

CAPÍTULO 8

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR PARA A ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA EM UM MUNICÍPIO DE PORTE MÉDIO DO CENTRO- OESTE BRASILEIRO

*Evaluation of Primary Health Care: a look at Family and Community
Guidance in a medium-sized municipality in the Brazilian Midwest*

Lorena Araujo Ribeiro¹

João Henrique Gurtler Scatena²

Simone Andreta dos Santos³

Vanessa Guadagnini⁴

1. Ribeiro, LA. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, Brasil – E-mail: lorena@ufr.edu.br.

2. Scatena, JHG. Doutor em Saúde Pública. Docente (aposentado) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Brasil

3. Santos, SA. Graduada em Enfermagem. Enfermeira assistencial do Hospital Regional Albert Sabin de Alta Floresta e Hospital e Maternidade Santa Rita. Alta floresta, Brasil

4. Guadagnini, V. Graduada em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Santa Casa de Rondonópolis e Hospital Unimed. Rondonópolis, Brasil

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a atenção implementada por Equipes de Saúde da Família de um município do estado de Mato Grosso ante os atributos derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) e sob a ótica dos usuários desse serviço. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa e delineamento transversal realizada em 35 Unidades de Saúde da Família com mais de dois anos de funcionamento ininterrupto na região urbana do município. Para tal avaliação, foram entrevistados 397 usuários adultos, aos quais foram aplicados dois instrumentos: questionário sociodemográfico e Primary Care Assessment Tool (PCATool). Os resultados revelaram que os usuários eram majoritariamente do sexo feminino e de baixa escolaridade. Acerca da avaliação dos serviços, evidenciou-se desempenho insatisfatório para os atributos Orientação Familiar (5,3) e Orientação Comunitária (6,2). Os baixos escores para ambos os atributos denotam fragilidade na participação do usuário nas decisões relacionadas com a sua assistência, remetendo a resquícios do modelo médico-hegemônico, caracterizado pela posição hierarquicamente superior e privilegiada do profissional. Ademais, a incipiência das equipes na inclusão da família e da comunidade no planejamento de suas ações revelam a necessidade de fortalecimento de mecanismos de fomento à participação social, o que certamente implicaria positivamente também os atributos essenciais da APS. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em saúde. Avaliação de serviços de saúde.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the care implemented by Family Health Teams in a municipality in the State of Mato Grosso, in view of the attributes derived from Primary Health Care and from the perspective of users of this service. This was an evaluative research with a quantitative approach and cross-sectional design carried out in 35 Family Health Units with more than two years of uninterrupted operation, in the urban region of the municipality. For this assessment, 397 adult users were interviewed, to whom two instruments were applied: a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The results revealed that the users were mostly female and had a low level of education. Regarding the assessment of services, unsatisfactory performance was evidenced for the attributes Family Guidance (5.3) and Community Guidance (6.2). Low scores for both attributes denote weak user participation in decisions related to their care, referring to remnants of the medical-hegemonic model, characterized by the professional's hierarchically superior and privileged position. Furthermore, the incipience of the teams in the inclusion of the family and the community in the planning of

their actions reveals the need to strengthen mechanisms to encourage social participation, which would certainly also imply positively in the essential attributes of PHC.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health evaluation. Health services research.

Résumé

Le but de ce travail a été d'évaluer l'attention portée par des équipes du personnel de Santé de la Famille dans une commune de l'Etat du Mato Grosso, face aux attributs dérivés de l'Attention Primaire à la Santé et selon le regard des usagers de ce service. Cela s'est fait grâce à une recherche tenant compte de l'évaluation de l'approche quantitative et l'ébauche transversale réalisées en 35 Unités de Santé de la Famille, en service de façon ininterrompue depuis deux ans, dans la région urbaine de la commune. Pour ce faire, 397 usagers adultes ont été interrogés, répondant à un questionnaire socio-démographique et au Primary Care Assessment Tool. Selon les résultats, la plupart des usagers était de sexe féminin et peu scolarisée. En ce qui concerne l'évaluation des services, il est apparu que pour les attributs Orientation Familiale (5,3) et Orientation Communautaire (6,2) l'efficacité était insatisfaisante. Les faibles scores de ces deux attributs démontrent la faible participation de l'utilisateur dans les décisions concernant son assistance, renvoyant à des écarts du modèle médico-hégémonique, caractérisé par la position hiérarchique supérieure et privilégiée du professionnel. En plus, le fait que les équipes s'impliquent dans l'inclusion de la famille et de la communauté en ce qui concerne la planification de leurs actions, cela révèle le besoin/la nécessité de renforcer les mécanismes d'incitation à la participation sociale, ce qui rejaillirait, sans doute, de façon positive sur les attributs essentiels de l'APS.

Mots-clés: Soins de Santé Primaires. Stratégie de la Santé Familiale. Évaluation de la santé. Recherche sur les services de santé.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, com vistas a promoção, prevenção e reabilitação, que são determinantes e/ou condicionantes da saúde de indivíduos, famílias e comunidade¹.

No Brasil, a APS é constituída de tipologias variadas, mas a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido a forma priorizada para a reorientação de modelo de atenção à saúde. Operacionalizada pelo trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios delimitados, ela tem a responsabilidade de promover uma atenção continuada e integral

pautada nos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, responsabilização, humanização, equidade e participação social².

A ESF surge como uma ampliação do Programa Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994. É reconhecida como um modelo necessário e prioritário para maior resolutividade dos problemas encontrados na APS, representando o primeiro nível de atenção à saúde e uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde público, o Sistema Único de Saúde (SUS)³. É apreendida como um serviço que extrapola a assistência médica, organizando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, percebidas a partir da produção de vínculos entre os usuários desse serviço e seus profissionais, em contato permanente com o território⁴.

Como um dos modelos possíveis de APS, a ESF deve igualmente fundar-se nas diretrizes estruturantes desse nível de atenção, também conhecidas como atributos. Estes caracterizam a APS e diferenciam-na dos demais serviços do sistema de saúde, além de constituírem, sobretudo, medida da qualidade da atenção prestada a uma pessoa ou população⁴. Os atributos são denominados essenciais – Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação – e derivados – Orientação Familiar e Orientação Comunitária^{5,6}.

Entende-se por Orientação Familiar o compromisso do serviço em promover uma assistência centrada na família e na comunidade, considerando-o como parte integral do cuidado. Já a Orientação Comunitária refere-se à capacidade de reconhecer as características e as necessidades locais para uma atenção mais contextualizada e efetiva⁵⁻⁷.

Embora os atributos derivados constituam aspectos cruciais à configuração dos serviços de APS, estudos revelam que eles não têm sido bem avaliados, sugerindo fragilidades em sua operacionalização nos serviços e apontando a necessidade de fortalecer o seu desempenho nesse contexto^{8,9}.

Acredita-se que falhas na implementação da orientação familiar reflitam a persistência de práticas assistenciais centradas no profissional e prejudiquem a transformação do modelo de atenção a ser efetivado pelo SUS, em que a família representaria a mais importante das unidades de cuidado¹⁰. Por conseguinte, problemas na operacionalização da orientação comunitária podem representar um risco à situação de saúde da população de um determinado território, pois denotam dificuldade em captar especificidades locais e epidemiológicas, o que pode implicar planejamento pouco estratégico e descontextualizado para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde no âmbito local¹¹.

A adoção de práticas avaliativas destaca-se como importante mecanismo para captar fragilidades e potencialidades dos serviços e prover informação qualificada aos

gestores, orientar e justificar suas escolhas. Sua utilização torna-se ainda mais relevante na saúde, campo em que o desenvolvimento acelerado de tecnologias, a escassez de recursos financeiros e o envelhecimento da população conformam um contexto que exige dos governos o controle dos custos, a garantia de respostas a expectativas cada vez mais apuradas e o acesso equitativo a serviços de qualidade¹².

Embora a avaliação pressuponha geração de informação para a ação, ressalta-se que nem sempre os produtos da avaliação se traduzem em ações e se restringem ao processo decisório, mas, entre outras possibilidades, influenciam atores sociais ligados à instituição, motivando transformações organizacionais^{13,14}.

Diante do contexto exposto e reconhecendo o potencial da avaliação para o aprimoramento dos serviços e a importância dos atributos derivados para o direcionamento do trabalho no primeiro nível de atenção, este estudo tem como objetivo avaliar a atuação de Equipes de Saúde da Família (EqSF) de um município de médio porte do estado de Mato Grosso ante os atributos derivados da APS e sob a ótica dos usuários do serviço.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de recorte de uma pesquisa maior¹⁵ que, com base em dados quantitativos secundários, dados quantitativos primários providos por trabalhadores e usuários da ESF e dados qualitativos oriundos de grupos focais (trabalhadores e gestores), avaliou aspectos específicos e atributos da APS.

O presente trabalho caracteriza-se como pesquisa avaliativa^{16,17}, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, abarcando Unidades de Saúde da Família (USF) do terceiro município mais populoso do estado de Mato Grosso. Rondonópolis, com estimados 228.857 habitantes, em 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem sua rede de APS constituída por EqSF e Unidades Básicas de Saúde tradicionais, distribuídas pelos cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro-Oeste) organizados no município (e-Gestor, 2020). Esta pesquisa envolveu todas as USF localizadas na zona urbana, com dois anos ou mais de funcionamento ininterrupto, de cujas populações adscritas foi extraída a amostra de usuários adultos para investigação.

O cálculo amostral dos participantes considerou o número total de indivíduos com 18 anos ou mais segundo o IBGE¹⁸ e os seguintes pressupostos: nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e proporção esperada de 0,50. Para garantir representatividade territorial, tal amostra probabilística foi distribuída respeitando-se a proporcionalidade populacional de cada distrito, e dentro deles igualmente entre as 35 USF que atenderam aos critérios de inclusão.

Os participantes foram recrutados aleatoriamente na própria unidade, e selecionados a partir dos seguintes critérios: pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos; ter se submetido a atendimento médico ou pelo enfermeiro nos últimos seis meses; possuir cadastro familiar na USF; e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos os usuários: submetidos exclusivamente a atendimento odontológico; sem condições cognitivas e de comunicação para responder aos questionamentos da entrevista.

A coleta dos dados ocorreu entre julho e agosto de 2017 mediante aplicação de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico e o Primary Care Assessment Tool, PCATool – Brasil versão adulto, instrumento de fácil aplicação e comprovadamente sensível aos padrões de qualidade da APS. O apontamento de escore por cada um dos atributos permite a identificação pontual de potencialidades e debilidades na implementação dos princípios da APS em cada serviço^{19,20}. Neste recorte, foram utilizadas apenas as questões relacionadas com os atributos derivados que são assim distribuídas: Orientação Familiar com 3 itens (I1, I2 e I3) que investigam o quanto o serviço reconhece e valoriza o contexto familiar como elemento central do cuidado; e Orientação Comunitária composta por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5 e J6), dedicados a avaliar o quanto os profissionais reconhecem e admitem a influência do contexto social e comunitário sobre o processo saúde-doença de indivíduos e famílias.

As respostas são estruturadas em uma escala do tipo Lickert, cujos valores possíveis para cada item do questionário são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=0, não considerado no cálculo de média do item). O escore para cada um dos atributos ou seus componentes é calculado por meio da média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que os compõem¹⁹. Os valores alcançados são ainda transformados para uma escala de 0 a 10, em que o escore com valor médio $\geq 6,6$ indica qualidade satisfatória e $< 6,6$ sugere qualidade insatisfatória²⁰.

As informações coletadas por meio dos questionários (sociodemográfico e PCATool) foram submetidas à análise descritiva. Para a entrada dos dados, utilizou-se o programa Epi Info 2000 versão 3.3.2, em dupla digitação e posterior uso do data compare. Os dados relativos à caracterização dos usuários foram expressos por frequências absoluta e relativa; e aqueles originários da aplicação do PCATool, apresentados no formato de escore médio, atendendo à recomendação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool – Brasil¹⁹.

O estudo obedeceu aos preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, sob o registro CAAE de nº 68354617.3.0000.5541.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 397 usuários adultos de 35 equipes de ESF, assim distribuídos: 70 indivíduos em cada um dos distritos Leste, Oeste, Centro-Oeste e Norte e 117 indivíduos no distrito Sul.

Em relação às características dos usuários (Tabela 1), predominaram: sexo feminino (75,57%), pardos (58,19%) e casados ou em união estável (45,59%). No geral, a faixa etária de 50 a 69 anos foi a mais frequente (40,04%), mas a média de idade das mulheres (47 anos) foi discretamente inferior à dos homens (52 anos).

A maioria dos usuários tinha o ensino fundamental incompleto (42,42%), renda familiar mensal de 1 a 1,99 salário mínimo (48,99%), famílias constituídas de 2 a 3 pessoas (55,17%) e sem plano de saúde privado (90,93%).

Tabela 1. Caracterização dos usuários adultos de Unidades de Saúde da Família, segundo variáveis demográficas e sociais, Rondonópolis-MT, 2017

Variável	Total (n=397)	Porcentagem (%)
Sexo		
Feminino	300	75,57
Masculino	97	24,43
Cor/Raça (autorreferida)		
Parda	231	58,19
Branca	105	26,45
Preta	57	14,36
Amarela/Indígena	4	1,00
Estado Civil		
Casado/União estável	181	45,59
Solteiro	127	31,99
Divorciado	45	11,34
Viúvo	44	11,08
Faixa Etária		
18 – 29	70	17,64
30 – 49	121	30,48
50 – 69	159	40,04
70 anos ou mais	47	11,84
Escolaridade*		
Não Alfabetizado	34	8,59
Ensino Fundamental Incompleto	168	42,42
Ensino Fundamental Completo	25	6,31
Ensino Médio Incompleto	28	7,07

Variável	Total (n=397)	Porcentagem (%)
Ensino Médio Completo	91	22,98
Ensino Superior Incompleto	23	5,81
Ensino Superior Completo	27	6,82
Renda Mensal		
< 1 Salário mínimo (SM)**	35	8,84
De 1 a 1,99 SM	194	48,99
De 2 a 3,99 SM	125	31,57
> 4 SM	42	10,60
Quantidade de moradores por domicílio		
1 a 3	270	68,01
4 a 6	117	29,47
7 ou mais pessoas	10	2,52

Fonte: elaboração própria.

Notas: * Informações válidas para a variável: Distrito Sul com n=116; **SM em 2017 = R\$ 937,00.

Estudos semelhantes, realizados em três municípios de Pernambuco e municípios do sul de Minas Gerais, constataram que a maioria dos usuários entrevistados também era do sexo feminino, casada e com renda mensal até dois salários mínimos^{10,11}. A literatura refere que as mulheres procuram os serviços de saúde cerca de 1,9 vez mais do que os homens, diferença atribuída ao fato de elas serem mais ativas na busca por exames de rotina e prevenção (ginecológicos e/ou obstétricos), enquanto os homens procuram o serviço, predominantemente, na presença de doença^{21,22}. O estudo de Pinheiro²¹ também aponta que as mulheres acessam mais as informações em saúde e percebem com maior facilidade os riscos e sintomas, recorrendo ao serviço de saúde com maior frequência.

No que tange à cor da pele e à idade, pesquisas desenvolvidas no âmbito da APS também observaram grande proporção de usuários autorreferidos como pardos e média de idade para mulheres menor que a dos homens, reforçando os dados do último censo e a observação de que homens buscam o serviço quando mais velhos e, provavelmente, na presença de sintomas^{11,18,21,23,24}. O maior percentual dos usuários adultos na faixa etária acima de 50 anos corrobora outros estudos que também denotaram um aumento na frequência de busca por serviços de saúde a partir dos 50 anos de idade, atribuída, em grande parte, ao aumento da incidência e à prevalência das doenças crônicas²⁵. O fato de a demanda por serviços de saúde ser até 2,5 vezes menor, pelas pessoas nas faixas etárias inferiores a 50 anos em relação às maiores que 50 anos, transforma tal condição em fator de risco.

Sobre a avaliação das USF ante os atributos derivados da APS, ambos foram classificados como insatisfatórios pelos usuários, sendo o escore da Orientação Familiar (5,3) inferior ao da Orientação Comunitária (6,2).

Pesquisas semelhantes, realizadas no Paraná e no Rio de Janeiro, também evidenciaram baixo desempenho dos atributos derivados^{26,27}. Estudos de revisão que buscaram analisar a performance de serviços de APS por meio do PCATool apontaram que, na maior parte das produções, os atributos derivados apresentavam baixo desempenho^{8,11}. Cabe ressaltar que o alcance de um nível elevado das qualidades próprias desse modelo de atenção está relacionado com a exitosa operacionalização dos atributos derivados, e debilidades na sua implementação expressam dificuldades dos serviços em prestar assistência integral que envolva além de indivíduos, seus grupos familiares e comunitários, constituindo-se um contrassenso aos princípios da APS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil^{5,8}.

A Tabela 2 apresenta os escores referentes aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar.

Tabela 2. Escores médios dos componentes do atributo Orientação Familiar, segundo item e distrito sanitário, Rondonópolis-MT, 2017

Item	Aspectos avaliados	Distritos Sanitários*					Mun.
		L	O	CO	N	S	
I1	A participação do usuário para decisões relacionadas ao seu tratamento ou de familiares	2,87	3,80	4,03	2,70	2,93	3,23
I2	Investigação do histórico familiar de saúde	5,90	6,53	6,67	6,80	6,00	6,33
I3	Disponibilidade dos profissionais do serviço para reunir-se com usuário e sua família para discutir demandas apresentadas pelo usuário	6,87	7,80	6,20	6,13	6,13	6,57

Fonte: elaboração própria.

Nota:* Distritos Sanitários – L: Leste; O: Oeste; CO: Centro-Oeste; N: Norte; S: Sul.

O item I1 apresentou o pior escore entre os demais componentes, situação observada nos cinco distritos de saúde do município, indicando fragilidade na participação do usuário nas decisões relacionadas com o tratamento, o que coincide com estudos desenvolvidos por Daschevi et al.²⁷ e Paula et al.¹¹ com cuidadores de crianças menores de 2 anos, nos quais foram observados valores semelhantes aos levantados por esta investigação.

Os baixos escores obtidos nesse item indicam que as opiniões dos usuários acerca do tratamento são pouco valorizadas pelo profissional de saúde, remetendo a resquícios de um modelo médico-curativo, caracterizado, entre outros aspectos, pela posição hierarquicamente superior e privilegiada do profissional e uma participação passiva e subordinada do consumidor em saúde²⁸.

Além de preocupante, esse resultado contraria diretrizes essenciais para o bom funcionamento da APS, as quais primam por um cuidado que não se restringe exclusivamente aos indivíduos, mas envolve e valoriza seus respectivos grupos familiares²⁸. A assistência produzida no âmbito dos serviços de APS deve ser construída conjuntamente entre profissionais, usuários e famílias, respeitando-se as necessidades e as potencialidades daqueles que buscam o cuidado, no intuito de favorecer o alcance de uma vida independente e plena²⁹. Nessa perspectiva, é necessário que a assistência prestada nas ESF seja realizada de maneira integral, contextualizada e dialógica, de modo a considerar o indivíduo em todas as suas especificidades, bem como a sua opinião no que se refere à escolha do tratamento ideal¹¹.

Quanto aos itens relativos à investigação do histórico familiar de saúde (6,33) e disponibilidade profissional para mediar situações de saúde na família (6,57), embora mais bem avaliados que item anterior, eles não atingiram valores considerados satisfatórios, sugerindo a necessidade de aprimoramento nesses quesitos. Observou-se desempenho semelhante entre a maioria dos territórios investigados, sendo que apenas o distrito Oeste teve avaliação muito positiva (7,80) em relação ao item I3.

Pesquisa realizada em municípios do sul de Minas Gerais¹⁰ encontrou resultados semelhantes, exceto para o item I2, que foi avaliado de maneira positiva pelos entrevistados. Em contrapartida, Sala et al.³⁰, ao avaliarem serviços de APS do município de São Paulo, observaram escores satisfatórios apenas para o item I3. A variabilidade nos achados de estudos de natureza semelhantes, desenvolvidos em diferentes regiões do País, refletem as disparidades na implementação de práticas inerentes às ESF e imprescindíveis a uma assistência de qualidade.

A investigação aprofundada do histórico de saúde dos usuários possibilita o desenvolvimento de práticas de promoção e prevenção pautadas no cuidado integral e longitudinal, com vistas à diminuição de agravos e ao incremento da qualidade de vida tanto dos indivíduos quanto dos seus grupos familiares³¹. A família é uma importante rede de apoio, sobre a qual repercutem os problemas de saúde de cada um dos seus membros. Essa indissociabilidade exige dos profissionais da ESF formação, habilidades ou condições para adoção de abordagens mais abrangentes, que ultrapassem o âmbito individual.

Quanto às debilidades relacionadas com a disponibilidade dos profissionais em se reunir com usuário e familiares, estas remetem a duas concepções. A primeira delas evidencia fragilidades no vínculo entre equipe e usuários, que pode resultar em dificuldades na implementação de estratégias no cuidado em saúde que atendam também às necessidades mais íntimas, como as que envolvem a família³². Enquanto a segunda revela desconhecimento dos usuários acerca da disponibilidade desse tipo serviço na

ESF, conseqüentemente, em virtude de não divulgação dessa possibilidade de interação serviço comunidade^{11,27}. Acredita-se que o melhor desempenho do distrito Oeste, para esse item, possa estar relacionado com o fato de este se localizar em região periférica, mais distante dos demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde, fazendo com que a maior parte das demandas de saúde seja provida no contexto da unidade, o que, de certo modo, fortalece o vínculo entre a equipe e os usuários.

Ressalta-se que embora a Orientação Familiar ainda apresente resultados aquém do desejável, pesquisas revelam que o desempenho de tal atributo em unidades com saúde da família é superior quando comparado a unidades básicas tradicionais³³.

O detalhamento do atributo Orientação Comunitária (Tabela 3) evidenciou que as dimensões visitas domiciliares (J1) e conhecimento de problema de saúde na comunidade, por parte do serviço (J2), receberam escore satisfatório em todos os distritos e no município. Tais achados se assemelham aos estudos de Paula et al.¹¹, realizados em Pernambuco, e de Oliveira³⁴, realizados nos municípios de Londrina-PR, Cascavel-PR e João Pessoa-PB.

Tabela 3. Escores médios dos componentes do atributo Orientação Comunitária, segundo item e distrito sanitário, Rondonópolis-MT, 2017

Item	Aspectos avaliados	Distritos Sanitários*					Mun.
		L	O	CO	N	S	
J1	Realização de visitas domiciliares por parte do serviço	7,37	9,43	9,13	8,33	7,60	8,30
J2	Conhecimento sobre problemas de saúde importantes da vizinhança	6,67	8,13	7,90	7,43	6,77	7,30
J3	Ouve a opinião e ideias da comunidade para melhorar os serviços de saúde	5,97	7,00	7,23	5,87	5,63	6,27
J4	Pesquisas para saber se os serviços atendem as necessidades das pessoas	3,87	5,30	5,77	4,47	3,90	4,57
J5	Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde	4,97	7,00	5,63	6,10	4,77	5,57
J6	Convite para participar do conselho local de saúde	5,13	6,90	6,70	4,87	3,93	5,33

Fonte: elaboração própria.

Nota: *Distritos Sanitários – L: Leste; O: Oeste; CN: Centro-Oeste; N: Norte; S: Sul.

A realização de visita domiciliar foi o item com melhor resultado (8,3) entre os seis avaliados nessa dimensão, refletindo a grande visibilidade dessas práticas, tão usuais e rotineiras no contexto da ESF. A visita domiciliar é uma atividade instituída na rotina da ESF, desenvolvida por toda a equipe (principalmente pelos agentes comunitários de saúde), com o objetivo de subsidiar planejamentos assistenciais ou intervenções no

processo saúde-doença mais coerentes com as condições familiares, socioeconômicas, culturais e ambientais dos sujeitos³⁵. Essa dimensão da Orientação Comunitária tem apresentado boa performance na maior parte dos estudos de avaliação realizados em USF, sendo ainda apontada como um dos fatores que contribuem positivamente para a efetividade deste atributo^{25,27,32,36}.

A capacidade do serviço de reconhecer os problemas de saúde da comunidade (J2) e a realização de levantamento epidemiológico no território para tal fim (J5) são itens que, de certa forma, deveriam estar relacionados. No entanto, o último, diferentemente do primeiro, teve escores não satisfatórios. O desempenho desses itens revela que os serviços conhecem os problemas de saúde mais recorrentes em seus territórios, no entanto, apresentam dificuldade, em potencial, para implementar métodos mais formais que permitam apreender os principais fatores que intervêm na difusão e na propagação de doenças em um dado espaço geográfico. Por outro lado, pondera-se que o levantamento das principais doenças da população adscrita, embora realizado pela equipe e materializado na produção de relatórios de acompanhamentos e notificações que alimentam mensalmente as bases nacionais de dados de saúde, ainda é uma atividade com pouca visibilidade para os usuários.

A orientação para a comunidade se traduz como uma prática de identificação das necessidades de saúde de indivíduos e coletividades, alcançada predominantemente pelo estreitamento dos laços entre o serviço e a população e da geração de informações epidemiológicas consistentes³⁷. Para tanto, é imprescindível que a gestão atue concomitantemente em duas frentes. Em uma delas, buscando investir na criação/manutenção de ferramentas que permitam a divulgação dos dados levantados, validados e agregados por EqSF, para fins de informação populacional e subsídio ao planejamento assistencial, no âmbito local²⁰. Na outra, fomentando ações de educação permanente com vistas ao desenvolvimento de práticas que articulem a “clínica, a epidemiologia e as ciências sociais, modificando os programas a partir das necessidades e avaliando a efetividade dessas modificações”^{26(p. 445)}.

As dimensões destinadas a analisar o incentivo dado aos usuários à sua participação ou relevância para o planejamento dos serviços também foram avaliadas como insatisfatórias, sendo a dimensão J4 (o quanto os serviços atendem as necessidades das pessoas) aquela que concentra um dos piores valores na avaliação da Orientação Comunitária, com escore de 4,57 para o município. A má avaliação desses itens revela pouca participação da comunidade na produção da rotina dos serviços e endossa resultados de pesquisas análogas que demonstram a fragilidade das EqSF na inclusão da família e da comunidade no planejamento de suas ações, bem como a necessidade de fortalecer

seus mecanismos de fomento à participação social^{26,38}. Pereira et al.³⁹ afirmam a necessidade de rever o processo de trabalho de forma a que as unidades assegurem a participação da população nas mais diversas instâncias, desde as ideias e propostas até a devida efetivação das intervenções. Cabe ressaltar a importância de ouvir a população para se criar espaços mais democráticos, participativos e organizados para atender, de maneira contextualizada, as necessidades de saúde de um dado território⁴⁰.

Os usuários atribuíram baixos escores (5,33) à questão relacionada com a participação da comunidade nos conselhos de saúde (J6). Tal desempenho foi observado para o município e para a maioria dos distritos e corrobora dados de estudos semelhantes^{7,11,37}. Os resultados sugerem atuação restrita da comunidade nas decisões e debilidades das EqSF em favorecer ou incentivar a participação da população nas deliberações relativas a problemas mais recorrentes na comunidade. Além disso, avança a necessidade de os serviços intensificarem as estratégias de divulgação dessa possibilidade.

A participação social configura-se como um processo de aprendizagem firmado no respeito às diferenças e fortalecido nos espaços de convivência e debate político. Esses espaços, por sua vez, podem representar estratégias potencialmente eficazes para transformação social e aprimoramento democrático, pois favorecem o envolvimento e o diálogo de diferentes atores sociais (gestores, profissionais e usuários), dando a estes a possibilidade de interferir, paritariamente, na execução de políticas públicas^{35,41}. No âmbito da ESF, a participação popular alicerça-se na integralidade da atenção à saúde e na inclusão da comunidade nas resoluções de problemas²⁷. A valorização desses aspectos, por parte das equipes, promove o empoderamento dos usuários, colabora para o contínuo acesso à informação e para o maior envolvimento e corresponsabilidade desses agentes sociais na luta por melhorias da qualidade da APS. Ademais, reafirma compromisso ético profissional com a efetivação da orientação dos serviços de APS às necessidades e realidades de cada território³⁷.

CONCLUSÃO

A ESF consiste em uma iniciativa arrojada e resolutiva, comprometida com a oferta de uma assistência orientada às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidade, operacionalizada por meio da interação social e de práticas epidemiológicas e clínicas. No entanto, observam-se dificuldades das equipes na implementação de parte dessas características, expressas por avaliação insatisfatória dos atributos derivados da APS, por parte de quem utiliza tais serviços.

A Orientação Familiar teve os piores escores no que tange à participação do usuário para decisões relacionadas ao seu tratamento ou de familiares, demonstrando limitações em valorizar a opinião do usuário ante o manejo do seu próprio

cuidado ou do seu grupo familiar. No que se refere à Orientação Comunitária, o baixo desempenho foi observado quanto à realização de pesquisas de satisfação, pesquisas para levantar problemas na comunidade e incentivo à participação no conselho de saúde, indicando fragilidades nos serviços em proporcionar o envolvimento da população no planejamento e na gestão local de necessidades e problemas no território. Ressalta-se que tal conduta pode impedir que os usuários desfrutem do empoderamento incentivado nas políticas nacionais.

O presente estudo evidenciou dados relevantes para os serviços de saúde sobre a avaliação dos atributos derivados, mas cabe destacar, como limitação, o fato de ter sido realizado em um município de médio porte, dificultando a expansão para contextos diversos, como municípios com distintas situações demográficas, socioeconômicas e de organização e complexidade do SUS. Outra limitação consiste em não ser capaz de desvelar, nesse primeiro momento, os aspectos que ajudem a compreender as diferenças entre os escores observados nos cinco distritos sanitários. Quanto ao PCATool, embora ele seja apontado pela literatura como um dos instrumentos de avaliação de APS mais sensíveis para verificação da qualidade dos serviços, considera-se que seu uso deva ser complementado por outras estratégias. Para promover uma apreensão mais ampla do fenômeno avaliado e seus condicionantes, é fundamental a articulação de abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas, ainda que isso constitua um importante desafio ao pesquisador.

Referências

1. Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set 2017 [citado 2020 jan 4]; seção 1:68. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras. Enferm. 2013;6:158-164.

5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco Brasil; Ministério da Saúde; 2002.
6. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seid H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38:13-33.
7. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(1):119-27.
8. 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. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(6):1881-93.
9. Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. *Saúde Debate*. 2019;43(121):489-502.
10. Silva AS, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde Debate*. 2014;38(103):692-705.
11. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(2):242-48.
12. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. Avaliação no campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. p. 41-60.
13. Contandriopoulos AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(3):705-12.
14. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2619-30.
15. Ribeiro LA. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município de Rondonópolis – MT [tese]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2019.
16. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-48.
17. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-59.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet]. IBGE; 2010-2014 [citado 2021 maio 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool Brasil [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 jan 05]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.
20. 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. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1399-1408.
21. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
22. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1263-74.
23. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):305-13.
24. Guibu I, Moraes JC, Guerra Junior A, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Principais características dos pacientes dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Supl 2):17s.
25. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(3):323-34.
26. Araújo JP, Vieira CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):440-46.
27. Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Collet N, Toso BRGO. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina Cienc Biol Saúde*. 2015;36(1):31-8.
28. Paim JS. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 459-92.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 22 set 2017 [citado 2021 maio 4]; seção 1:68. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

30. Sala A, Luppi CG, Simões O, Giffoni MR. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011;20(4):948-60.
31. Moimaz SAS, Fadel CD, Yarid SD, Diniz DG. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Suple 1):965-72.
32. Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):353-64.
33. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-13.
34. Oliveira VBCA. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo –PR [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. 124 p.
35. Santos EN, Morais SHG. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm.* 2011;16(3):492-7.
36. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(5):979-87.
37. Mesquita Filho M, Araújo CS, Luz BSR. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(7):2033-46.
38. Rodrigues EMD, Bispo GMB, Costa MS, Oliveira CAN, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(3):632-9.
39. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):48-55.
40. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde.* 2010;8(3):387-406.
41. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, Lorena Araujo Ribeiro, autora responsável pela submissão do manuscrito intitulado “Avaliação da Atenção Primária à Saúde: um olhar para a Orientação Familiar e Comunitária em um município de porte médio do centro-oeste brasileiro”, e todos os coautores que aqui se apresentam declaramos que não possuímos conflito de interesses.