

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UMA CIDADE BRASILEIRA SOB A ÓTICA DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS

Maria José Sanches Marin\*  
Milton Marchioli\*\*  
José Eduardo Corrente\*\*\*

### RESUMO

O presente estudo analisa as divergências e as convergências entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBST) pela ótica dos usuários e profissionais da saúde em um município brasileiro com população aproximada de 220.000 habitantes. Na coleta de dados, os questionários, formulados a partir dos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, foram respondidos por 142 profissionais da UBST e 147 da ESF e, ainda, por 199 usuários da UBST e 197 da ESF. Na análise foi utilizado o nível de significância  $\alpha$  igual a 5% ( $p \leq 0,05$ ) e, para as comparações, o teste de Wilcoxon. Constatou-se que, na maioria das dimensões analisadas, tanto do ponto de vista dos usuários como dos profissionais, a ESF recebeu melhor avaliação. Quanto à feita pelos profissionais, a UBST foi considerada melhor apenas no item *acesso* e, para o domínio *porta de entrada*, não houve diferença estatisticamente significativa comparando-se com a avaliação dos profissionais da ESF. Para os usuários da UBST, o acesso e o elenco de serviços foram considerados melhores em comparação com a dos usuários da ESF. Mesmo frente aos melhores resultados da ESF, existem desafios importantes para as duas modalidades.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Sistema único de saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

### INTRODUÇÃO

Na atual Política de Saúde Brasileira, a atenção primária foi colocada como prioridade, considerando-se a definição de um conceito de saúde que leva em conta seus determinantes e condicionantes e, ainda, a necessidade de mudanças paradigmáticas no modelo vigente. Esse direcionamento vem desencadeando grande mobilização das esferas governamentais, visto que são necessárias mudanças na forma de agir e pensar o cuidado em saúde<sup>(1)</sup>.

Com a perspectiva de desenvolver formas diferenciadas de atendimento à saúde na atenção primária, foi implantada, em todo o território nacional, a Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade de atenção que vem substituindo gradativamente o modelo de Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBST). No entanto, essa implantação ocorreu de forma divergente. Os municípios de pequeno e médio porte foram aqueles que tiveram maior adesão à ESF. Mesmo assim, muitos deles, convivem com as duas modalidades de atenção<sup>(2)</sup>.

A ESF diferencia-se da UBST pela proposição do trabalho em equipe

interdisciplinar, adscrição de um menor número de pessoas/família por equipe, com maiores possibilidades de ampliação do vínculo e do cuidado na perspectiva longitudinal e na vigilância à saúde.

Alguns estudos têm atribuído à ESF melhores resultados. Em avaliação da ESF, no Sul e Nordeste do Brasil, constatou-se que o seu desempenho foi regularmente melhor do que o de serviços tradicionais, nas duas regiões<sup>(3)</sup>. Em uma cidade localizada na região Sul do país, a análise das diferenças na atenção ao pré-natal entre a ESF e as UBST indicou que, embora os procedimentos realizados com a gestante estivessem abaixo do recomendado, aquelas que pertenciam à ESF foram contempladas com um número maior de ações<sup>(4)</sup>.

Na análise do impacto da implantação da ESF no estado do Piauí, foi verificada a evolução das internações de pacientes menores de cinco anos, no período de 2000 a 2010, constatando-se a diminuição do número de internações hospitalares. Houve, porém, persistência de internações relacionadas a doenças infecciosas, parasitárias e do sistema respiratório, as quais se configuraram como doenças passíveis de controle na atenção básica<sup>(5)</sup>.

\*Doutora em Enfermagem e Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina. Email: marnadia@terra.com.br.

\*\*Doutor em Medicina. Docente da Disciplina de Educação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Marília. Email: marchioli@unimedmarilia.com.br

\*\*\*Professor Adjunto no Departamento de Bioestatística do Instituto de Biociências, UNESP - Botucatu, SP. Email: jecorren@ibb.unesp.br

Em uma grande cidade do interior de São Paulo, a avaliação da implantação de novas modalidades de atenção primária e saúde mental no desempenho da atenção básica revelou a existência de avanços positivos<sup>(6)</sup>. Estudo pautado em indicadores da saúde da criança para analisar o desempenho da ESF revelou redução na taxa internação por diarreia<sup>(7)</sup>.

Por outro lado, encontra-se também que, na roposição de verificar o desempenho da ESF, analisaram-se o acesso e a continuidade do tratamento para tuberculose em um município brasileiro. Constatou-se que as equipes não têm assumido o tratamento e o acompanhamento do doente em sua totalidade, salientando-se, ainda, a dificuldade de acesso à consulta médica<sup>(8)</sup>.

A maioria dos aspectos relacionados à atenção básica com foco na ESF e avaliados em distintas regiões do país tem revelado avanços positivos em seu desenvolvimento, embora ainda não se tenham observado mudanças significativas, principalmente quanto ao acesso, à estrutura física das unidades, à formação dos profissionais e à organização das redes de atenção<sup>(9,10)</sup>.

Os avanços e desafios da atenção primária, especialmente da modalidade ESF, instituída para a obtenção de mudanças efetivas no atual modelo de atenção e diversidade de resultados, considerando os distintos formatos de sua implantação<sup>(5,6,8)</sup>, levam à necessidade de estudos que evidenciem diferentes realidades com vistas ao seu aperfeiçoamento. Questiona-se, assim, como estão se desenvolvendo os distintos modelos de atenção primária, a partir da visão dos sujeitos que os vivenciam (usuários e profissionais).

Frente ao exposto, visando contribuir com dados que possam evidenciar lacunas nas distintas modalidades e, conseqüentemente, contribuir com propostas de mudanças, este estudo se propõe a analisar as divergências e as convergências entre ESF e a Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBST) pela ótica dos usuários e dos profissionais da saúde.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de análise quantitativa, realizado no período de agosto a dezembro de 2011, cujo campo é constituído

pelas unidades de atenção primária à saúde da cidade de Marília. Situado no centro oeste do estado de São Paulo, o município conta com 220.000 habitantes e dispõe de 12 UBST e 28 Unidades da ESF, as quais se configuram como a porta de entrada do sistema. Nas UBST, apesar de elas terem incorporado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), houve pouca mudança no processo de trabalho dos profissionais. A ESF, de maneira geral, cumpre os requisitos mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde. As unidades da ESF são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência sócio-econômica e atendem aproximadamente 44% da população de Marília.

Os dados foram coletados a partir de um questionário estruturado para os usuários de UBST e ESF e um outro para os profissionais de saúde que atuam nas UBST e ESF. Tais instrumentos foram adaptados à realidade brasileira e validados a partir dos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*<sup>(11)</sup>, formulado para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em conformidade com o marco de referência proposto por Starfield<sup>(12)</sup>.

Tal marco referencial compreende oito dimensões, com as respectivas especificações que constam tanto no questionário dos profissionais como no dos usuários, porém com linguagem direcionada a cada público: a) *acesso*: refere-se à localização da unidade de saúde próxima da população, aos horários e dias em que atende, ao grau de tolerância para consultas não-agendadas e ao quanto a população percebe a conveniência desses aspectos; b) *porta de entrada*: trata-se da utilização do serviço de atenção básica como o primeiro atendimento procurado e, ainda, de cada novo problema ou novo episódio de um problema devido aos quais as pessoas buscam a atenção à saúde, exceto nos casos de urgência; c) *vínculo ou longitudinalidade*: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo com o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde; d) *elenco de serviços*: contempla os arranjos que a unidade realiza para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde de que necessita; e) *coordenação ou integração de serviços*:

contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e o acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados; f) *ênfase familiar*: pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, visto que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio de recursos familiares limitados; g) *orientação para a comunidade*: implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado e que deve ser conhecido e considerado e h) *formação profissional*: envolve a capacitação/formação dos profissionais de saúde para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.

A partir das dimensões citadas, são listadas assertivas, utilizando-se a escala de Likert, baseada no critério de ocorrência: 1 (nunca), 2 (quase nunca), 3 (algumas vezes), 4 (muitas vezes), 5 (quase sempre) e 6 (sempre), em que os participantes especificam seu nível de concordância com a afirmação. O questionário destinado aos profissionais conta com um total de 77 assertivas, distribuídas entre as diferentes dimensões e o dos usuários, com 69 assertivas no total.

A amostra populacional para obtenção dos dados foi obtida a partir do cálculo de amostra aleatória simples, que permite a representatividade da população com a possibilidade de erro amostral de mais ou menos 5%. Assim, ao utilizar a fórmula

$$n = \left( \frac{z_{\alpha/2} \sqrt{p(1-p)}}{\varepsilon} \right)^2, \text{ em que } z_{\alpha/2} = 1,95$$

(correspondente ao quantil 95% da distribuição normal padrão),  $p=0,5$  e  $\varepsilon=0,05$ , obtém-se uma amostra de 400 usuários<sup>(13)</sup>. Para cálculo amostral dos profissionais de saúde, obteve-se uma amostra de 150 da UBS e 164 da ESF, pois atuam nelas 240 e 280 profissionais, respectivamente.

O questionário foi aplicado em duas UBST e em quatro Unidades da ESF de cada região (Norte, Sul, Leste, Oeste), num total de oito e dezesseis, respectivamente, por meio de sorteio. Para análise dos dados foram considerados 142 instrumentos de profissionais das USBT e 147

da ESF, uma vez que alguns profissionais não o responderam e outros o entregaram com muitas questões sem respostas, sendo desconsiderados. Os usuários foram abordados na própria unidade, no momento em que estavam chegando ou saindo de um atendimento, até atingir a amostra definida. A coleta foi realizada por três graduadas em enfermagem devidamente treinadas e, para a maioria deles, as assertivas foram lidas e as respostas assinaladas pela própria entrevistadora. Foram considerados válidos 199 questionários da UBST e 197 da ESF.

Os dados foram digitados em planilhas do Excel 2000 for Windows, seguidos de análises estatísticas, realizadas com o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 11.0 for Windows. Os resultados dos questionários foram apresentados a partir do cálculo da média das respostas obtidas em cada assertiva de acordo com a dimensão avaliada. Na sequência, foram realizadas análises inferenciais com o intuito de verificar as diferenças da avaliação entre os usuários da ESF e os da UBST, bem como a dos profissionais das duas modalidades. Esse procedimento foi feito por meio do Teste Wilcoxon, que avalia se há igualdade entre a distribuição dos dados para duas amostras (no caso UBS e ESF)<sup>(14)</sup>. Em todas as conclusões obtidas pelas análises inferenciais foi utilizado o nível de significância  $\alpha$  igual a 5% ( $p \leq 0,005$ ).

Esta pesquisa contou com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa que Envolve Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob protocolo nº 682/08. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 se observa que, para a maioria dos domínios, a ESF apresenta-se melhor avaliada. Quanto à avaliação dos profissionais, a UBST foi considerada melhor apenas no item *acesso* e, para o domínio *porta de entrada*, não houve diferença estatisticamente significativa entre as opiniões dos profissionais da ESF e da UBST. Os usuários da ESF pontuaram o acesso com valores menores e, quando esses foram comparados com a média da pontuação dos

usuários da UBST, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, o que também ocorreu com o elenco de serviços.

**Tabela 1.** Distribuição das médias obtidas na avaliação dos usuários e profissionais, das modalidades de assistência (UBST e ESF) de acordo com os domínios da qualidade da assistência proposta por Starfield. Marília, 2013.

DOMÍNIOS	PROFISSIONAL			USUÁRIO		
	UBST Média	ESF Média	p-valor	UBST Média	ESF Média	p-valor
1. Acesso	4,0	3,6	<0,0001	3,0	2,8	0,0933
2. Porta de entrada.	4,7	4,9	0,3506	5,1	5,5	0,0005
3. Vínculo	4,3	4,6	<0,0001	4,4	4,7	0,00037
4. Elenco de serviços	4,7	5,2	<0,0001	4,2	3,7	0,2488
5. Coordenação	4,6	4,9	0,0058	3,1	3,7	<0,0001
6. Enfoque familiar	3,1	4,9	<0,0001	2,8	3,9	<0,0001
8. Orientação para a comunidade	3,1	3,6	0,0007	3,2	3,8	0,0048
9. Formação profissional	3,2	3,9	<0,0001	4,3	4,8	0,0582

Em análise mais detalhada, levando-se em consideração as assertivas que compõem a dimensão do acesso, destacam-se alguns aspectos. Na ótica dos profissionais da UBST, a oferta de equipamentos, a possibilidade de conseguir uma consulta médica não urgente no prazo de 24 horas e o horário de funcionamento da unidade foram as assertivas mais bem avaliadas, sendo que houve diferenças estatisticamente significativas, ( $p=0,0241$ ;  $<0,0001$ ;  $<0,0001$ , respectivamente). Para os usuários da UBST, a facilidade para conseguir uma consulta na unidade, o tempo que se fica na unidade à espera do atendimento, a oferta de medicamentos e de outros equipamentos foram significativamente mais bem avaliados comparando-se com a avaliação dos usuários da ESF ( $p<0,0001$ ;  $<0,0001$ ;  $<0,0001$  e  $<0,0001$ , respectivamente).

Frente à compreensão de *acesso* como a forma que os usuários chegam e são atendidos na porta de entrada, bem como as possibilidades que eles têm de utilizar as diferentes tecnologias disponíveis e necessárias para a resolução do seu problema de saúde<sup>(15)</sup>, depreende-se que, principalmente para os usuários das duas modalidades de atenção, tal dimensão ainda carece de investimentos que possibilitem atendimento mais efetivo das necessidades. Dados semelhantes foram encontrados em estudo que analisou o empreendimento de ações para fortalecimento da atenção básica em quatro centros urbanos, uma vez que a possibilidade de marcar consulta médica sem agendamento prévio foi avaliada de forma negativa pelos usuários<sup>(16)</sup>. Ainda assim, o mesmo estudo

considerou importante o percentual de famílias que procuram menos serviços hospitalares, especializados e de urgência após implantação da ESF.

Na dimensão *porta de entrada*, referindo-se à procura para ações preventivas como vacinação, verificação da pressão e exames de rotina, os usuários da ESF avaliaram-na de forma mais positiva; já a UBST foi mais bem avaliada quando sua procura se refere a um problema de saúde ( $p=0,0046$ ). Ressalta-se, no entanto, que, nessa dimensão, as assertivas do instrumento destinam-se ao reconhecimento da existência de hierarquização das ações de saúde e não à sua qualificação. Sendo assim, a pontuação média, obtida a partir das respostas dos profissionais e usuários, corresponde à normativa da organização da assistência do município, uma vez que o sistema de regulação define que o atendimento, em níveis de atenção de média ou alta complexidade, depende do encaminhamento da atenção básica. Os usuários, então, só têm a possibilidade de procurar diretamente os serviços de urgência nos horários em que as unidades de atenção básica não estão em funcionamento.

Pode-se, portanto, questionar se a busca pela atenção básica como porta de entrada ao sistema é opção ou obrigatoriedade, considerando-se que estudo realizado em outras localidades revela não ser esta a opção dos usuários quando necessitam de cuidados à saúde<sup>(15)</sup>. Esse questionamento se reforça quando se observa a pontuação emitida, principalmente pelos usuários, na dimensão do acesso, pois problemas relacionados à garantia de acesso permanecem.

Quanto ao vínculo, as assertivas que os profissionais da ESF avaliaram de forma mais positiva em relação aos usuários da UBST foram a adscrição da população pela unidade, a possibilidade de tirar dúvidas com o profissional que o atendeu por telefone, o tempo disponível para o usuário explicitar suas queixas e o conhecimento das condições do usuário para adquirir os medicamentos ( $p= 0,0002, 0,0071; <0,0001$  e  $<0,0001$ , respectivamente). Para os usuários da ESF, as assertivas mais bem avaliadas referem-se, principalmente, a ser examinado pelo mesmo profissional, a informação que os profissionais tem a respeito dos medicamentos utilizados e a condição em adquiri-los, comparativamente às opiniões emitidas pelos usuários da UBST ( $p< 0,0001; <0,0001; <0,0001$ , respectivamente).

Nos atributos propostos por Starfield<sup>(12)</sup>, identifica-se o vínculo como característica central da atenção básica. Para a autora, nessa dimensão se encontra implícita uma relação de responsabilidade e de confiança, o que possibilita diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes. Frente a isso, pode-se considerar que a ESF vem buscando ofertar serviços que mais se aproximam da proposta do SUS. Embora muitas dificuldades e desafios sejam colocados à ESF, é preciso reconhecer que a equipe dispõe da potencialidade de conhecer as pessoas no seu contexto social, emocional, familiar e financeiro. Esse privilégio é impar, comparando-se com outros cenários de atenção à saúde em que a obtenção de informações sobre as condições de vida e saúde dos seus usuários depende de anamneses extensas com todas as implicações que isso representa no que se refere ao tempo despendido e às condições e à disposição do sujeito para fornecer as informações necessárias a um plano que contemple suas necessidades de saúde.

A dimensão *elenco de serviços* foi avaliada pelos profissionais da ESF de forma mais positiva, sendo que as assertivas com maior pontuação foram aquelas relacionadas às ações educativas. Quanto aos demais itens, como vacinação, atendimento para as diferentes faixas etárias e condições específicas - doenças crônico-degenerativas, doenças endêmicas e epidêmicas - não houve diferenças estatisticamente significativas. Para os usuários da ESF, embora eles tenham emitido uma

pontuação mais baixa do que os usuários da UBST para a dimensão como um todo, as assertivas consideradas mais positivas, assim como a pontuação dos profissionais, foram aquelas que se referem à educação em saúde. Os usuários da UBST avaliaram de forma mais positiva principalmente o atendimento aos pacientes com doenças crônicas.

Referindo-se à dimensão *coordenação*, para os profissionais da ESF, as assertivas que receberam maior pontuação comparativamente com os da UBST referem-se à frequência de utilização de normas de referência e contrarreferência, à orientação realizada ao usuário nos casos de encaminhamento para outros serviços, ao fato de os exames realizados em outros serviços serem encaminhados para a unidade, de a consulta de retorno para resultados de exame ser realizada diretamente na unidade e de o usuário ser avisado ou consultado sobre esse agendamento ( $p=0,0199; 0,0009, 0,0192; <0,0001$  e  $<0,0001$ , respectivamente). Nas respostas dos usuários referentes à dimensão coordenação, em todas as assertivas a ESF foi considerada melhor, sendo que comparativamente com a UBST, a diferença foi significativa.

A dimensão *coordenação* tem como quesito fundamental o funcionamento do sistema de referência e contra-referência, visto que, em um sistema hierarquizado, a qualidade do cuidado e a utilização dos recursos necessários, de forma efetiva e eficiente, demandam organização dos fluxos de atendimento. É certo, então, que todo encaminhamento ofertado ao usuário conta com o referenciamento. Nessa dimensão, avalia-se também se houve o acompanhamento mais próximo e cuidadoso com o usuário quando ele necessita de outro atendimento e, aponta-se que a ESF se aproxima mais positivamente de tais procedimentos.

Os profissionais da ESF consideram muito boas as assertivas que incluem a dimensão *enfoque familiar*, ou seja, a organização dos prontuários médicos por família, a possibilidade que os profissionais têm de falar com a família sobre a saúde do usuário e na anamnese serem coletados dados com enfoque social e condições de vida. Tais itens, quando comparados com a opinião dos profissionais da UBST, foram estatisticamente mais significativos (respectivamente,  $p<0,0001; <0,0001; <0,0001$ ).

Quanto aos usuários, a ESF foi avaliada melhor quando eles foram questionados se os profissionais perguntam sobre suas condições de vida e as da sua família, se os profissionais de saúde conhecem bem a família do usuário e se perguntam a opinião do usuário para conduzir o tratamento. Comparativamente com a UBST, houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,0001$ ;  $< 0,0001$ ;  $< 0,0001$ , respectivamente).

Esse aspecto representa uma fortaleza para o cuidado, uma vez que, em nossa sociedade, a família constitui a principal forma de apoio e de sustentação às pessoas. Propõe-se, portanto, que as práticas em saúde devam partir da compreensão da complexidade, da interatividade e da dinamicidade das relações existentes entre seus membros<sup>(17)</sup>.

Na dimensão *orientação para a comunidade*, as assertivas que os profissionais da equipe da ESF avaliaram de forma mais positiva referem-se à realização de enquetes junto à comunidade para conhecer se os serviços oferecidos estão adequados às necessidades da população e para identificar os problemas da comunidade, além da oferta de visita domiciliária e a oferta de serviços pautar-se na necessidade identificada na comunidade. Comparando-se essa avaliação com a dos profissionais da UBST, a análise apontou  $p = 0,0143$ ;  $0,0021$ ;  $0,0003$ ;  $< 0,0001$ ; respectivamente. Os usuários da ESF avaliaram, de forma mais positiva, comparativamente aos usuários da UBST, as assertivas referentes à presença de representantes da comunidade nas reuniões da direção da unidade, à oferta de serviços de saúde nas escolas e ao desenvolvimento de trabalhos com outros grupos para melhorar as condições de vida da comunidade. Comparando-se com a avaliação da UBST para tais assertivas, houve diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,0001$ ;  $0,0188$ ;  $0,0160$ , respectivamente).

Ressalta-se que, para os profissionais da UBST, a orientação para a comunidade é uma dimensão que, na maioria das vezes, não é considerada, pois o atendimento valoriza essencialmente a consulta médica, voltada para o cuidado individualizado. Estudo que avaliou a percepção de doentes, profissionais e gestores que desenvolvem ação de controle da tuberculose concluiu que a orientação para a comunidade foi considerada insatisfatória<sup>(18)</sup>. Na

percepção de enfermeiros, a inovação da ESF encontra-se na ênfase dada à coletividade, tendo como centro a aproximação com as famílias e seu acompanhamento sistemático<sup>(19)</sup>.

Referindo-se à dimensão *formação profissional*, na ótica dos profissionais da ESF, apenas a assertiva que se refere à formação específica para atuar na atenção básica foi estatisticamente significativa comparadamente com a avaliação dos profissionais da UBST ( $p = 0,0048$ ). Para os usuários, na comparação das respostas entre ESF e UBST à assertiva “O(a) Sr(a) recomendaria esta unidade para um amigo(a)”, a ESF foi considerada melhor, com resultado estatisticamente significativa ( $p = 0,0145$ ). Nessa dimensão, é importante considerar que a UBST desenvolve suas atividades fortemente voltada à lógica da especialidade. Quanto à ESF, embora melhor avaliada nessa dimensão tanto pelos profissionais como pelos usuários, salienta-se a sua insuficiência, o que reforça a necessidade de formação e qualificação de profissionais para atuar frente à nova lógica de atenção proposta.

Nessa perspectiva, têm-se observado algumas iniciativas governamentais para instituir processos de Educação Permanente nos serviços de atenção básica, incentivos às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, a exemplo do Pró e Pet-Saúde em suas diferentes modalidades, bem como subsídios para o desenvolvimento de residências e especializações multidisciplinares em saúde da família e comunidade, o que tem representado um importante avanço para a construção de uma nova lógica de atenção à saúde.

Quanto às limitações do estudo destaca-se o fato de ter sido realizado em um único município, o qual, por certo, difere dos demais em relação à estrutura e à organização do processo de trabalho, o que impede a generalização dos achados. Além disso, é preciso reconhecer seu limite enquanto estudo que utiliza um instrumento com excessivo detalhamento que, embora tenha passado por avaliações e validações, tornou-se exaustivo para alguns participantes.

## CONCLUSÃO

O presente estudo desvela alguns aspectos da atenção básica de um município de médio porte do interior paulista e complementa estudos nacionais

realizados em outros locais, vislumbrando contribuir com dados para maior compreensão da atual organização do sistema de saúde nacional. Ao comparar a visão dos profissionais e dos usuários, busca uma compreensão mais abrangente do sentido da qualidade da atenção, visto que usuários e profissionais são protagonistas do sistema de atenção básica.

Ainda assim, considerando suas potencialidades e seus limites, foi possível chegar-se a algumas reflexões sobre as convergências e divergências entre as modalidades de atenção primária na ótica dos profissionais e na dos usuários, no que se refere às dimensões de avaliação da atenção básica proposta por Starfield.

O fato de a ESF apresentar avaliação mais positiva do que a da UBST, tanto na ótica dos usuários como na dos profissionais, em aspectos relacionados a vínculo; elenco de serviços, com destaque para as ações educativas; coordenação; enfoque familiar; orientação para a comunidade e formação profissional voltada para a atenção

básica, indica que esta modalidade de atendimento está trilhando um caminho de aproximação e responsabilização profissional/ usuário, num formato mais ampliado por direcionar a atenção também para a família e para a comunidade.

Por outro lado, mesmo que a análise tenha sido realizada de acordo com a perspectiva da significância estatística, não se pode afirmar que tais resultados sejam satisfatórios frente aos investimentos, incontestavelmente maiores, que as iniciativas governamentais têm empreendido na ESF. Deve-se considerar também sua fragilidade no que se refere ao acesso, principalmente na ótica do usuário da ESF, que o avaliou de modo desfavorável.

São necessários, portanto, avanços, principalmente no que se refere à estruturação do sistema de saúde como um todo, considerando-se que as duas modalidades analisadas constituem a porta de entrada ao sistema e apresentam a mesma responsabilidade e o mesmo compromisso com a comunidade assistida.

---

## PRIMARY HEALTH CARE UNDER USERS AND PROFESSIONALS' VIEWS IN A BRAZILIAN CITY

### ABSTRACT

This study proposes to analyze the differences and similarities between Family Health Strategy (FHS) and Traditional Health Basic Unit (THBU) under users and health professionals' views, in a municipality of about 220,000 inhabitants. When collecting data, questionnaires made from *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* components were answered by professionals, 142 from THBU and 147 from FHS, and by users, 199 from THBU and 197 from FHS. The significance level  $\alpha$  equal to 5% ( $p \leq 0.05$ ) has been used for analysis and the Wilcoxon test for comparison. A better assessment for FHS was noticed, in the majority of analyzed dimensions, both under users and professionals' views. Concerning assessment of professionals, THBU was better in access while entrance domain has shown no statistically significant difference when compared with FHS professionals. Access and services have been better considered by THBU users comparatively with FHS users. Nevertheless, those two models have important challenges, despite better results for FHS.

**Keywords:** Primary health care. Unified health system. Quality of Health Care.

---

## ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD DE UNA CIUDAD BRASILEÑA BAJO LA VISIÓN DE LOS USUARIOS Y PROFESIONALES

### RESUMEN

El presente estudio analiza las diferencias y las similitudes entre la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y la Unidad Básica de Salud Tradicional (UBST) bajo la visión de los usuarios y profesionales de salud en un municipio brasileño con población aproximada de 220.000 habitantes. En la recogida de datos, los cuestionarios realizados a partir de los componentes del *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* fueron contestados por 142 profesionales de UBST y 147 de ESF y, aun, por 199 usuarios de UBST y 197 de ESF. En el análisis fue utilizado el nivel de significancia  $\alpha$  igual al 5% ( $p \leq 0,05$ ) y para las comparaciones, la prueba de Wilcoxon. Se constató que, en la mayoría de las dimensiones analizadas, tanto bajo la visión de los usuarios como de los profesionales, ESF ha sido mejor evaluada. En la evaluación de los profesionales, UBST ha sido mejor considerada en el ítem acceso y, para el campo *puerta de entrada*, no hubo diferencias estadísticamente significativas comparándose con la evaluación de los profesionales de ESF. Para los usuarios de UBST, el acceso y las opciones de servicios fueron considerados mejores en comparación con los usuarios de ESF. A pesar de los mejores resultados de ESF, hay importantes desafíos para las dos modalidades.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud. Sistema único de salud. Calidad de la Atención de Salud.

---

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [on-line]. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. [citado em 15 abr 2012]. Disponível em: URL [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção básica e saúde da família [on-line]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [2011] [citado em: 15 jun 2012]. Disponível em: URL <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>
3. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(3):669-81.
4. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Pública*. 2011; 27(4):787-96.
5. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2012; 28(3):515-26.
6. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saude Pública*. 2012; 46(1):43-50.
7. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(3):713-24.
8. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Scatena LM, Gonzales RIC, Ruffino-Netto A, Nogueira JA et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. *Rev Saude Pública*. 2009; 43(5):825-31.
9. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Pública*. 2008; 24(Supl 1):S7-S16.
10. Campos GWS. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad Saude Pública*. 2008; 24(Supl 1):S17-9.
11. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema de Saúde (SUS) em nível local. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2006.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
13. Oliveira EFT, Grácio MCC. Análise a respeito do tamanho de amostras aleatórias simples: uma aplicação na área de Ciência da Informação. *Data Grama Zero*[on-line]. 2005 jun [citado em: 3 nov 2008];6(3):1-9]. Disponível em: URL [http://www.dgz.org.br/ago05/Art\\_01.htm](http://www.dgz.org.br/ago05/Art_01.htm).
14. Vieira S. Bioestatística: tópicos avançados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
15. Frenk Mora J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex*. 1985; 27(5):438-53.
16. 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.
17. Nunes ECDA, Silva LWS. A subjetividade de enfermeiros expressando em arte o significado do cuidado à família. *Texto & Contexto Enferm*. 2011; 20(3):253-60.
18. Curto M. Atenção individual, enfoque familiar e orientação à comunidade nas ações de controle da tuberculose na percepção de diferentes atores - Ribeirão Preto, SP (2007). 2009. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 2009.
19. Souza GS, Mandú ENT. Percepções de enfermeiros sobre a Estratégia Saúde de Família. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(4): 643-50.

---

**Endereço para correspondência:** Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1886. CEP: 17514000. Marília, SP - Brasil.  
Email: [marnadia@terra.com.br](mailto:marnadia@terra.com.br)

**Data de recebimento:** 18/06/2014

**Data de aprovação:** 09/03/2015