

EFETIVIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SEGUNDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Andrea Carrer*

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso**

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a efetividade da atenção primária, identificando as distinções entre os modelos de serviços com estratégia saúde da família em comparação a unidades básicas tradicionais, com e sem profissionais do programa mais médicos. Pesquisa quantitativa, avaliativa, realizada com 128 profissionais - médicos, enfermeiros e coordenadores de unidades de atenção primária, por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool – Brasil), versão profissionais de saúde, em 2015 e 2016 e adotou análise estatística inferencial. Os resultados indicaram escores acima de 6,6 naquelas unidades que adotam a estratégia saúde da família e abaixo do ponto de corte nas unidades básicas de saúde tradicionais. Coordenação - sistemas de informações (5,8) e longitudinalidade (6,2) mostraram baixa efetividade dos serviços na unidade tradicional. O acesso obteve baixo escore (4,0), em ambos os modelos. A avaliação da APS nos distintos modelos de atenção revelou que as ações e serviços em saúde oferecidos no município foram mais efetivos quando executados em unidades de ESF, em comparação a UBS tradicional, independentemente da presença de profissionais do programa mais médicos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Recursos humanos em saúde. Avaliação de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Em um contexto marcado pela tentativa de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), no cenário nacional, com edição de nova portaria regulamentadora, a possibilidade de ampliar sua efetividade e resolutividade encontra-se ameaçada⁽¹⁾. Em sua concepção mais ampla, pode ser compreendida como o primeiro nível de acesso dos usuários ao sistema de saúde e coordenadora dos demais níveis de atenção, elemento essencial em um processo continuado de cuidado. Além disso, a APS engloba ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde atendendo às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades⁽²⁾.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reformulada pela portaria nº 2436/2017, **relativiza** a cobertura universal prevista no Sistema Único de Saúde (SUS), segmenta o acesso, modifica a composição das equipes de saúde, reorganiza o processo de trabalho, e fragiliza ainda mais a coordenação dos serviços pela APS⁽¹⁾, justificando a importância de estudos que comparam os modelos de atenção como o realizado.

Diante desse cenário de regressão do espaço conquistado, o reconhecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária para a reorientação do modelo assistencial no SUS perdeu sua importância, mesmo diante de evidências, como a de nosso estudo,

de que opera os princípios e diretrizes da APS de forma mais consistente e igualitária do que no modelo tradicional. Ou seja, vive-se um processo de perda de uma APS integral, a qual visava maior resolutividade e impacto na situação de saúde da população⁽¹⁾.

Historicamente no Brasil tem-se convivido com dois modelos predominantes de atenção à saúde na APS. O modelo biomédico, desenvolvido nas unidades básicas de saúde tradicionais (UBS), e o modelo epidemiológico-sanitário de prevenção e promoção da saúde oriundo da Reforma Sanitária, desde a década de 1980, cuja tentativa de expansão se deu por meio das unidades de ESF. Embora haja predominância dos dois modelos, tem-se ainda unidades tradicionais em modelo misto com a ESF orientadas à APS⁽³⁾ e também unidades de ESF trabalhando com enfoque no modelo biomédico.

A pretensão com a implantação da ESF em todo o território nacional foi mudar o foco na doença e no indivíduo, tirar o enfoque em ações curativas, tratamento de doenças, medicalização, alterando para práticas em saúde considerando a determinação do processo saúde doença, considerando o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário e com ações que envolvem a vigilância e promoção de saúde⁽⁴⁾.

Desde sua instituição, esforços foram envidados em distintas esferas de gestão e com diferentes atores no cenário nacional, no sentido de promover a ampliação e implantação das unidades de ESF, para melhorar o

*Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde. Prefeitura Municipal de Guaraniáçu, Guaraniáçu, Paraná, Brasil. E-mail: andrea_carrer_@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0323-6188>

**Enfermeira. Doutora em Ciências. Universidade Estadual do oeste do Paraná – UNIOESTE. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: lb.toso@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7366-077X>

acesso e a resolutividade aos usuários. De acordo com o Ministério da Saúde, atingiu-se a proporção estimada de 60% de cobertura de equipes de ESF, em todo território nacional. Contudo, a partir da mudança de governo, a estratégia perdeu espaço e deixou de ser considerada relevante, uma vez que seu protagonismo foi deixado de lado na nova PNAB⁽¹⁾.

Associado a esse fato tem-se o problema do financiamento no setor saúde em nosso país, o qual, desde a instituição do SUS nunca foi efetivamente resolvido, uma vez que não indica a fonte de recursos para a saúde, como política pública estabelecida na constituição. Além disso, recentes alterações legislativas como a Emenda Constitucional nº 95/2016, a qual congelou por 20 anos a destinação de recursos públicos, produzindo efeitos nas diversas políticas e especificamente no financiamento do SUS⁽¹⁾.

Desse modo, um modelo de atenção à saúde considerado eficaz, eficiente e adequado ao fortalecimento da APS no país, a ESF, poderá sofrer os impactos dessas mudanças. Outro obstáculo importante para o seu fortalecimento foi acrescido, qual seja, a disponibilidade de recursos humanos, decorrente das mudanças no processo de trabalho e composição das equipes⁽¹⁾, principalmente no trabalho médico, tema desse artigo.

Diante das dificuldades na oferta de atendimento médico na APS, anteriormente à mudança de governo e posteriormente da PNAB, a gestão anterior elaborou o Programa Mais Médicos (PMM), cujas ações envolviam à formação e qualificação dos profissionais para atuar no SUS e principalmente na APS⁽⁵⁾. Instituído pela Lei nº 12.871/2013, adotou três frentes estratégicas: mais vagas e novos cursos de Medicina com diretrizes curriculares revisadas; investimentos na construção de unidades de atenção primária, e provimento de médicos brasileiros e estrangeiros às unidades de APS⁽⁶⁾.

Neste contexto de mudanças, apresentam-se os resultados de investigação cujo objetivo foi avaliar a efetividade da atenção primária, identificando as distinções entre os modelos de serviços com estratégia saúde da família em comparação às unidades básicas tradicionais, com e sem profissionais do programa mais médicos.

METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa, avaliativa, desenvolvida com profissionais médicos, enfermeiros e coordenadores atuantes em 14 equipes de UBS tradicionais e em 35 equipes de ESF com e sem a presença de médicos do

Programa Mais Médicos (PMM) situadas nas áreas urbanas e rurais de município de médio porte na região Oeste do Paraná.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado a 128 profissionais, sendo 51 enfermeiros, 17 coordenadores e 60 médicos (destes, nove eram pertencentes ao PMM). A coleta de dados compreendeu o período de novembro de 2015 a abril de 2016.

Os dados foram obtidos nas unidades de saúde, com agenda prévia de horário com os profissionais, utilizando-se o instrumento de Avaliação da Atenção Primária a Saúde – *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) – Brasil, versão profissionais. Trata-se de um instrumento de avaliação da APS, validado no Brasil que, embasado no modelo donabedianode avaliação da qualidade dos serviços de saúde, mensura aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde⁽⁷⁾.

É composto por 77 itens divididos em oito variáveis⁽⁷⁾, sendo quatro *atributos essenciais*: Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) - 9 itens; Longitudinalidade - 13 itens; Coordenação (Integração de Cuidados) - 6 itens; Coordenação (Sistemas de Informações) - 3 itens; Integralidade (Serviços Disponíveis) - 22 itens; Integralidade (Serviços Prestados) - 15 itens; e dois *atributos derivados*: Orientação Familiar - 3 itens; e Orientação Comunitária - 6 itens.

O PCATool – Brasil versão profissionais de saúde, possui escala de respostas do tipo Likert (4=com certeza sim, 3=provavelmente sim, 2=provavelmente não, 1=com certeza não), com o acréscimo da opção '9=não sei/não lembro'. A partir dessas respostas é possível calcular um escore para cada atributo da APS (e de seus componentes) e também um Escore Essencial e um Escore Geral. Os escores para cada atributo (bem como de seus componentes) são obtidos pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens. O Escore Essencial consiste na média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o Escore Geral é definido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivados⁽⁷⁾.

Para transformar esses escores em escala de zero a dez, utilizou-se a fórmula: (Escore obtido -1) x 10 / 3. O escore igual a ou maior de 6,6 foi considerado alto escore da APS. Esse valor foi adotado por corresponder, na escala de 1 a 4, ao escore 3, equivalente a opção 'provavelmente sim'⁽⁷⁾.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados sob forma de estatística descritiva e inferencial, apresentados em tabelas e gráficos para comparação com a literatura disponível acerca da temática em questão. Os domínios

do instrumento PCATool foram avaliados quanto aos pressupostos estatísticos de normalidade (Teste de Shapiro-Wilk) e homocedasticidade (Teste de Levene) e, posteriormente, comparados entre as unidades ESF sem PMM, ESF com PMM e UBS por meio dos testes de Análise da Variância fator-único ou Kruskal-Wallis ($\alpha=0,05$). Em caso de significância estatística, foi realizado o teste de acompanhamento de Tukey após ANOVA, ou o teste de Dunn após o teste de Kruskal-Wallis. Todas as análises foram realizadas assumindo um nível de significância de 0,05, com o auxílio do software de análise de dados quantitativos XL Stat, versão 2015.

A pesquisa foi submetida à aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, sendo aprovada mediante parecer nº 1.219.464, CAAE: 47147245215.4.0000.0107. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ao aceitar participar da investigação.

RESULTADOS

Na Tabela 1, apresentam-se os escores dos atributos da APS, evidenciando-se as diferenças entre as unidades estudadas.

Tabela 1 – Comparação dos atributos da APS, segundo os profissionais, entre as unidades ESF, ESF com PMM e UBS. Cascavel, PR. 2017

Atributos de APS	ESF		UBS (n=51)	p
	sem PMM (n=46)	com PMM (n=31)		
Atributos Essenciais				
Acessibilidade	4,039 ± 1,298	4,289 ± 1,314	4,350 ± 1,419	0,560**
Longitudinalidade	7,162 ± 1,441 ^a	7,039 ± 1,476 ^a	6,275 ± 1,328 ^b	0,002*
Coordenação - Integração de cuidados	7,371 ± 1,265	7,481 ± 1,370	7,152 ± 1,495	0,428*
Coordenação - Sistema informações	6,659 ± 1,934 ^a	6,653 ± 2,634 ^{ab}	5,850 ± 3,031 ^b	0,090**
Integralidade - Serviços disponíveis	8,241 ± 1,009 ^a	8,018 ± 1,439 ^a	7,323 ± 1,266 ^b	0,0003*
Integralidade - Serviços prestados	8,229 ± 1,373	8,218 ± 1,185	7,938 ± 1,554	0,305*
Atributos Derivados				
Orientação familiar	7,919 ± 1,424 ^a	7,127 ± 1,888 ^b	6,662 ± 2,003 ^b	<0,0001*
Orientação comunitária	7,851 ± 2,061	7,389 ± 2,023	7,666 ± 1,935	0,760**
Escore Essencial	6,950 ± 0,910	6,950 ± 1,059	6,481 ± 1,049	0,08**
Escore Geral	7,184 ± 0,972	7,027 ± 1,086	6,652 ± 0,996	0,09**

Letras diferentes indicam significância estatística ($p < 0,05$) na comparação entre as unidades.

* Análise da Variância – Fator único, seguido do teste de Tukey

** Teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn

Quanto ao atributo acessibilidade, nos dois modelos de unidades não houve orientação à APS, visto que os escores se aproximaram de 4,0, distante do ponto de corte de 6,6. Não foi identificada diferença estatística significativa ($\chi^2=1,17$; $p=0,56$).

Em relação à longitudinalidade, foi adequada na ESF, acima de 7,0 e com diferença estatística significativa quando comparadas ($F_{1,126}=9,813$; $p=0,00216$), sendo o escore da UBS tradicional significativamente menor (6,2).

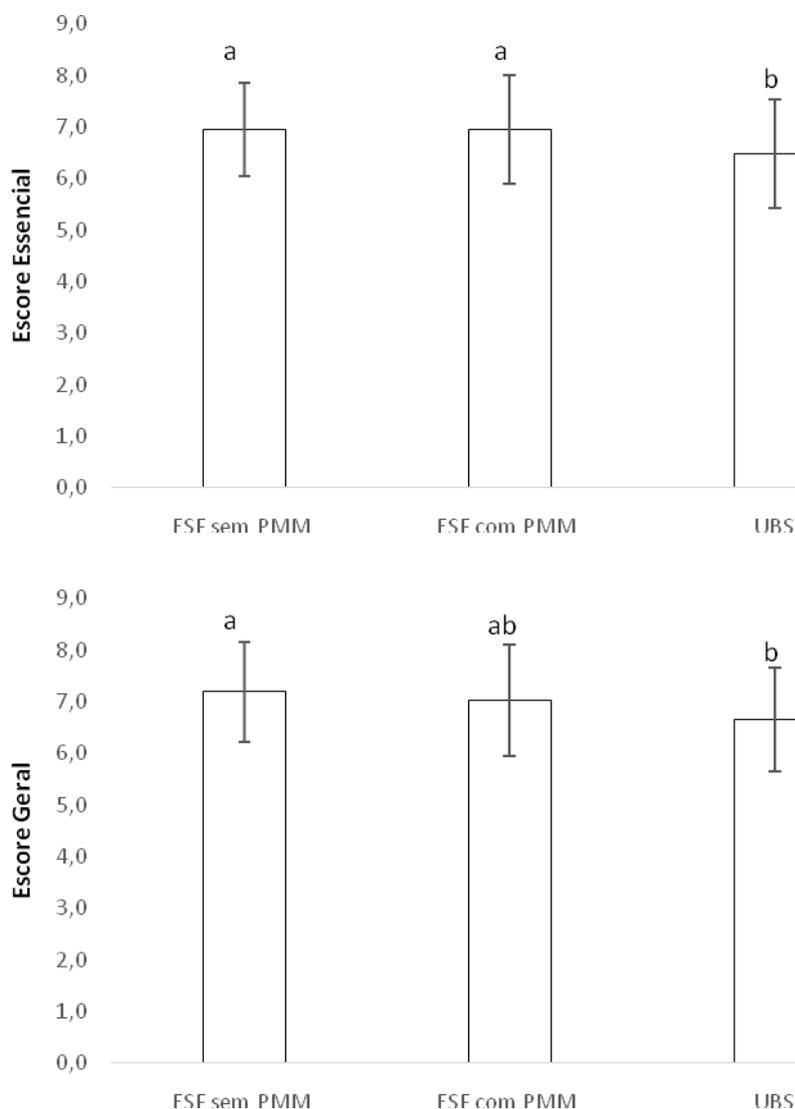
Não houve diferença estatística significativa para a variável Coordenação - Integração de Cuidados quando comparadas as Unidades ($F_{1,126}=0,634$; $p=0,428$), com escores acima de 7,0. Para coordenação - sistema de informações, houve diferença entre os modelos ($\chi^2=4,8937$; $p=0,09$), com a ESF no ponto de corte de 6,6 e a UBS tradicional abaixo, com 5,8.

Na variável Integralidade - Serviços Disponíveis o escore na UBS foi significativamente menor do que na ESF ($F_{1,126}=13,76$; $p=0,000311$). Quanto a mesma variável, mas referente aos Serviços Prestados, não houve diferença estatística significativa ($F_{1,126}=1,06$; $p=0,305$).

Sobre a Orientação Familiar, na comparação das Unidades observa-se diferença estatística significativa ($F_{1,126}=11,99$; $p=0,00073$), com escores para as UBS menores do que ESF. Não houve diferença estatística significativa em relação à variável Orientação Comunitária ($\chi^2=0,5436$; $p=0,76$).

Nos Gráficos 1 e 2, observam-se os escores dos atributos essencial e geral, comparando-se os distintos modelos de atenção.

Gráficos 1 e 2. Comparação dos Escores Essencial e Geral entre as unidades ESF, ESF com PMM e UBS. Cascavel, PR, 2016.



Verificou-se diferença significativa do Escore Essencial entre as Unidades ($\chi^2=5,111$; $p=0,08$), com valores da UBS menores do que na ESF. Para o escore geral a diferença não se repetiu.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo evidenciam que UBS tradicionais, em todos os atributos avaliados, não obtiveram orientação à atenção primária, enquanto unidades de ESF, independentemente de abrigarem o PMM, tiveram adequado grau de orientação e presença dos atributos essenciais e derivados da APS. Entretanto, no escore geral, os dois modelos apresentaram valores acima de 6,6, sendo adequados ao cumprimento dos

atributos da APS.

O atributo essencial *acesso de primeiro contato*, refere-se à disponibilidade do acesso e à utilização dos serviços de saúde pelos usuários, seja para um novo evento de saúde ou para um novo episódio do mesmo evento. Compreendido como porta de entrada ao sistema de saúde, o serviço deve ser reconhecido tanto pelos indivíduos, quanto pela equipe como primeiro local a ser procurado pela população diante de uma necessidade⁽²⁾.

A análise desse atributo identificou escores médios abaixo do ponto de corte nos dois modelos, indicando que UBS tradicional e ESF tem oferecido serviços equivalentes, aquém do esperado, no que se refere à efetividade deste atributo. Esse fato surpreende na ESF,

visto que se espera o acesso programado da população aos serviços de saúde, além da atenção à demanda espontânea que porventura coexista⁽⁸⁾. Contudo, esse também é um problema das unidades tradicionais, que precisa ser resolvido em ambos os modelos. Com a mudança na PNAB, constitui-se como um desafio, pois ao manter os dois modelos, possivelmente o acesso continuará limitado⁽¹⁾.

Portanto, com a limitação da prioridade dada a ESF, a APS continuará encontrando dificuldades para seu fortalecimento como porta de entrada ao sistema de saúde. Pois, embora sobressaíam os benefícios que a ESF e o PMM desenvolveram no cenário nacional, no que se refere à amplitude de cobertura do programa, o acesso dos usuários ainda é cerceado pelas características organizativas do processo de trabalho, da composição das equipes, do índice de cobertura dos agentes comunitários de saúde, das características de gestão de serviços nos municípios, agora acentuados pela nova PNAB^(1,6).

Acerca da *longitudinalidade*, compreendida como a relação de vínculo estabelecida ao longo do tempo entre profissionais de saúde e usuários⁽²⁾, sua análise permitiu a identificação da existência de uma fonte continuada de atenção, representada aqui pelas unidades de ESF, retratando qualidade nos serviços prestados com base neste atributo. Essa pode ser considerada uma mudança de cenário, quando comparada a estudo realizado no mesmo município com usuários – familiares de crianças, em que esse atributo não obteve orientação à APS na ESF, sendo melhor avaliado na UBS tradicional, o que pode ser explicado pela presença de pediatra nessas unidades, e demonstrando a necessidade de mudanças no processo de trabalho da ESF para melhoria da qualidade da atenção⁽⁹⁾.

Ao contrário, estudo realizado em João Pessoa, na Paraíba, encontrou resultados semelhantes para longitudinalidade, com orientação à APS na ESF. Contudo, exatamente na média, recomendando mais investimentos dos serviços para fortalecer a vinculação dos indivíduos com as unidades de ESF⁽¹⁰⁾.

Outro estudo acerca desse atributo demonstrou que longitudinalidade significa estabelecer relações terapêuticas independente de doenças. Todavia, evidenciou falta de confiança; não responsabilização; ausência de acolhimento; vínculo estabelecido com um único profissional, resultando na escolha do pronto atendimento para assistência ao invés da APS, ou seja, houve fragilidade na longitudinalidade, implicando a necessidade de mudanças no processo de estruturação na APS⁽¹¹⁾.

Estando entre os princípios fundamentais de operacionalização da ESF, a longitudinalidade, além das questões estruturais, organizacionais e de interação com os demais atributos da APS, requer dos profissionais uma postura distinta do usual, ou seja, que ultrapasse o modelo biomédico, com olhar integral, conduzindo ao conhecimento de demandas que emergem quando há um vínculo efetivo, reforçado pelo seguimento ao longo do tempo e que refletem em qualidade na assistência oferecida pela ESF⁽¹²⁻¹³⁾.

No município e no período do estudo, a inserção de profissionais do PMM na ESF contribuiu para avaliação positiva do atributo longitudinalidade, à medida que instituiu a alocação de médicos em locais carentes destes profissionais. Contudo, o tempo de permanência no programa limitado a três anos, pode apresentar-se como uma dificuldade na orientação desse atributo à APS, tendo em vista que a rotatividade dos profissionais impacta diretamente no rompimento dos vínculos estabelecidos entre usuário e médico. Desta forma, faz-se necessário o fortalecimento do vínculo com o serviço, ou seja, com todos os profissionais da equipe de saúde e não somente com o médico⁽¹⁴⁾.

Outro atributo essencial avaliado, a *integralidade*, refere-se às ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação no contexto da APS, tendo em conta a determinação do processo saúde-doença que influenciam na qualidade de vida e saúde dos usuários⁽²⁾.

A análise desse atributo revelou que as unidades de APS têm oferecido ações e serviços básicos em saúde que tornam possíveis a realização de ações qualitativas para a população. No entanto, restringir a integralidade à disponibilidade de serviços, seria equivalente a não oferecer uma atenção integral. O significado da integralidade ultrapassa a questão de garantir assistência aos usuários entre os pontos de atenção que se façam necessários, pressupõe o desenvolvimento de ações que os compreendam em sua totalidade, propiciando adequado acolhimento, assistência digna e humanizada⁽¹⁵⁾.

Entretanto, estudo realizado em João Pessoa, na Paraíba, encontrou que o atributo integralidade não obteve escores satisfatórios nas duas dimensões avaliadas - serviços disponíveis e serviços prestados, indicando que os baixos escores revelam que o atributo não possui a extensão esperada para um serviço de APS, sendo necessárias mudanças como a reestruturação dos serviços, buscando articulações intersectoriais na oferta

da atenção à saúde e a valorização das relações entre profissionais e usuários a fim de promover uma dimensão cuidadora efetiva e integral⁽¹⁶⁾.

O atributo essencial de *coordenação* do cuidado se refere à capacidade dos profissionais e equipe em identificar as necessidades de seus usuários; organizar a atenção de forma efetiva, referenciando-o a outros pontos de atenção quando necessário e integrar as respostas obtidas ao conjunto de necessidades dos indivíduos⁽²⁾. Nesse estudo foi avaliada pelos profissionais como orientada à APS, com exceção da UBS. Em estudo que abrangeu unidades mistas de atenção, que são aquelas que agregam, numa mesma estrutura, a ESF e o atendimento tradicional. Esse mesmo princípio encontrou-se também orientado à APS, corroborando nossos dados em relação a ESF⁽¹⁷⁾.

Para isso é preciso que, tanto as equipes em seu processo de trabalho, quanto os serviços que constituem a rede de atenção, estejam organizados e estruturados para promover maior efetividade da assistência. Promover a coordenação vai além da reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, é necessário também a incorporação de ferramentas e dispositivos de atenção pela gestão que possibilitem maior comunicação entre os profissionais, fluidez de informações e agilidade e eficiência no atendimento. Premissas essas inviabilizadas pela nova PNAB⁽¹⁾.

No score essencial para cada grupo, identificou-se que unidades de ESF demonstraram média acima do ponto de corte estabelecido, indicando orientação aos seus princípios. No entanto, as UBS obtiveram média inferior ao ponto de corte, retratando baixa efetividade de suas ações, sendo identificada diferença estatística significativa entre UBS e ESF. Ao contrário, estudo realizado no Distrito Federal encontrou que os atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação são limitados na teoria e na prática dos profissionais, nos dois modelos de atenção, indicando que ambos demandam aprofundamento dos processos organizativos da saúde integral⁽¹⁸⁾.

Em relação aos *atributos derivados*, para *aorientação familiar* os dois modelos de serviços apresentaram-se orientados à APS, pois ambos atingiram o ponto de corte estabelecido. A análise comparativa entre as unidades estudadas demonstrou que ocorreram distinções ($p=0,0001$) entre a efetividade das ações em saúde na APS, estando unidades de ESF com média superior ao comparado às unidades de UBS tradicional.

Em estudo desenvolvido em município do norte paranaense, ao contrário, os autores encontraram baixa aderência aos atributos orientação familiar e comunitária

em unidades com ESF e UBS tradicionais agrupadas em modelo misto, indicando a necessidade desse enfoque na saúde da família para obter sucesso em suas práticas⁽¹⁹⁾. Por outro lado, em estudo comparando modelo misto, ESF e UBS tradicional, os autores encontraram diferença estatisticamente significativa para os atributos derivados em favor dos modelos que operam com a ESF em relação ao modelo tradicional, ou seja, a ESF apresentou maiores escores para orientação familiar e comunitária⁽¹⁵⁾.

Outro estudo desenvolvido na Paraíba com familiares de crianças, encontrou fraca orientação dos atributos derivados na ESF. Os escores médios para os componentes analisados obtiveram valores 3,7 e 5,7, inferiores ao determinado para que estejam orientados à APS, indicando a necessidade de um olhar integral para o sujeito, com concepções macro e micropolíticas dos planejadores e gestores do cuidado em saúde, a fim de garantir efetividade da atenção à saúde da criança⁽²⁰⁾.

Apesar dos atributos essenciais terem tido menor valor na UBS, assim como o acesso não obteve pontuação adequada, os profissionais da APS desse estudo avaliaram que a APS cumpre com seus atributos. Contrariamente a essa percepção, estudos^(9, 17, 20) realizados com usuários do serviço abrangendo o mesmo município demonstrou que, para quem o utiliza, os princípios da APS não são seguidos.

Por fim, em estudo que avaliou qual modelo de atenção, entre UBS tradicional e aquelas com ESF, é mais orientado à APS da criança, considerando a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, encontrou as unidades mistas, que congregam os dois modelos, como mais orientadas, indicando a necessidade de reformulação na forma de desempenhar os serviços para uma atenção integral e de qualidade⁽³⁾.

Assim, depreende-se que os serviços de Atenção Primária à Saúde brasileiros são heterogêneos quanto à presença e extensão dos atributos essenciais e derivados na atenção à saúde, necessitando de mudanças estruturais e processuais nos serviços, a fim de melhor planejar as ações de cuidado na APS⁽³⁾.

CONCLUSÃO

A avaliação da APS em distintos modelos de atenção, sob o ponto de vista dos profissionais que ali atuam, revelou que as ações e serviços em saúde oferecidos no município do estudo têm sido considerados efetivos e de qualidade quando executados

em unidades de ESF, com diferenças significativas em relação a UBS tradicional.

A presença de profissionais do PMM não se mostrou estatisticamente significativa na determinação dos escores avaliados, evidenciando que, em relação à ampliação do acesso, esta não ocorreu como consequência da implantação do programa no município do estudo, pois foi o atributo pior avaliado pelos profissionais. Ademais, não se evidenciou diferenças nos demais atributos avaliados em

comparação entre as equipes que possuem profissionais do PMM e aqueles que não os tem.

Ressalta-se, portanto, a necessidade da realização de mais pesquisas acerca desta temática, bem como, a realização de pesquisas avaliativas com outros sujeitos, como os usuários, uma limitação do estudo, como forma de identificação de aspectos que necessitem de reafirmação ou reformulação de ações, com vistas a melhorias na atenção oferecida pelo programa e para fortalecimento da APS.

EFFECTIVENESS OF PRIMARY CARE ACCORDING TO HEALTH PROFESSIONALS AND THE PROGRAM MORE MEDICAL

ABSTRACT

The study had as objective to evaluate the effectiveness of primary care, identifying the distinctions between the models of services with the family health strategy in comparison to traditional basic units, with and without professionals of the program more medical. Quantitative research, evaluative, performed with 128 professionals - physicians, nurses and coordinators of primary care units, by means of the instrument Primary Care Assessment Tool (PCATool - Brazil) version to health professionals, in 2015 and 2016 and adopted inferential statistical analysis. The results indicated scores above 6.6 on those units that adopt the family health strategy and below the cut-off point in the basic units of traditional health. Coordination- information systems (5.8) and longitudinally (6.2) showed low effectiveness of services in traditional health units. The access obtained a low score (4.0), in both models. The evaluation of the primary care in different models of services revealed that the health actions and services offered in the municipality were more effective when performed in family health units, in comparison to traditional ones, regardless of the presence of professionals in the program more medical.

Keywords: Primary health care. Health human resources. Health services evaluation.

EFFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN PROFESIONALES DE SALUD Y EL PROGRAMA “MAIS MÉDICOS”

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la atención primaria, identificando las distinciones entre los modelos de servicios con estrategia salud de la familia (ESF) en comparación a unidades básicas (UBS) tradicionales, con y sin profesionales del programa “mais médicos”. Investigación cuantitativa, evaluativa, realizada con 128 profesionales - médicos, enfermeros y coordinadores de unidades de atención primaria (APS), por medio del instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool – Brasil), versión profesionales de salud, en 2015 y 2016 y adoptó el análisis estadístico inferencial. Los resultados indicaron puntuaciones arriba de 6,6 en aquellas unidades que adoptan la estrategia salud de la familia y abajo del punto de corte en las unidades básicas de salud tradicionales. Coordinación - sistemas de informaciones (5,8) y longitudinalidad (6,2) demostraron baja efectividad de los servicios en la unidad tradicional. El acceso obtuvo baja puntuación (4,0) en ambos los modelos. La evaluación de la APS en los distintos modelos de atención reveló que las acciones y los servicios en salud ofrecidos en el municipio fueron más efectivos cuando ejecutados en unidades de ESF, en comparación a UBS tradicional, independientemente de la presencia de profesionales del programa “mais médicos”.

Palabras clave: Atención primaria a la salud. Recursos humanos en salud. Evaluación de los servicios de salud.

REFERÊNCIAS

- 1 Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 2018; 42(116): 11-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
- 2 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS; 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
- 3 Santos NCCB, Vaz EMM, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34(1):e00014216. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00014216>.
- 4 Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2015 [citado em 2016 Fev]; 20(6): 1869-1878. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e no 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: 22 out. 2013 [citado em 2016 Fev]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
- 6 Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2015 [citado em 2017 Fev]; 20(1): 3547-3552. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>.
- 7 Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 2013 [citado em 2015 Set]; 8(29): 244-255. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)821).
- 8 Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl 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 em Debate*, 2014; 38(nº esp): 13-33. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S003>.
- 9 Frank BRB, Viera CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRGO. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 2015; 39(105): 400-410. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>.
- 10 Vaz EMC, Magalhães RKBPM, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. *Rev. Gaúch. Enferm.*, 2015; 36(4):49-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>.
- 11 Silva RMM, Toso BRGO, Neves ET, Moura CB, Viera CS. Longitudinality in child health care in the context of primary care. Ver. enferm. UFPE online, 2017;

11(5):1909-17. Available from:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfemagem/article/view/23340/18944>.

12 Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Professional-patient bond in a team of the family health strategy. *Ciênc., Cuid. Saúde*, 2014 [citado em 2016 Set]; 13(3): 556-562. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i3.19661>.

13 Silva AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracoli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Ver. Esc. Enferm. USP*, 2014 [citado em 2016 Abr]; 48(n. esp): 126-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000600018>.

14 Carrer A, Toso BRGO, Guimarães ATB, Contemo JR, Mimoso KC. Effectiveness of the Family Health Strategy in units with, and without, the Mais Médicos (More Doctors) Program in a municipality in the west of Paraná state, Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2016; 21(9): 2849-2860. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16212016>.

15 Santos NCCB, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Family-centeredness and community orientation according to three child health care models. *Acta Paul. Enferm.*, 2016; 29(6): 610-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600086>.

16 Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. *Rev. Gaúch. Enferm.*, 2016

[citado em 2016 Abr]; 37(4): e57067-e57067. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-14472016.04.57067>.

17 Silva RMM, Silva-Sobrinho RA, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. Challenges in the coordination of children's healthcare. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2015 [citado em 2016 Mai]; 20(4): 1217-1224. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00742014>.

18 Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde em Debate*, 2015; 39(105): 387-399. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>.

19 Daschevi I JM, Tacla MTGM, Alves BA, Toso BRGO, Collet N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semin., Ciênc. Biol. Saúde*, 2015; 36(1): 31-38. doi: <http://dx.doi.org/10.5433/1679-0367.2015v36n1p31>.

20 Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRGO, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2016 [citado em 2016 Mai]; 21(1): 119-127. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.05682014>.

Endereço para correspondência: Beatriz Toso. Rua Mato Grosso, 1637, apto 1401, Cascavel, PR. Cep: 85812-020. Fone: (45)99971-1791. E-mail: lb.toso@gmail.com

Data de recebimento: 07/06/2018

Data de aprovação: 09/11/2018