS Luar do Sertão são restritivos (de segunda a sexta das 7h às 17h), assim como são na ESF em todo o Brasil. Quase 95% dos entrevistados responderam de forma fortemente negativa as perguntas: “O serviço de saúde fica aberto no fim de semana?” e “O serviço fica aberto algumas noites durante a semana?”.

A AMA Parque Fernanda já apresentou escore de acessibilidade mais elevado, uma vez que seu horário de atendimento é mais abrangente (7-19h) e funciona um dia a mais na semana (sábado). Entretanto, um escore de 3,61 ainda é bastante baixo para um serviço que visava promover o acesso à demanda espontânea feito de forma restrita pela ESF. Os usuários não apenas consideraram seus horários muito restritos, mas também avaliaram de forma bastante negativa os itens relacionados à espera e à burocracia para serem atendidos, apresentando escores piores que a UBS.

Além da acessibilidade, AMA e UBS ainda apresentaram baixos escores para os atributos “Integralidade - Serviços Disponíveis” e “Serviços Prestados”, e também para “Orientação Familiar” e “Comunitária”.

Para a construção de um serviço resolutivo, é essencial que se tenha uma cesta de serviços abrangente. Os usuários da UBS mostraram reconhecimento satisfatório da presença de alguns serviços como vacinas, planejamento familiar e métodos contraceptivos e coleta do Papanicolau. Entretanto, outras atividades esperadas para um serviço de APS não foram percebidas, como a triagem auditiva, visual, e pequenos procedimentos cirúrgicos como remoção de verrugas. Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 2013 apenas 35% das unidades realizavam lavagem auricular e 25% cantotomia.¹⁹ Quanto à orientação comunitária, os itens relacionados a visita domiciliar (J1) e ao conhecimento específico dos problemas de saúde da região em que a unidade está inserida (J2) receberam para a UBS pontuação maior que 6,6, indicando que a população reconhece a visita domiciliar e a disponibilidade da equipe na avaliação dos problemas particulares de cada família. Entretanto, no que concerne ao controle social, ambos os serviços foram mal avaliados e por isso os escores para esse atributos apresentaram baixa orientação a APS.

“Coordenação - Sistemas de Informação” foi um dos dois atributos que alcançaram boa orientação a APS (escore > 6,6), indicando que os usuários têm percebido o cuidado da gestão e dos profissionais com os prontuários e o registro de intercorrência na unidade. O mesmo não pode se dizer da AMA, cujo mal desempenho pode ser explicado pelo uso de fichas de atendimento ao invés de prontuários, prejudicando a longitudinalidade dos atendimentos.

Fortalezas e Limitações do estudo

Este é o primeiro estudo utilizando PCATool que compara a ESF com os ambulatórios de atendimento a demanda espontânea que vêm se popularizando no país. Embora AMA e UPA não sejam serviços de APS, acabam de fato funcionando como porta de entrada do sistema de saúde para muitas pessoas.^{20,21} A análise das duas unidades neste estudo parece demonstrar que a implantação desses ambulatórios não tem impactado de maneira efetiva o acesso, ainda representando uma piora no oferecimento dos outros atributos aos usuários, ao mesmo tempo que indica que a ESF tem apresentado problemas para se legitimar. Um estudo mais amplo, incluindo mais unidades e representativo da realidade brasileira, é necessário para confirmar estas suspeitas.

Os horários para realização das entrevistas foram ampliados para incluir mais usuários economicamente ativos, promovendo maior representatividade na amostra. Entretanto, a maior parte dos usuários (57,61%) foi considerada como não ocupada. A taxa de inatividade na cidade de São Paulo (população não economicamente ativa/população em idade ativa) é alta, da ordem de 42,8% conforme último levantamento do IBGE, de julho de 2014.²² Entretanto, é provável que o horário ampliado não tenha sido suficiente para garantir a representatividade do bairro.

Comparação com a Literatura Já Existente

Estudos usando a mesma metodologia colocam a UBS Luar do Sertão mais próxima de UBSs tradicionais, que não apresentam delimitação de área de abrangência, têm ênfase na intervenção médica desintegrada e não apresentam enfoque familiar,^{1,23,24} indicando que talvez a mudança de modelo não esteja acontecendo de maneira efetiva. Já estudos realizados em Porto Alegre²⁵ e em 62 municípios paulistas²⁶ mostraram resultados para a ESF semelhantes ao encontrado neste estudo, o que pode ser explicado pela heterogeneidade da implantação da ESF no território nacional. Ibañez et al.²⁶ colocam que municípios com populações maiores, redes de saúde mais complexas, indicadores sociais menos desenvolvidos e tempo de implantação da estratégia menor como São Paulo apresentam menor orientação.

Quanto ao problema do acesso ruim, Haggerty et al.²⁷ colocam que os horários reduzidos de atendimento e as barreiras à atenção das urgências se constituem em uma grande fragilidade dos sistemas de saúde latinoamericanos. Abrir as portas da APS para a demanda espontânea é imperativo de qualidade e condição de legitimidade perante a população.²⁸ As AMAs representariam isso, mas para Puccini²⁹ elas não têm respondido satisfatoriamente à lacuna do pronto-atender, pois são focadas em atendimentos do tipo queixa-conduta muitas vezes desnecessários e irracionais, com tendência à fixação da clientela, ou seja, de retorno do paciente a própria AMA, num ciclo vicioso típico dos pronto-atendimentos.

Um serviço de APS focado na demanda espontânea não necessariamente precisa ignorar os outros atributos. Uma revisão sistemática britânica elenca as “*Walk-in Centres*” como estratégia para melhorar o acesso: unidades com horários mais extensos de atendimento, estabelecidas em locais de grande circulação (mais próximas aos locais de trabalho que de descanso), onde não é necessário o agendamento e são oferecidos atendimentos menos complexos, sete dias por semana, de maneira a complementar o trabalho

do “*general practitioner*” (o médico de família britânico).³⁰ Embora haja discussões sobre a duplicação de provisões ou criação de demandas desnecessárias, há avaliações positivas de grupos populacionais específicos.³¹

A discussão assim se direciona não para qual serviço apresentam melhor qualidade, mas se são de fato voltados ao nível primário e se apresentam complementariedade. Este estudo demonstrou que tanto a UBS quanto a AMA estudadas não cumprem suas potencialidades de maneira satisfatória.

Implicações Para a Pesquisa na Área

É importante que se façam estudos com boa metodologia que comparem o desempenho dessas formas de atendimento à saúde com identificação dos principais problemas e propostas de solução. A presente análise traz uma pequena contribuição para a avaliação desses serviços em uma área localizada da cidade e pode servir de modelo para outros estudos mais abrangentes.

O presente estudo mostra que o uso do PCATool pode ser considerado como uma ferramenta importante na comparação de diferentes formas de atendimento e poderia ser utilizado para avaliação de mudanças nos processos de trabalho em diferentes serviços. O questionário é rápido e de simples aplicação, podendo ser utilizado em outros estudos com objetivos semelhantes.

Pautar os investimentos embasados somente em uma avaliação subjetiva é prejudicial quando comparado à avaliação pelo PCATool, instrumento padronizado que permite a comparação entre serviços do mesmo município, até países com dinâmicas diferenciadas na organização da APS. A avaliação estrutural e processual dos serviços, como medido pelo PCATool, apresenta-se como uma alternativa mais sólida para avaliar o desenvolvimento e a qualidade da APS entre diferentes serviços e locais.

Conclusão

A aplicação do PCATool Brasil na área adstrita à UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda evidenciou que seus usuários identificam muito pouco os atributos de APS propostos por Starfield nos dois serviços, em um nível aquém do considerado satisfatório, embora o escore da UBS seja mais elevado do que a AMA em 8 dos 10 atributos. Apesar de ser reconhecido como um bom local para realizar o primeiro contato com o sistema, a falta de acessibilidade tem prejudicado a UBS como serviço de APS. A AMA, apresentada como a solução para o problema, não oferece desempenho que justifique seu uso como alternativa.

Referências

1. 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 Saúde Pública*. 2008;24(Suppl.1):s148-s58. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
2. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Suppl):s191-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700019>
3. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9. PMID: 16361449 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>

4. Almeida C, Macinko J. 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. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
5. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzeim E, Vigo A, Hauser L, Chomatas ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):41-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100004>
6. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência Médica Ambulatorial [Internet]. 2006 [Acesso 2014 Ago 24]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areastecnicas/AMA>
7. Konder MT. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro [Dissertação de mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2013.
8. Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *South Med J*. 2003;96(8):787-95. PMID:14515920 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.SMJ.0000066811.53167.2E>
9. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL. Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med*. 1996;11(5):269-76. DOI:<http://dx.doi.org/10.1007/BF02598266>
10. Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J Health Care Poor Underserved*. 1992;3(2):321-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2010.0460>
11. São Paulo. Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras. Dados Demográficos dos Distritos Pertencentes as Subprefeituras [Internet]. 2010 [Acesso 2014 Ago 31]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica [Internet]. 2014 [Acesso 2014 Ago 28]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>
13. Tanaka OY, Drumond Júnior M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(4):355-66.
14. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001;50(2):161-75.
15. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
17. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274-84. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)
18. ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet] 2014 [Acesso 2015 Nov 8] Disponível em: <http://http://www.abep.org/criterio-brasil>
19. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Resultados da Avaliação do Programa de Melhoria e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) [internet]. 2015a [Acesso 2015 Set 6]. Disponível em: http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/cidado_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM
20. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Rev Ciênc Cuid Saúde*. 2002;1(1):123-8.
21. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
22. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. 2014 [Acesso 2014 Ago 27]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab_hist.shtm
23. 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*. 2007;22(3):167-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm008>

24. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde do município de Curitiba [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
25. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
26. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>
27. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP, Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria en América Latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):377-84.
28. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84-95.
29. Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2755-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200004>
30. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc*. 2007;16(1):7-17.
31. Salisbury C, Manku-Cott T, Moore L, Chalder M, Sharp D. Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: observational study. *Br J Gen Pract*. 2002;52(480):554-60.