



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Harzheim, Erno; Pinto, Luiz Felipe; Hauser, Lisiâne; Soranz, Daniel
Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção
Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 5, mayo, 2016, pp. 1399-1408
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63045664008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil

Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Erno Harzheim¹
 Luiz Felipe Pinto²
 Lisiane Hauser¹
 Daniel Soranz³

Abstract In the first half of 2014, 6,675 adults and caregivers of children using Primary Care (PC) services in Rio de Janeiro were interviewed using the Primary Care Assessment Tool - PCA-Tool-Brazil. The aim was to arrive at an accurate overview of the extent to which PC services in all of the Planning Areas (PA) of the Rio de Janeiro City Health Department (CHD) – Municipal Health Secretariat have the essential and derivative attributes. This was a cross-sectional study of random, independent samples of the service users (children and adults). Results were measured using the scores assigned to PC attributes. In the opinion of adults and children using PC services, Type A Units – Municipal Healthcare Centers and Family Clinics staffed only with Family Health Teams, performed better than Type B units. The scores for the attributes “first contact accessibility”, “comprehensive service – services provided”, “community orientation” and “family orientation” still need to be improved. On the other hand “coordinated care” and “continuity” are on their way to quality scores, being always rated at around 6.0 or even higher.

Key words Primary healthcare, Health services, Service assessment

Resumo No 1º semestre de 2014, 6.675 usuários adultos e cuidadores de crianças usuárias dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro foram entrevistados por meio do Instrumento de Avaliação da APS, Primary Care Assessment Tool, o PCATool-Brasil. O objetivo era ter um panorama rigoroso, por meio da experiência real dos usuários, do grau de extensão dos atributos essenciais e derivados da APS para todas as Áreas de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A pesquisa teve um desenho de estudo transversal, com amostras aleatórias independentes de usuários (crianças e adultos) dos serviços e os resultados mensurados por escores dos atributos da APS. As unidades tipo A – Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família que possuem apenas Equipes de Saúde da Família - obtiveram desempenho superior quando comparadas às unidades tipo B, na avaliação de adultos e crianças que utilizam os serviços de APS. Os escores dos atributos “acesso – primeiro contato/acessibilidade”, “integralidade – serviços prestados”, “orientação comunitária” e “orientação familiar” ainda precisam obter melhor desempenho. Por outro lado, a “coordenação do cuidado” e “longitudinalidade” encontram-se em trajetória de qualidade, pois invariavelmente obtiveram escores próximos ou superiores a 6,0.

Palavras-chave Cuidados Primários de Saúde, Serviços de saúde, Avaliação dos serviços

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Av. Paulo Gama 110, Farroupilha. 90040-060 Porto Alegre RS Brasil.
 ernoharz@terra.com.br

² Faculdade de Medicina, UFRJ. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Várias evidências suportam a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora de um sistema, isto é, que os serviços que conformam as Redes de Atenção à Saúde sejam estruturados de acordo com as necessidades da população, identificadas pelas Equipes de Saúde da Família¹. A Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde reafirma o papel ordenador deste nível de atenção no SUS². Além disso, países com APS forte (como a Inglaterra, Canadá, França, Espanha e Portugal) apresentam melhores indicadores com menores investimentos em saúde em relação a países com APS fraca (como os EUA)³. Muitos outros estudos realizados no Brasil⁴⁻¹⁰ mostram efeitos importantes, especialmente da Estratégia Saúde da Família (ESF), na melhoria da saúde da população. Hoje mais de 35.000 equipes atuam em todo o país, sendo responsáveis pelo cuidado de mais da metade da população. Estudos demonstraram que a ESF teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, sobre a redução de internações por condições sensíveis à APS, sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, assim como ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista sociossanitário⁵⁻¹¹.

Vista como o primeiro nível de atenção à saúde, é definida como o acesso de um sistema de saúde ('acesso de primeiro contato'), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Esta definição explicita seus atributos essenciais e derivados. Os quatro atributos essenciais são: (1) acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas, (2) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, (3) integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. 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, adequadas ao contexto deste nível de atenção, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro destes tipos de unidades. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitalares, entre outros, (4) coordenação: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Os três atributos derivados são: (1) orientação familiar: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar; (2) orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; (3) competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

No Brasil, diversos estudos apontam a heterogeneidade da qualidade da atenção prestada pelas equipes da ESF, assim como desafios de se ampliar sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no país^{5,12-14}.

Atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro, até o ano de 2008, apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobemente embasada na APS. Em dezembro de 2008, das 163 equipes de Saúde da Família registradas no CNES, apenas 68 possuíam médicos. Se considerarmos que cada ESF era responsável em média por 3.450 pessoas (valor de referência utilizado na época pelo DAB/SAS/MS), encontraremos um total de 234.600 usuários com médicos de família em equipes completas. Isto é, em meados de 2009, a cobertura da Estratégia Saúde da Família era em torno de 3,5%. A partir desse ano, uma mudança radical na gestão da saúde pública foi iniciada. Forte ênfase foi dada por meio do estímulo à

Estratégia Saúde da Família, chegando ao ano de 2014 a uma cobertura de cerca de 45% da população carioca. Estamos nos referindo ao número de pessoas, após a crítica e a “gestão da lista de duplicados”, isto é, mais de 2,7 milhões de cariocas passaram a estar cadastrados e efetivamente acompanhados.

Em 2009, a SMS-RJ redefiniu a nomenclatura existente para caracterizar conceitualmente todos os estabelecimentos de saúde da APS. Até 2008 havia diversas siglas: UCPS, PACS, OS, PAM, PU, posto de saúde, unidade mista, centro municipal de saúde. Como pode ser pesquisado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, a rede da APS do município do Rio de Janeiro passou a ter apenas duas nomenclaturas: Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF). Nos dois anos seguintes, entre 2010 e 2011, uma “carteira padronizada de serviços e ações” passou a ser ofertada em cada uma destas unidades e foi adotada uma tipologia para diferenciar aquelas que desenvolviam apenas o modelo de atenção associado à Estratégia Saúde da Família. O modelo “tipo A” corresponde àquelas unidades onde todo o território é coberto por Equipes de Saúde da Família (podendo ser Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde). O modelo “tipo B” se refere a unidades mistas, onde somente parte do território é coberto pelo Saúde da Família. Finalmente, as unidades do modelo “tipo C” se relacionam a unidades onde ainda não há equipe de saúde da família, mas existe um território de referência bem definido¹⁵. As unidades “tipo C” não fizeram parte da pesquisa realizada por representarem apenas uma unidade de APS. Todas as chamadas “Clínicas da Família” foram classificadas como unidades “tipo A” e os “Centros Municipais de Saúde”, ainda hoje, estão divididos: uma parte forma um conjunto do “tipo A” e outra do “tipo B”. Do total de 194 estabelecimentos de Atenção Primária em Saúde existentes em 2014, cerca de 75% representavam unidades com ESF “puro sangue” (unidades tipo A, quer sejam CF ou CMS-A).

O objetivo deste estudo é avaliar os limites e as possibilidades dos avanços obtidos na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro, desde a experiência dos usuários, tanto adultos como crianças.

Metodologia

O estudo teve um desenho de estudo transversal, com amostras aleatórias independentes de usu-

ários dos serviços para cada uma das dez áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro. No total, a amostra realizada para crianças foi de $n_1 = 3.145$, e de adultos, $n_2 = 3.530$ pessoas. Os usuários adultos, ou seus cuidadores responsáveis (no caso das crianças), responderam ao Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil¹⁶ que mede o grau de orientação à APS dos serviços de saúde e algumas perguntas estruturadas em questionário acerca de variáveis sociodemográficas e de morbidade referida. Os questionários foram aplicados por entrevistadores devidamente treinados com a utilização de um “Manual do Entrevistador”.

O tamanho de amostra foi estimado considerando o objetivo de comparar o grau de orientação à APS (Escore Geral – 0 a 10) entre as Clínicas da Família (CF), os Centros de Saúde (CMS-A) e os Centros de Saúde “mistos” (CMS-B), na perspectiva de usuários crianças e adultos. Para isso, assumiu-se uma diferença mínima de 0,5 no escore geral médio entre os três tipos de serviços de APS. Utilizou-se nível de significância de 5% e poder estatístico de 80% para usuários crianças, e 90% para usuários adultos. A estrutura complexa da amostra também foi incorporada ao cálculo amostral utilizando-se o fator de ajuste com um coeficiente de correlação intraclasse (ICC) igual a 0,01¹⁷. Dessa maneira, o tamanho de amostra estimado para usuários crianças foi de 2.600 e para usuários adultos foi de 2.884. Com acréscimo de 10% para perda, o número total de entrevistas necessário para a amostra selecionada foi de 6.033. A distribuição das entrevistas nas unidades de saúde foi proporcional ao tamanho da população cadastrada na mesma e selecionada de forma independente por área de planejamento. Dentro destas, por usuário adulto e criança em subamostra proporcionais ao número de pessoas cadastradas por ESF. Duas APs (2.1 e 5.3) optaram por ampliar a amostra e solicitaram à equipe de coordenação da pesquisa nova seleção amostral. Os critérios de inclusão/exclusão consideraram unidades de saúde com no mínimo seis meses de implantação da Saúde da Família conforme a lista da SMS-RJ fornecida em julho de 2013. Além disso, os usuários elegíveis foram os adultos com 18 anos ou mais e crianças com 12 anos ou menos, que saíram de consulta médica na unidade de saúde no dia da entrevista e haviam consultado com o(a) médico(a) na mesma unidade de saúde no mínimo duas vezes nos últimos dois anos (considerando a consulta realizada no dia da entrevista). Foram excluídos os usuários que não apresentaram condições físicas e mentais para responder

ao questionário e aqueles que não consultaram no mínimo duas vezes na unidade de saúde nos últimos dois anos. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro até julho de 2014. Utilizou-se o programa Teleform na versão 10.5¹⁸ para o desenho dos questionários, a leitura das imagens dos questionários e a validação dos dados.

Os escores dos itens foram obtidos pela transformação na escala original do item (variando de 1 a 4) para a mesma escala dos escores dos atributos (variando de 0 a 10). *Um escore acima de 6,6 indica uma elevada qualidade de atenção à saúde no respectivo item/atributo.*

Os escores dos atributos, escore essencial e escore geral foram comparados entre dois grupos de serviços de saúde (A = Clínica da Família e CMS-A (juntos) x CMS B) utilizando o teste t para duas amostras independentes, tanto para usuários crianças quanto para usuários adultos.

Na comparação entre as dez áreas de planejamento (AP) utilizou-se a metodologia da análise de variância que foi seguida da estatística de teste Tukey, quando houve a rejeição da hipótese de igualdade.

Nas análises que contemplaram toda a amostra, seja de usuário criança seja de usuário adulto, foi considerada a estrutura do plano amostral o que permite incorporar ajustes nas estimativas de variabilidade. Os resultados foram apresentados pelo escore médio e o respectivo intervalo com 95% de confiança. Considerou-se 5% para nível de significância e utilizou-se o Data Analysis and Statistical Softwares (STATA) versão 12¹⁹ e o Statistical Analysis Software (SAS) versão 9.4²⁰.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). As entrevistas foram realizadas mediante entrega da carta de apresentação da pesquisa aos usuários ou responsáveis, bem como leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os usuários ou responsáveis receberam a carta de apresentação da pesquisa e uma via do TCLE.

Resultados

Ao fim da pesquisa, obtivemos entre as duas amostras independentes realizadas um total de 3.530 adultos e 3.145 responsáveis por crianças, que responderam ao instrumento. A maior proporção de respondentes foi observada entre usuários das Clínicas da Família, cerca de 50%, seguidas pelos CMS-A (em torno de 30%) e pelos CMS-B (aproximadamente 20%). Esta distribui-

ção é semelhante ao universo de pessoas cadastradas no período de seleção das duas amostras, demonstrando a representatividade amostral do ponto de vista da distribuição das entrevistas realizadas. O tempo de cada entrevista no caso do questionário de criança foi de 30 minutos (média) e 29 minutos (mediana). Para adultos, 33 minutos (média) e 30 minutos (mediana).

A Tabela 1 apresenta os escores médios obtidos dos atributos com intervalo de confiança de 95% na experiência de usuários adultos e crianças nos serviços de Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro comparando unidades tipo A e unidades tipo B. Na primeira parte da Tabela 1, para os adultos, não houve diferença estatisticamente significante nos atributos essenciais, nos atributos derivados e nos escores essencial e geral, quando comparados ambos os tipos de unidade (*p*-valores > 0,05). Os resultados obtidos para o escore médio essencial e o escore médio geral apresentaram valores próximos de 6,0, isto é, abaixo do valor de 6,6 que indicaria uma boa qualidade geral da atenção primária em saúde. Ao desagregar esta análise, pode-se perceber os motivos dessas notas gerais pelos atributos que os compõem. Por um lado, “acessibilidade”, “orientação comunitária” e “integralidade – serviços prestados” contribuíram negativamente para os escores médios gerais; por outro lado, “afiliação”, “utilização”, “coordenação – sistema de informação”, e “coordenação do cuidado” foram decisivos para melhorar o desempenho obtido.

A segunda parte da Tabela 1 analisa os dados para as crianças, em que, de forma semelhante aos resultados para adultos, também não houve diferença estatisticamente significante para os escores essencial e geral quando comparadas as unidades tipo A e tipo B (*p*-valores > 0,05). Os resultados obtidos entre estes dois escores médios gerais obtiveram valores superiores a 6,0, mas ainda abaixo de 6,6, que indicaria uma boa qualidade geral da atenção primária em saúde. Ao desagregar esta análise, pode-se perceber os mesmos motivos dos usuários adultos para as notas gerais dos atributos que os compõem. Novamente, “acessibilidade”, “orientação comunitária” e “integralidade – serviços prestados” contribuíram negativamente para os escores médios gerais. E também com maior peso, “afiliação”, “utilização”, “coordenação – sistema de informação” e, também, neste caso, o atributo “longitudinalidade” contribuíram para maiores escores médios gerais.

A Figura 1 descreve os resultados dos escores médios por atributo da Atenção Primária à Saúde de comparando-se todas as dez áreas de planeja-

Tabela 1. Escores[#] médio e intervalos de confiança (IC 95%) dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários adultos e crianças. Município do Rio de Janeiro – 1º semestre de 2014.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	Usuários adultos						
	Geral		Unidade tipo A (CF ou CMS-A)		Unidade tipo B (CMS)		
	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	Valor-p*
Afiliação	3.496	7,05 (6,83; 7,27)	2.701	7,11 (6,86; 7,37)	795	6,85 (6,44; 7,27)	0,292
Utilização	3.502	7,96 (7,84; 8,09)	2.708	7,98 (7,84; 8,13)	794	7,94 (7,69; 8,18)	0,729
Acessibilidade	3.362	4,19 (4,08; 4,30)	2.599	4,26 (4,14; 4,39)	763	3,96 (3,76; 4,15)	0,010
Longitudinalidade	3.503	6,27 (6,13; 6,40)	2.710	6,27 (6,11; 6,42)	793	6,28 (5,99; 6,58)	0,937
Coordenação do Cuidado	1.000	6,57 (6,33; 6,81)	734	6,57 (6,27; 6,87)	266	6,59 (6,24; 6,94)	0,933
Coordenação Sistema de Informação	3.304	6,63 (6,42; 6,84)	2.540	6,63 (6,37; 6,88)	764	6,67 (6,36; 6,98)	0,839
Integralidade - Serviços Disponíveis	2.779	5,00 (4,81; 5,19)	2.135	4,98 (4,75; 5,22)	644	5,06 (4,77; 5,35)	0,685
Integralidade - Serviços Prestados	3.251	3,99 (3,82; 4,15)	2.515	4,02 (3,82; 4,21)	736	3,92 (3,61; 4,23)	0,600
Escore Essencial	3,469	5,93 (5,82; 6,04)	2,680	5,95 (5,82; 6,08)	789	5,87 (5,67; 6,08)	0,587
Orientação Familiar	3.425	5,08 (4,88; 5,28)	2.646	5,10 (4,87; 5,33)	779	5,05 (4,63; 5,46)	0,826
Orientação Comunitária	2.863	4,74 (4,53; 4,96)	2.211	5,01 (4,77; 5,25)	652	3,85 (3,48; 4,22)	< 0,001
Escore Geral	3,485	5,73 (5,60; 5,84)	2,695	5,77 (5,63; 5,91)	790	5,61 (5,37; 5,84)	0,267
Usuários crianças							
Atributos da Atenção Primária à Saúde	Geral		Unidade tipo A (CF ou CMS-A)		Unidade tipo B (CMS)		
	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	n	Média (IC 95%)	Valor-p*
	3.115	7,54 (7,34; 7,75)	2.422	7,59 (7,36; 7,83)	693	7,39 (6,95; 7,83)	0,417
Afiliação	3.123	7,88 (7,75; 8,01)	2.430	7,90 (7,75; 8,04)	693	7,86 (7,60; 8,11)	0,730
Utilização	3.112	4,72 (4,57; 4,87)	2.426	4,78 (4,61; 4,95)	686	4,53 (4,26; 4,81)	0,129
Acessibilidade	3.123	6,14 (6,00; 6,29)	2.429	6,11 (5,95; 6,27)	694	6,27 (5,97; 6,58)	0,362
Longitudinalidade	515	6,01 (5,66; 6,36)	398	5,84 (5,45; 6,24)	117	6,60 (5,93; 7,27)	0,057
Coordenação do Cuidado	2.967	6,63 (6,42; 6,83)	2.295	6,61 (6,36; 6,85)	672	6,72 (6,40; 7,04)	0,586
Coordenação Sistema de Informação	2.654	5,76 (5,57; 5,95)	2.065	5,71 (5,49; 5,94)	589	5,93 (5,60; 6,26)	0,281
Integralidade - Serviços Disponíveis	2.985	5,44 (5,19; 5,68)	2.315	5,35 (5,08; 5,62)	670	5,76 (5,26; 6,27)	0,160
Integralidade - Serviços Prestados	3.109	6,30 (6,18; 6,43)	2.417	6,29 (6,15; 6,44)	692	6,34 (6,11; 6,58)	0,658
Escore Essencial	3,042	5,43 (5,22; 5,63)	2.368	5,41 (5,17; 5,65)	674	5,51 (5,13; 5,88)	0,666
Orientação Familiar	2.544	5,09 (4,85; 5,32)	1.991	5,42 (5,18; 5,67)	553	3,91 (3,43; 4,39)	< 0,001
Escore Geral	3,116	6,09 (5,95; 6,22)	2.421	6,11 (5,95; 6,26)	695	6,03 (5,78; 6,27)	0,699

Fonte: Harzheim et al.¹⁵. [#] Escores assumem valores de 0 a 10. IC: intervalo de confiança. * Associado ao teste t para duas amostras independentes.

mento na experiência dos usuários adultos. Há diferenças importantes e estatisticamente significantes entre cada área do município pesquisado em amostras independentes para compor o total do município do Rio de Janeiro, especialmente nos resultados negativos da área 5.1. Por outro lado, as evidências de melhor qualidade foram estimadas para as áreas de planejamento: 2.2 (maior escore geral = 6,52), 4.0, 2.1 e 3.1 – nesta ordem, com escores gerais de APS iguais ou superiores a 6,0. Os intervalos de confiança estimados para as áreas 2.1, 2.2 e 4.0 incluem o valor de referência de 6,6, o que significa em termos estatísticos que estas três áreas obtiveram na amos-

tra realizada o grau de boa qualidade em APS no desenho metodológico de Starfield¹¹. Por outro lado, os piores escores gerais foram observados nos distritos sanitários 5.1 (menor escore = 5,09), 3.2, 1.0, 3.3, 5.2 e 5.3 – também nesta ordem.

Entre as áreas, os escores que mais se destacaram na avaliação dos adultos foram: longitudinalidade e coordenação do cuidado (maiores escores médios entre os atributos).

A Figura 2 descreve os resultados para as crianças, cujas estimativas foram superiores àquelas observadas para os adultos, mantendo-se, contudo, diferenças estatisticamente significantes entre cada área pesquisada do município.



Figura 1. Escore médio e intervalos de confiança (IC 95%) dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários adultos por Área de Planejamento - Município do Rio de Janeiro – 1º semestre de 2014.

Fonte: Harzheim et al.¹⁵.

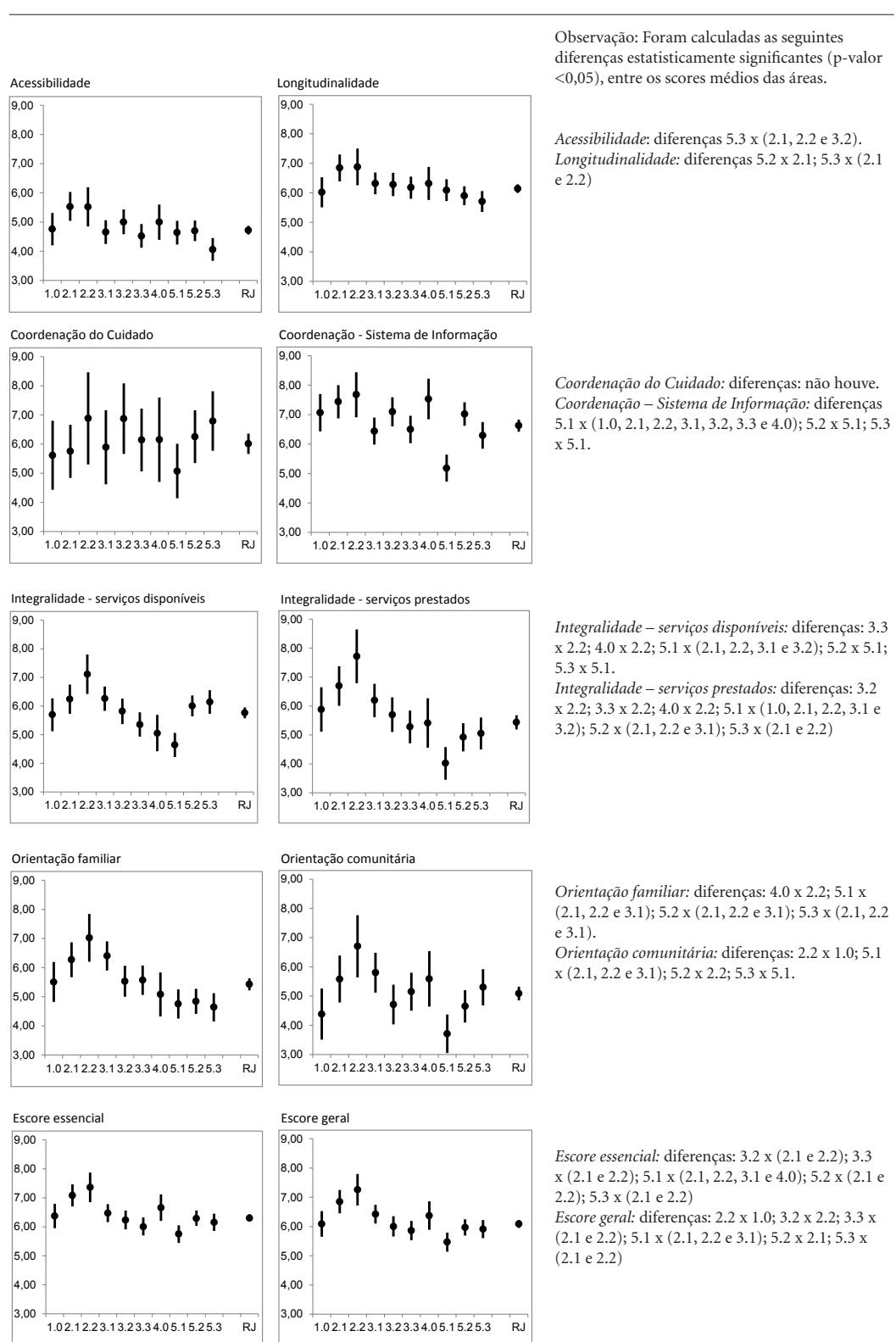


Figura 2. Escore médio e intervalos de confiança (IC 95%) dos atributos da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários crianças por Área de Planejamento - Município do Rio de Janeiro – 1º semestre de 2014.

Fonte: Harzheim et al.¹⁵.

Os resultados dos escores gerais evidenciam uma melhor qualidade da Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários crianças nas áreas de planejamento: 2.2 (maior escore = 7,26), 2.1, 3.1, 4.0, 1.0 e 3.2 – nesta ordem, com escores iguais ou superiores a 6,0. Os intervalos de confiança estimados para as áreas 2.1, 2.2, 3.1 e 4.0 incluem o valor de referência de 6,6, o que significa em termos estatísticos que estas quatro áreas obtiveram ótimos resultados. Por outro lado, os piores escores foram observados nos distritos sanitários 5.1 (menor escore = 5,47), 3.2, 3.3, 5.3 e 5.2 – também nesta ordem.

Entre as áreas, os escores que mais se destacaram na avaliação das crianças foram: longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Discussão

As unidades tipo A – Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família obtiveram desempenho superior na avaliação de adultos e crianças que utilizam os serviços de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro. A experiência de crianças nos serviços foi mais bem avaliada do que a de adultos, especialmente em unidades tipo A. O atributo “acesso – primeiro contato/ acessibilidade” mostrou-se o mais desfavorável e contribuiu em todas as dez áreas de planejamento para diminuir os escores essencial e geral. A “orientação comunitária” e “orientação familiar” também se revelaram atributos em construção, embora os resultados nas unidades tipo A tenham sido invariavelmente superiores ao modelo tipo B. Por outro lado, a “coordenação do cuidado” e “longitudinalidade” encontram-se em trajetória de qualidade: os escores essenciais e gerais foram quase sempre superiores a 6,0.

Chamou-nos a atenção os resultados das áreas 2.1 e 2.2 – usuários crianças. Nessas unidades, possivelmente pela atual existência de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (UERJ e SMS-RJ, já consolidado em 2014), os resultados foram superiores aos das demais áreas com significância estatística, isto é, obtiveram escores essenciais acima de 7,0 e gerais próximos desse valor.

Se compararmos os resultados obtidos com pesquisas com metodologia semelhante, podemos observar que os escores gerais de Atenção Primária à Saúde na experiência dos usuários adultos no município do Rio de Janeiro são superiores aos obtidos em Porto Alegre no ano de 2007¹⁴. Além disso, os escores de acessibilidade e

integralidade – serviços prestados –, mesmo obtendo os piores resultados entre os atributos no município do Rio de Janeiro, são superiores aos obtidos em Porto Alegre. Já os escores de orientação comunitária em adultos em ambas cidades são muito semelhantes, marcando superioridade do modelo baseado na Estratégia Saúde da Família em relação ao tradicional. Isto demonstra que o Rio de Janeiro tem conseguido avançar na direção de maior qualidade da APS em curto espaço de tempo, visto que Porto Alegre tinha uma história superior a 10 anos de Saúde da Família no ano de 2007, com uma cobertura, naquele momento, em torno de 30% da população. Por outro lado, os escores de orientação comunitária obtidos em ambas cidades mostram que este atributo vai muito além da presença e ação do Agente Comunitário de Saúde, sendo necessário incrementar o planejamento das Unidades de Saúde com base em dados epidemiológicos e também nas preferências e valores dos usuários.

Ao compararmos os resultados obtidos em nosso estudo com dados mais antigos de Porto Alegre, com metodologia semelhante, entre usuários crianças, no ano de 2004²¹, percebe-se grande semelhança entre os escores, com menor presença de diferença estatística superior para Estratégia Saúde da Família. Como no Rio de Janeiro, os escores obtidos por meio da experiência das crianças em Porto Alegre são superiores aos dos adultos em muitos atributos, incluindo o escore geral de APS. Esses resultados mostram a capacidade dos serviços de Atenção Primária no Brasil, especialmente a Saúde da Família, em priorizar o cuidado das crianças, com consequências positivas já demonstradas sobre mortalidade infantil^{5,6}. Por outro lado, parece haver dificuldades em garantir tanto o acesso de primeiro contato como a lista ampliada de ações em saúde dirigidas aos adultos. Nessa direção, é preciso adotar micropolíticas de gestão inovadoras que ampliem a acessibilidade dos usuários adultos e garantam aos mesmos uma lista de serviços capazes de atender a suas maiores necessidades em saúde.

Considerações finais e recomendações

Para a gestão municipal, algumas recomendações podem ser feitas no sentido de melhorar a qualidade da APS no Rio de Janeiro: (i) fortalecer o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, dando condições para o que mesmo possa ocorrer em todas as Áreas de Planejamento da Saúde; (ii) formar preceptores

em Medicina de Família e Comunidade para dar suporte ao Programa de Residência; (iii) no âmbito da formação, criar um Plano Diretor de Formação no SUS carioca, organizando o acesso de alunos nas unidades de saúde; (iv) disponibilizar telefone e/ou outras formas de acesso não presenciais (TICs) para o médico e equipe de saúde da família ficar de sobreaviso, monitorando os problemas de saúde e tirando dúvidas específicas da população cadastrada de sua área; (v) ampliar a divulgação dos blogs das unidades de Atenção Primária à Saúde, como o principal canal de comunicação com a população; (vi) manter os cadastros das pessoas atualizados e realizar mensalmente a “gestão de cadastros duplicados”, para dar maior possibilidade de acesso a novos moradores de se cadastrarem em cada ESF; (vii) avaliar a possibilidade de recadastramento das pessoas que não possuem identificação única nos prontuários eletrônicos, tendo em vista a mudança de territórios com a implantação de novas Clínicas da Família; (viii) manter o monitoramento da carteira básica de serviços, avaliando a inclusão de novos procedimentos, principalmente para os médicos egressos da Residência Médica, (ix) criar uma ferramenta de divulgação dos resultados dos indicadores de saúde (por exemplo, *Tabnet*), que possa publicizar dados validados previamente e agregados por ESF, (x) continuar a transformação de unidades tipo B em tipo A, convidando

para atuação nas Policlínicas os profissionais de saúde das unidades tipo B, fundamentais para a longitudinalidade do cuidado; (xi) ampliar a contratualização dos prestadores públicos e privados conveniados com o SUS, preenchendo lacunas observadas pelo Sistema de Regulação e redirecionando o possível excesso de vagas de exames e procedimentos. Futuros estudos poderiam ser desenvolvidos comparando os efeitos na qualidade do cuidado entre as unidades que possuem médicos com título de especialista em Medicina de Família e Comunidade x unidades sem este tipo de médico, assim como a mensuração da magnitude das doenças antes x depois da Reforma da APS na cidade do Rio de Janeiro, em modelos de regressão logística, em que a variável dependente pudesse considerar pessoas cadastradas x não cadastrada pela Equipes de Saúde Família. Os resultados do *survey* com as amostras independentes realizadas demonstram que novos estudos de consistência e validação interna das questões que compõem os atributos poderiam ser realizados para reduzir o número de itens na aplicação desse longo instrumento de avaliação, isto é, a criação de uma versão PCA-Tool-Brasil reduzido, validado para o município do Rio de Janeiro. Isso ajudaria a tornar factível a implantação dessa avaliação de forma rotineira (semestral) para a tomada de decisão de gerentes e gestores da SMS.

Colaboradores

E Harzheim e LF Pinto contribuiram para a concepção, delineamento e análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo. L Hauser contribuiu com o desenho amostral e redação do artigo. D Soranz participou da redação e da revisão crítica do artigo.

Referências

1. Mendes E. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
2. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
3. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3):831-865.
4. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):669-681.
5. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.
6. Bezerra Filho JG, Kerr LR, Miná Dde L, Barreto ML. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. *Cad Saude Publica* 2007; 23(5):1173-1185.
7. Macinko J, Marinho de Souza Mde F, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med* 2007; 65(10):2070-2080.
8. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2007; 7(1):75-82.
9. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1):87-93.
10. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Osório A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s159-s172.
11. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press; 1992.
12. Giovanella K, Escorel S, Mendonça MHM. *Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
13. Chomatas ER, Vigo A, Harzheim E. *Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
14. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J. *Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em Porto Alegre: uma comparação entre os diferentes serviços* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
15. Harzheim E, Hauser L, Pinto LF. *Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária à Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: UFRGS; 2015. (Relatório Final da Pesquisa PCATool -Rio-2014).
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Brasília: MS; 2010.
17. Campbell M, Grimshaw J, Steen N. Sample size calculations for cluster randomised trials. Changing Professional Practice in Europe Group EU BIOMED II Concerted Action. *J Health Serv Res Policy* 2004; 5:12.
18. TELEFORM versão 10.5 (*Autonomy, na HP Company, Vista, Estados Unidos*)
19. Data Analysis and Statistical Softwares (STATA) versão 12 (*Stata Corp., College Station, Estados Unidos*)
20. Statistical Analysis Software (SAS) versão 9.4 (*SAS Inst., Cary, Estados Unidos*)
21. Harzheim E, Stein AT, Alvares-Dardet C. *Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil* [tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.

Artigo apresentado em 16/11/2015

Aprovado em 14/12/2015

Versão final apresentada em 16/12/2015