

## ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS CUIDADOS ÀS PESSOAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

### Gabriela Forlini Janke

Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

### Thalita da Silva Ribeiro

Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

### Amábile Giulia Faraoni

Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

### Angelina Lettiere Viana

Doutor em Ciências, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Ribeirão Preto, (SP), Brasil.

### Autor correspondente:

Angelina Lettiere Viana  
angelina.lettieri@usp.br

**RESUMO:** Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Estudo com delineamento transversal, desenvolvido com 41 usuários de unidades de saúde habilitadas em equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, em um município do estado de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool*-Brasil. Na análise descritiva, adotou-se valor  $\geq 6,6$  para presença e extensão dos atributos. Na análise dos atributos essenciais e derivados, em todas as unidades de saúde, o acesso de primeiro contato obteve o maior (9,1) e o menor escore (3,3) em termos de utilização e acessibilidade, respectivamente. Os atributos integridade (serviços disponíveis e prestados), orientação familiar e comunitária alcançaram baixos escores, variando de 4,9 a 5,8. O Escore Essencial foi de 6,6. Na análise das unidades as equipes de Saúde da Família obtiveram escores superiores às equipes de Atenção Básica. Os resultados deste estudo evidenciam diferenças nos atributos nos arranjos organizacionais da atenção primária, o que indica a necessidade de qualificação da atenção primária, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, bem como de fortalecimento dos atributos na prática profissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Diabetes mellitus; Hipertensão; Qualidade da assistência à saúde.

## ATTRIBUTES OF PRIMARY HEALTH CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC CONDITIONS

**ABSTRACT:** The presence and extent of Primary Health Care attributes from the perspective of patients with Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are evaluated. Current cross-sectional study was undertaken with 41 patients from health units qualified by Primary Care and Family Health teams, in a city in the state of São Paulo, Brazil. Data were collected by Primary Care Assessment Tool-Brazil. Descriptive analysis comprised rate  $\geq 6.6$  for the presence and extent of attributes. Analysis of essential and derived attributes revealed that, in all health units, the first contact access obtained the highest (9.1) and the lowest (3.3) scores for usage and accessibility, respectively. The attributes integrity (services available and provided), family and community guidance had low scores, ranging between 4.9 and 5.8. The Essential Score was 6.6. In the analysis of the units, the Family Health teams obtained higher scores than the Primary Care teams. Results detect differences in attributes in the organizational arrangements of primary care, which indicates the need for qualification of primary care, mainly by the Family Health Strategy, and the strengthening of attributes in professional practice.

**KEY WORDS:** Diabetes mellitus; Health evaluation; Hypertension; Primary health care; Quality of health care.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de organização e reorientação dos serviços de saúde, geralmente responsável pelo primeiro contato da população com o sistema de saúde. A APS almeja a resolução dos problemas mais frequentes e menos especializados das pessoas<sup>1,2</sup> e contempla ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, assistência, dentre outras, com identificação das necessidades de saúde e coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos serviços de média e alta complexidade<sup>2</sup>.

Atualmente, diante das complexas necessidades biopsicossociais que se apresentam aos profissionais de saúde no âmbito da APS, a avaliação desse modelo de atenção representa um dos principais mecanismos para responder às necessidades de planejamento de ações e serviços, bem como para melhoria de seu desempenho<sup>3</sup>. Além disso, diante das singularidades de cada serviço e das distintas realidades das pessoas, verifica-se a importância de pesquisas neste contexto que possam contribuir para a elaboração de planejamentos mais centrados nas necessidades dos usuários, para a reformulação dos processos de trabalho das equipes e para a reorientação e melhor qualificação dos gestores, a fim de atender adequadamente às novas demandas<sup>4</sup>.

No Brasil, destacam-se neste cenário de distintas realidades e complexas demandas as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM). Embora a assistência às pessoas com DCNT não seja centrada somente no âmbito da APS, acredita-se que nesse nível estão reunidas as melhores oportunidades de atuação, pois, para controle e qualidade de vida das pessoas que convivem com as DCNT, faz-se necessário um cuidado integral e longitudinal, atributos essenciais da APS<sup>3</sup>.

Tais condições de saúde são relevantes e merecem atenção em virtude da alta morbidade e mortalidade que apresentam, o que constitui um verdadeiro desafio para a APS<sup>5</sup>. Nesse sentido, as principais dificuldades ainda residem em incorporar ações rotineiras de promoção da saúde e controlar os fatores de risco, uma vez que a atenção às pessoas com HAS e DM ainda está centrada no

cuidado médico e focada nos momentos de agudização, nas unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar<sup>6</sup>. Outro desafio é aumentar a porcentagem de pessoas que conseguem controlar essas doenças em médio e longo prazo, a fim de obter impactos na redução da morbimortalidade. Dessa forma, os atributos essenciais da APS - acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação – constituem o pilar central dos esforços no combate às DCNT<sup>5</sup>.

Em unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar, a atenção voltada para as condições agudas não permite intervir adequadamente nos controles pressórico e glicêmico, nem para reduzir o tabagismo, diminuir o sedentarismo, controlar o peso, promover o cuidado com os pés e ofertar exames oftalmológicos regulares. Portanto, é imprescindível o fortalecimento da APS como componente das RAS, a fim de promover um seguimento contínuo e proativo das pessoas com condições crônicas. Tal seguimento deve ser coordenado pela equipe da APS e contar com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da RAS para que, juntos, possam atuar equilibradamente sobre os determinantes sociais da saúde<sup>6</sup>.

Em revisão integrativa a respeito das produções científicas nacionais que avaliaram a APS na perspectiva de usuários e profissionais de saúde, evidenciou-se que o instrumento mais utilizado foi o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) e que persistem lacunas no que se refere à avaliação do serviço de saúde da APS por aqueles que o utilizam<sup>7</sup>. Além disso, observa-se escassez de pesquisas desenvolvidas no Brasil que tenham escolhido como participantes usuários com HAS e DM, concomitantemente, avaliados pelo instrumento PCATool.

Todavia, considera-se esta avaliação importante para análise da qualidade dos serviços orientados pela APS, pois permite conhecer as percepções dos usuários em relação a este modelo de atenção e às práticas de cuidado individual, coletivo e de gestão em saúde<sup>8</sup>. Portanto, com o intuito de preencher essa lacuna do conhecimento, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na perspectiva das pessoas com HAS e DM.

## MÉTODO

Pesquisa com delineamento transversal, descritiva, desenvolvida em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil, que dispõe de ampla rede pública de prestação de serviços em APS e que coordena a RAS nos serviços de média e alta complexidade. O cenário foi uma distrital de saúde que compõe campo de atividade teórico-prática de uma universidade pública e reúne 20 unidades de atenção primária, Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, as quais estão habilitadas em equipes de saúde da família (eSF) e equipes de atenção básica (eAB). Solicitou-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aceitaram colaborar com o desenvolvimento da pesquisa 14 unidades de saúde (10 unidades com eSF e quatro com eAB). A participação dessas unidades refere-se à colaboração para identificar usuários com HAS e DM e disponibilização de uma sala para realização das entrevistas com os participantes.

Os participantes foram usuários adultos/idosos, homens e mulheres, diagnosticados com HAS e DM. Constituíram critérios de inclusão: ser usuário das unidades participantes; ter HAS e DM, independentemente da data do diagnóstico; e ser maior de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão foram: usuários com condições de saúde que impediam a participação no momento da pesquisa e três tentativas de agendamentos sem sucesso. A pesquisa cumpriu os requisitos estabelecidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob Protocolo CAAE: 89778718.5.0000.5393, parecer 2.802.188.

Obteve-se o número de usuários com HAS e DM cadastrados nas unidades, totalizando 4531. Por se tratar de estudo-piloto que fundamentará outra pesquisa com desenho método misto, optou-se por recrutar de dois a três usuários por unidade de saúde (mínimo de 28 e máximo de 42 usuários). O sorteio foi realizado no Programa R Core Team (2018), versão 3.5.3, com números aleatórios estratificados por sexo e faixa etária. Participaram da pesquisa 41 usuários com HAS e DM e houve apenas uma recusa. As informações foram coletadas por uma equipe de pesquisadoras treinadas (duas alunas de graduação, uma aluna de pós-graduação e orientadora) entre os

meses de fevereiro e junho de 2019, com a aplicação do questionário nas unidades de saúde ou no domicílio do participante, conforme sua preferência.

Utilizou-se um instrumento com escala *Likert* (variável ordinal) *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)<sup>9</sup>, versão usuários, para obter uma medida de base individual acerca da estrutura e do processo de atenção na APS. O instrumento foi traduzido e validado e, no Brasil, recebeu a denominação de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil). Ele está disponível gratuitamente, em um manual do Ministério da Saúde, portanto, de domínio público<sup>9</sup>. O PCATool-Brasil é descrito na literatura como um instrumento válido e fidedigno para avaliar a qualidade da APS, sobretudo para verificar o grau de orientação aos seus princípios<sup>10</sup>. Todos os componentes do instrumento foram utilizados sem alteração de conteúdo e considerou-se que a qualidade da atenção à saúde, na perspectiva das pessoas com HAS e DM, depende da presença e extensão dos atributos da APS.

Os dados foram armazenados em um banco de dados no *Microsoft Excel*<sup>®</sup>, utilizando dupla digitação para eliminar erros, e processados no programa estatístico *IBM SPSS Statistics*, versão 25. Para as variáveis contínuas, referentes às características sociodemográficas, foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) e proporções para variáveis categóricas. Os itens que compõem essa caracterização foram baseados na classificação do censo demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e adaptados para o estudo. A análise estatística do PCATool-Brasil seguiu as orientações contidas no manual do instrumento<sup>9</sup>, ou seja, os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas nos itens que compõem cada atributo. O Escore Essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dividida pelo número de componentes. Calculou-se o Escore Geral por meio da soma do escore médio dos atributos essenciais, somada ao grau de afiliação e aos atributos derivados e dividida pelo número total de componentes.

Após este cálculo, foi possível transformar os escores em uma escala de 0 a 10, conforme manual<sup>9</sup>, para

melhor visualização dos resultados. Na escala *Likert* com intervalo de 1-4, escores  $\geq 3$  indicam extensão adequada de cada atributo (respostas 3 ou 4). Na transformação, a fórmula utilizada é:  $\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo}) \div 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo}) \times 10$ . Assim, aqueles  $\geq 6,6$  foram considerados alto escore de APS e indicam extensão adequada a cada atributo, quando realizada a transformação  $([3-1] \times 10 \div [4-1]) = 6,6$ , conforme estudo de validação do instrumento<sup>11</sup>.

## RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas das 41 pessoas entrevistadas com HAS e DM, a média de idade foi de 61 anos (DP 9,8) e a de escolaridade, de 7,3 anos. As demais características sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos usuários com HAS e DM das Unidades de Saúde da Distrital Oeste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019. (n = 41)

Características/ Categoria	n	%
<b>(Continua)</b>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	25	61,00%
Masculino	16	39,00%
<b>Idade</b>		
De 30 a 49	06	14,63%
De 50 a 69	29	70,74%
De 70 a 89	06	14,63%
<b>Cor de pele autodeclarada</b>		
Branco	27	65,85%
Pardo	12	29,27%
Preto	02	4,88%
<b>Estado civil</b>		
Casado	22	53,67%
Viúvo	08	19,50%
Solteiro	05	12,20%
Separado judicialmente ou desquitado	04	9,75%
Divorciado	02	4,88%
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
De dois a quatro anos	15	36,60%
De cinco a oito anos	13	31,70%
De nove a 12 anos	08	19,50%

(Conclusão)

Características/ Categoria	n	%
De 13 a 15 anos	04	9,75%
Não estudou	01	2,45%
<b>Ocupação</b>		
Pensionista	25	61,00%
Do lar	08	19,50%
Desempregado	04	9,75%
Trabalho formal e informal	04	9,75%
<b>Renda familiar</b>		
Dois salários mínimos	14	34,15%
Três salários mínimos	12	29,27%
Um salário mínimo	08	19,50%
Quatros salários mínimos	06	14,63%
Não informou	01	2,45%
<b>Pessoas que vivem com a renda</b>		
Uma	03	7,31%
Duas	15	36,60%
Três	13	31,70%
Mais de quatro	10	24,39%
<b>Chefe da família</b>		
Entrevistado	23	56,09%
Companheiro	12	29,27%
Ambos	02	4,88%
Mãe	01	2,45%
Outra pessoa	03	7,31%
<b>Local de residência (imóvel)</b>		
Imóvel próprio	34	82,94%
Alugado	04	9,75%
Emprestado	03	7,31%
<b>Religião</b>		
Católico	21	51,23%
Evangélico	11	26,83%
Espírita	06	14,63%
Testemunha de Jeová, Umbandista e Mórmon	03	7,31%

A Tabela 2 apresenta os escores dos atributos e os Escores Essencial e Geral da APS para todas as unidades (eSF+ eAB) e, separadamente, para aquelas com eSF e com eAB. Destaca-se que, para todas as unidades, o acesso de primeiro contato obteve o maior (9,1) e o

menor escore (3,3) nas dimensões utilização e acessibilidade, respectivamente. Além disso, três atributos essenciais, dois derivados e o Escore Geral obtiveram valores considerados de baixo grau de extensão. Já o grau de afiliação e quatro atributos essenciais, bem como o Escore Essencial, foram considerados com alto escore para APS, o que indica forte presença e extensão adequada de cada atributo. Na análise das unidades com eSF, observa-se, em todos os atributos, mesmo naqueles com baixo escore, que essas equipes se mantêm com escores superiores às eAB. Nas unidades com eAB, somente três atributos essenciais obtiveram alto escore para APS, a saber: acesso de primeiro contato (utilização); longitudinalidade e coordenação (sistemas de informação).

**Tabela 2.** Valores dos escores dos atributos e dos escores geral e essencial da Atenção Primária à Saúde das Unidades de Saúde da Distrital Oeste. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2019. (n = 41)

Atributos da Atenção Primária à Saúde	eSF+eAB (n=41)	eSF* (n=30)	eAB † (n=11)
Grau de afiliação	7,3	8,1	5,1
Acesso de primeiro contato (utilização)	9,1	9,2	8,9
Acesso de primeiro contato (acessibilidade)	3,3	3,6	2,4
Longitudinalidade	7,8	8,0	7,3
Coordenação (integração de cuidados)	6,7	6,9	5,5
Coordenação (sistema de informações)	7,5	7,7	7,2
Integralidade (serviços disponíveis)	5,7	5,6	6,2
Integralidade (serviços prestados)	4,9	5,1	4,5
Orientação familiar	5,8	6,5	3,9
Orientação comunitária	5,5	6,5	2,5
Escore Essencial	6,6	6,8	5,9
Escore Geral	6,4	6,7	5,4

\* eSF: equipe de Saúde da Família; † eAB: equipe de Atenção Básica.

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que, na análise de todas as unidades (eSF+ eAB), o Escore Essencial (6,6), segundo a experiência dos usuários com HAS e DM, obteve orientação para a APS. Esse resultado corrobora estudo<sup>12</sup> de avaliação da APS, porém desenvolvido com população de cuidadores de criança, mas que igualmente identificou o valor mínimo satisfatório para o Escore Essencial. Nota-se que o valor do Escore Essencial das unidades (eSF+ eAB) tem relação com o Escore Essencial das unidades com eSF (6,8), visto que esse valor em eAB se mostrou com baixa orientação para a APS (5,9). Isso se deve aos altos escores das eSF nos atributos acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (sistemas de informação). Dessa forma, acredita-se que as unidades com eSF possuem melhores condições de

implementar os princípios da APS, pois este modelo realiza ações baseadas em um território, o que possibilita identificar e intervir sobre as condições de vida e saúde da população adscrita<sup>13</sup>.

O valor do Escore Geral, na análise de todas as unidades (eSF+ eAB), ficou próximo (6,4), mas não atingiu o ponto de corte. Este resultado pode ser explicado pelo fato de, no seu cálculo, terem sido incluídos o grau de afiliação e os atributos essenciais e derivados. Assim, os atributos essenciais acesso de primeiro contato (acessibilidade) e integralidade (serviços prestados e disponíveis), bem como aqueles derivados, orientação familiar e orientação comunitária, contribuíram para reduzir os valores, visto que receberam baixos escores.

Vale destacar que o Escore Geral nas unidades com eSF obteve orientação para a APS e, nas unidades com eAB, baixo grau de orientação. Esses resultados

assemelham-se a outros obtidos em estudos que avaliaram a APS, ainda que realizados em cenários e com populações diferentes, pois eles também identificaram Escore Geral baixo<sup>14</sup> e diferenças nos arranjos organizacionais da atenção primária, revelando melhores desempenhos nas unidades com eSF<sup>15-16</sup>.

O Grau de afiliação na análise de todas as unidades (eSF+ eAB) sinalizou a presença e extensão do atributo (7,3), evidenciando escore mais alto para as unidades com eSF e baixa orientação para eAB. O Grau de afiliação visa identificar o serviço ou o profissional de saúde de referência para os cuidados<sup>9</sup>. Estudos utilizando o PCATool evidenciam que as unidades com eSF apresentam alto grau de afiliação, em um sinal de que são identificadas pelos usuários como serviço de referência<sup>16-17</sup>.

O atributo Acesso de primeiro contato, na dimensão utilização, busca definir se o serviço é o primeiro local que a pessoa procura diante de um problema de saúde ou caso necessite de encaminhamento para um especialista<sup>9</sup>. Também se refere aos processos estabelecidos no atendimento aos usuários<sup>14</sup>. Este atributo obteve presença e extensão, independentemente da modalidade do serviço de APS (eSF ou eAB), o que demonstra que a gratuidade do serviço pode ser um elemento que favorecem a dimensão utilização<sup>14,18</sup>. Além disso, para os usuários com HAS e DM, o acesso de primeiro contato pode contribuir para redução da morbidade e mortalidade, dos índices de internação hospitalar e do número de encaminhamentos desnecessários a especialistas, fatores que também contribuem para o sistema de saúde, pois favorecem o uso eficiente de recursos<sup>14,19</sup>.

Já na dimensão acessibilidade, no atributo Acesso de primeiro contato, na análise de todas as unidades (eSF+ eAB), apresentou grau baixo de orientação (3,3). Este atributo avalia a capacidade do serviço atender os usuários a cada novo problema ou episódio de um mesmo problema (momentos de agudização), com exceção das verdadeiras emergências e urgências<sup>9</sup>. O baixo grau pode estar relacionado a barreiras geográficas e organizacionais dos serviços, por exemplo, os horários de funcionamento das unidades, a dificuldade dos

usuários agendarem consultas e o tempo de espera no serviço para receber atendimento<sup>20-21</sup>.

Especificamente em relação à percepção de pessoas com condições crônicas sobre o acesso aos serviços de saúde da atenção primária, foram constatadas, como barreiras, as deficiências relacionadas à doença, tais como a mobilidade limitada, dor crônica, fadiga e fragilidade, bem como obstáculos estruturais, como a indisponibilidade dos serviços fora do horário comercial<sup>22</sup>. Tais percepções podem resultar em prejuízo à saúde do indivíduo, pois, quando ele se depara com barreiras para acesso aos serviços, a atenção à saúde pode ser postergada, o que é capaz de prejudicar não apenas a esfera individual, como também onerar a família, a comunidade e o sistema de saúde como um todo<sup>1</sup>. Dessa forma, quando há presença e extensão do acesso de primeiro contato, é possível contribuir para o atendimento às reais necessidades de saúde e para melhor qualidade de vida<sup>19</sup>.

A Longitudinalidade obteve alto escore na análise de todas as unidades (eSF+ eAB) e em ambas modalidades de serviço de APS. Trata-se de um atributo caracterizado pelo aporte regular e consistente de cuidados por parte da equipe de saúde por meio do estabelecimento de vínculo interpessoal entre usuários e profissionais<sup>1</sup>. No entanto, somente é possível efetivá-la na prática quando há oferta adequada de serviço e fixação do profissional na unidade de saúde, pois isso favorece o fortalecimento de vínculo<sup>14-23</sup>. Assim, a avaliação deste atributo deve levar em consideração os aspectos sociais dos territórios em que os serviços de saúde estão inseridos, bem como as questões relativas à precarização do trabalho, uma vez que interferem nos relacionamentos e vínculos com os usuários da APS<sup>23</sup>.

O atributo Coordenação, na dimensão integração de cuidados, também obteve presença e extensão na análise conjunta das unidades (eSF+ eAB) e na eSF, mas na eAB não atingiu o escore desejado (5,5). Este atributo refere-se à capacidade de garantir a continuidade da atenção mediante a integração dos serviços que respondam às necessidades de saúde nos diferentes pontos da rede de atenção. Vale ressaltar que esta continuidade pode exercer significativo impacto na saúde da comunidade, pois eleva sua capacidade de resolver

os problemas de saúde, com custos suportáveis diante das atuais conjunturas socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas<sup>1</sup>. Nesse sentido, o baixo escore na eAB pode estar relacionado ao modelo de atenção que prioriza a fragmentação do cuidado e, portanto, produz uma atenção desarticulada no âmbito da APS. Pressupõe-se que o cuidado às condições crônicas deva ser orientado por práticas de coordenação para integrar os níveis assistenciais<sup>24</sup>.

Na dimensão sistemas de informação, o atributo Coordenação obteve orientação para a APS nas duas modalidades de serviço: eSF e eAB. A coordenação se efetiva por meio da comunicação adequada entre os profissionais e, também, pelos sistemas de tecnologias da informação, os quais também favorecem a continuidade da assistência<sup>20,25</sup>. Assim, é necessário estabelecer uma melhor e mais efetiva comunicação entre os profissionais generalistas e especialistas, a fim de garantir um cuidado integral e ampliar a oferta aos serviços de saúde. Ademais, é importante orientar o usuário na RAS, por meio de referência e contrarreferência qualificada, atentando para o vínculo e continuidade da atenção<sup>26</sup>. Nesse sentido, o município cenário deste estudo conta com um sistema de prontuários informatizados para interligar a rede municipal de atenção à saúde, o que facilita o fluxo de informações entre profissionais e serviço.

A integralidade é um atributo da APS que engloba ações de caráter biopsicossocial do processo saúde-doença por meio de ações de promoção, prevenção, cura/reabilitação e atenção nos diferentes níveis de complexidade<sup>14</sup>. No presente estudo, obteve-se baixo escore para este atributo, tanto para os serviços disponíveis quanto para aqueles prestados. O primeiro é relativo às experiências dos usuários com os serviços de saúde, independentemente de tê-los recebido ou não, e o segundo objetiva identificar os assuntos de diferentes vertentes que foram abordados em algum momento com o usuário<sup>9</sup>.

Esses resultados podem sugerir que o contexto de vida do usuário talvez não esteja contemplado nas ações de cuidado. Tais achados corroboram estudos nos quais esses atributos receberam baixas pontuações<sup>14,17,20,25</sup>. A fragilidade desses atributos incute aos profissionais de saúde o propósito de perceberem o usuário como

sujeito social e político, articulado à sociedade na qual se insere, para que possam elaborar planos de cuidados que atendam às reais necessidades das pessoas, com cuidados centrados nos indivíduos e não na doença<sup>19</sup>. Ademais, o atributo integralidade favorece a efetivação dos atributos derivados orientação familiar e comunitária, os quais também se apresentaram com baixo grau de orientação para a APS. Nesse sentido, promover a integralidade contribui para as ações de promoção à saúde, para a oferta de cuidados mais condizentes com as reais necessidades da população e para prevenção das complicações da HAS e da DM, com conseqüente melhora da qualidade de vida<sup>27</sup>.

Serviços de saúde que apresentem os atributos de orientação familiar e comunitária permitem um cuidado mais qualificado aos usuários, colaborando para melhora dos indicadores de saúde, visto que na orientação familiar o cuidado é centrado no sujeito e família e no conhecimento integral dos seus problemas de saúde. Já a orientação comunitária reconhece as necessidades de saúde da comunidade e a importância da sua relação com os usuários e famílias para o planejamento e avaliação conjunta dos serviços, invertendo a lógica do cuidado hegemônico centrado na figura médica<sup>1,9,14</sup>. A efetivação da orientação familiar e comunitária ocorre quando se pratica a integralidade, pois ela considera o indivíduo em seus contextos e avalia as necessidades que precisam ser atendidas para promover atenção integral nos âmbitos familiar e comunitário, bem como seus determinantes de saúde<sup>28</sup>. A presença da orientação cultural associa-se ao aumento da satisfação do usuário e à sua colaboração com o autocuidado<sup>29</sup>, o que é importante para pessoas com HAS e DM, pois pode impactar no curso da condição crônica e de eventuais complicações.

Portanto, a avaliação dos atributos da APS permite reflexão acerca das práticas em saúde, serve como ferramenta de orientação às políticas de saúde e aos avanços no sistema local de saúde e, finalmente, permite identificar as potencialidades e as fragilidades da assistência ofertada à população e serve de referencial para profissionais, gestores e pesquisadores<sup>14</sup>.

Importante citar algumas limitações deste estudo. Primeiramente, utilizou-se um único instrumento para captar o fenômeno dos atributos da APS, embora,

além do PCATool, o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) também seja um instrumento utilizado no Brasil para avaliar a APS<sup>8</sup>, assim como o instrumento utilizado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)<sup>30</sup>. Além disso, o estudo foi conduzido em um único distrito da cidade, portanto, temos um recorte dessa realidade, o que poderia ser ampliado a fim de realizar um diagnóstico mais amplo do município. Adicionalmente, o estudo foi avaliado sob a ótica dos usuários e não incluiu outros atores envolvidos, tais como os profissionais de saúde e gestores. Por fim, a última limitação é própria do delineamento de estudo, que retrata a realidade a partir de um ponto do tempo.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que, no conjunto de todas as unidades de saúde avaliadas (eSF+ eAB) e na percepção dos usuários com HAS e DM, os atributos acesso de primeiro contato (acessibilidade), integralidade (serviços disponíveis e prestados), orientação familiar e comunitária e o escore geral obtiveram valores considerados de baixa orientação para APS. Essa avaliação aponta para a importância de novos estudos capazes de identificar, no processo de trabalho das equipes, como esses atributos operam na prática e, assim, buscar formas de superar as fragilidades que concorreram para a presença de atributos com baixos escores, no sentido de fortalecê-los. Igualmente, é importante que os próprios profissionais de saúde possam promover espaços de reflexão sobre e no trabalho, a fim de problematizar tais achados da pesquisa e refletir sobre a prática profissional e os contextos político e social.

O presente estudo também evidenciou que a presença e a extensão dos atributos da APS, mesmo aqueles com baixos escores, são maiores nas unidades com eSF em relação às aquelas com eAB. Somente três atributos nas unidades com eAB apresentaram orientação para APS: acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (sistemas de informação). Este resultado evidencia as diferenças nos atributos diante dos arranjos organizacionais da atenção primária e torna-se um indicativo da necessidade de

qualificação da APS no Brasil, principalmente mediante o fortalecimento das unidades de saúde com eSF. Essa evidência torna-se especialmente importante tanto para o distrito de saúde do estudo quanto para a cidade, visto que o município apresenta baixa cobertura de eSF.

Ademais, conhecer a avaliação de cada atributo da APS permite compreender a complexidade do fenômeno da qualificação da APS no Brasil e questionar sua fragilização no atual contexto das políticas públicas no âmbito da atenção primária, bem como a precarização do financiamento, da gestão dos serviços de saúde, dos processos de trabalhos e das desigualdades regionais nos municípios. Para a Enfermagem, saber como a APS é avaliada pode contribuir para ampliar o papel dos enfermeiros neste contexto e, portanto, favorecer o desenvolvimento e o bom funcionamento dos sistemas de saúde. Finalmente, este estudo possibilitou uma melhor estruturação da próxima pesquisa, que será um estudo de método misto, bem como ampliar o conhecimento a respeito das percepções dos usuários sobre a APS, o que permite compreender melhor como as fragilidades e potencialidades dos atributos estão interferindo na prática do cuidado às pessoas com HAS e DM. Recomenda-se a realização de novas pesquisas de avaliação da APS com métodos, instrumentos e atores sociais diferentes para melhor compreensão do fenômeno.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.
2. Penso JM, Périco E, Oliveira MMC, Strohschoen AAG, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1212](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1212)
3. Souza IL, Paz EPA, Guimarães RM, Castro, AA. Access to family health unit from the hypertensive's perspective. *Rev enferm UERJ*. 2017;25:e14442. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.14442>

4. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cienc saude coletiva*. 2013;18(1):103-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>
5. Baldisserotto J, Kopittke L, Nedel FB, Takeda SP, Mendonça CS, Sirenan SA, et al. Socio-demographic characteristics and prevalence of risk factors in a hypertensive and diabetics population: a cross-sectional study in primary health care in Brazil. *BMC Public Health*. 2016;16:573. DOI: [10.1186/s12889-016-3230-7](https://doi.org/10.1186/s12889-016-3230-7)
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Lima EFA, Sousa AI, Silva MM, Souza IEO, Leite FMC. Avaliação da atenção primária na percepção dos usuários e profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2014;8(supl.2):3758-66. DOI: [10.5205/reuol.4597-37683-1-ED.0810supl201423](https://doi.org/10.5205/reuol.4597-37683-1-ED.0810supl201423)
8. Fraccolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Cien Saude Colet*. 2014 Dec; 19(12):4851-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
9. Ministério da Saúde (BR). Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Ribeiro LA, Scatena JH. The evaluation of primary health care in Brazil: an analysis of the scientific production between 2007 and 2017. *Saude soc*. 2019; 28(2):95-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180884>
11. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCAToolBrasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274-84. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)
12. Araújo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. *Rev. Bras. Enferm*. 2018;71(Suppl3):1366-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>
13. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude soc*. 2011;20(4):948-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>
14. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EADA, Silva JD. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saude debate*. 2017;41(114):741-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406>
15. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saude Debate*. 2015;39(105): 387-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>
16. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, & Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1399-1408. DOI: [10.1590/1413-81232015215.26672015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015)
17. Silva SAD, Fraccolli LA. Avaliação da estratégia saúde da família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saude debate*. 2014;38(103):692-705. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140064>
18. Lima EDFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RDCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):553-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>
19. Paula CCD, Silva CBD, Tassinari TT, Padoin SMDM. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. *Rev pesqu. cuid fundam*. 2016;8(1):4056-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078>
20. Prates ML, Machado JC, Silva LSD, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ETD, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review *Cien Saude*

- Colet. 2017;22(6):1881-1893. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>
21. Bispo GMB, Rodrigues EMD, Carvalho ACO, Lisboa KWSC, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. *Rev. Bras. Enferm.* 2020;73(3):e20180863. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0863>
22. Song HJ, Dennis S, Levesque JF, Harris MF. What matters to people with chronic conditions when accessing care in Australian general practice? A qualitative study of patient, carer, and provider perspectives. *BMC Family Practice.* 2019;20:79. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0973-0>
23. Kessler M, Lima SB, Weiller TH, Lopes LP, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta Paul Enfer.* 2019;32(2):186-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900026>
24. Aleluia IR, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017;22(6):1845-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>
25. 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:e00095418. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>
26. Paixão TM, Sousa AI, Souza MHN, Farias SNP. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro,* 2019;27:e42655. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.42655>
27. Amaral AA, Leal BN, Mesquita CR, Nogueira LMV, Rodrigues R. O perfil socioeconômico e clínico de pacientes matriculados no programa hiperdia em Belém (PA). *Revista Saúde e Pesquisa.* 2018;11(2):377-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p377-383>
28. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança. *Cienc. Saude Colet.* 2016;21(1):119-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>
29. Paraizo CMS, Isidoro JG, Terra FS, Dázio EMR, Felipe AOB, Fava SMCL. Conhecimento do enfermeiro da atenção primária de saúde sobre diabetes mellitus. *Rev enferm UFPE on line.* 2018;12(1):179-88. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23087p179-188-2018>
30. Carvalho BR, Ferreira JBB, Fausto MCR, Forster AC. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cad. saúde colet.* 2018;26(4):462-69. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040471>