

Evaluation of the Family Health Strategy in the region of Presidente Prudente-SP, Brazil

Maria Fernanda Pereira Gomes*
Lislaine Aparecida Fracoli**

Abstract

The objective of this study was to evaluate the Family Health Strategy (FHS) in the Region of Presidente Prudente, in the interior of the State of São Paulo, from the perspective of adult users, taking the essential attributes and derivatives of Primary Health Care (PHC) as a reference. This was an evaluative, descriptive, exploratory study, with a quantitative approach and a transversal design with the participation of 690 users eighteen years of age or older. The research was conducted in 21 municipalities from June to September 2015 using the PHC Primary Care Assessment Tool (PCATool) adult version. Of the study participants, 173 (25.1%) were males and 517 (74.9%) were females, the mean age was 45 years and the average number of years in the area covered by the FHS was 22. Regarding the evaluation of the attributes, it was observed that most of the attributes obtained a score above an average of 6.6, a mean recommended by the Ministry of Health; except for the Accessibility to the First Contact Access attribute, which obtained a score equal to 4.56. It is also observed that the barriers found in accessibility are related to the way the team organizes its work process, and that the FHS needs to strengthen itself as a gateway to the health system and coordinate access to other levels of care. These changes which require a reorganization of the hours of care of the health centers and the scheduling of care for the users.

Keywords: Health Assessment. Family Health Strategy. Adult Health.

INTRODUCTION

Primary Health Care (PHC) originates from the Dawson Report, presented in 1920 with the proposal to organize the health system in the UK from three levels of care: primary health centers, secondary health centers and university hospitals¹. PHC was discussed and affirmed at the International Conference on Primary Health Care (Alma-Ata Conference), held in 1978 with the proposal of Health for All in the year 2000, in order to broaden the vision of health care in its sectoral dimension and the involvement of the population itself².

The Brazilian Family Health Strategy (FHS), initiated in 1994 in the context of national health³, is a priority strategy for PHC in Brazil called Primary Care. The FHS can be considered as an alternative action to reach the objectives of universalization, equality and completeness⁴.

The FHS is based on the Alma-Ata resolutions and reaffirms the principles and guidelines of the SUS, which provides complete and continuous care to families and communities in their social space, who are understood and cared for from the place where they live, work and are related⁵. The unique characteristic of this care model is the proposal to have its practices guided by the factors of the health-disease process within an interdisciplinary perspective by constructing welcoming relationships and linking health professionals with the population⁵.

The health actions prioritized by the FHS are those of health promotion, protection and recovery, in a complete and continuous way, that go beyond medical assistance and are structured based on the needs of the population⁴.

With logic, at the end of the 90's a researcher,

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302306325

*Paulista University. Institute of Health Sciences. Assis - SP, Brazil.

**University of São Paulo School of Nursing, Department of Nursing in Collective Health. São Paulo - SP, Brazil.
E-mail: mferpg@usp.br



Barbara Starfield, proposed the essential attributes and derivatives that should compose the practices of professionals working in the PHC. For the author, a good degree of orientation for PHC occurs when the essential attributes are: First Contact Access of the Individual with the Health System, Longitudinality, Completeness and Coordination of Care are present, as well as their derived attributes: Attention to Family Centered Health (family counseling), Community Orientation and Cultural Competence¹. To have this in the Brazilian context, the FHS must incorporate the essential and derived attributes into the practices of the professionals in order to have a resolved PHC with quality.

Several studies in the PHC assessment area have shown important weaknesses in the structure, process and results that negatively impact the population's improvement of health. Although FHS has significantly improved indicators of mortality and morbidity, challenges remain, such as the difficulties of access and coordination of care that imply a lack of resolving issues in the health system⁶.

The changing and overcoming of such challenges are anchored in the guarantee of complete care, starting from the positioning of the FHS as a gateway to the system and integrated into the care network performing the role of coordinator for the user's continued care^{7,8}.

Therefore, this study aimed to evaluate FHS from the perspective of adult users, in the region of Presidente Prudente, in the interior of the State of São Paulo, taking the essential and derived attributes of PHC as a reference.

METHODOLOGY

This was an evaluative, descriptive and exploratory study, with a quantitative approach and a transversal design.

The task of evaluating, which is necessary

and complex, requires a careful and consistent investment in constructing a series of consensus⁹. It is not only a question of the need to harmonize instruments but, above all, to agree on the object and objectives of the evaluation, understanding that it is, above all, a negotiated activity among different actors of the health system⁹. Without this premise, it becomes impracticable to trigger any action that is effectively committed to the decision-making process and the commitment of changing direction to the greater equality and effectiveness of health services⁹.

The present study was carried out in the Regional Inter-managerial Commissions (RICs) of Alta Sorocabana and Alto Capivari belonging to the Regional Network of Health Care (RNHC)¹¹ of Presidente Prudente, in the interior of the State of São Paulo.¹⁰ The number of municipalities and inhabitants of the RICs are described below¹⁰.

- Alta Sorocabana with nineteen municipalities: Alfredo Marcondes (4,064 thousand inhabitants), Álvares Machado (24,482 inhabitants), Anhumas (3,941 inhabitants), Caiabu (4,201 inhabitants), Emilianópolis (3,149 inhabitants), Estrela do Norte (2,752 inhabitants), Indiana (4,951 inhabitants), Martinópolis (25,473 inhabitants), Narandiba (4,564 inhabitants), Presidente Bernardes (13,724 inhabitants), Presidente Prudente (218,960 inhabitants), Pirapozinho (26,146 inhabitants), Regente Feijó (19,468 inhabitants), Ribeirão dos Índios (2,248 inhabitants), Sandovalina (3,974 inhabitants), Santo Anastácio (21,059 inhabitants), Santo Expedito (2,963 inhabitants), Taciba (6,023 inhabitants), and Tarabai (7,028 inhabitants);

- Alto Capivari with five municipalities: Iepê (7,966 inhabitants), João Ramalho (4,361 inhabitants), Nantes (2,905 inhabitants), Quatá (13,501 inhabitants) and Rancharia (29,732 inhabitants);

The criteria for selection of municipalities and research teams were: municipalities with population coverage of FHS greater than or equal to 50% of the population, and FHS teams that began operating for at least 5 years and work in the urban area of the municipalities.

The study was carried out in 21 municipalities of the 24 that make up the RICs, since the municipality of Presidente Prudente had, in 2015, 28.15% of the population coverage of FHS, and the city health managers of the municipalities of Pirapozinho and Santo Expedito did not authorize the study.

The subjects that participated in the present study were 690 adult users who met the

inclusion and exclusion criteria of being 18 years of age or older and have been enrolled for at least 1 year in the FHS.

For the definition of the adult population that would integrate the sample the selection by quotas per municipality method was used, with a confidence level of 95%, a margin of error of 0.1 points and a standard deviation of 1.2, as shown in table 1¹¹.

Table 1 – Population total, estimated sample and number of users aged 18 years and older of both sexes who participated in the study by city, RICs of Alto Capivari and Alta Sorocabana, RNHC 11 Presidente Prudente, 2015.

Cities	Total population 18 years or more	Estimated Sample Confidence level: 95% Error Margin: 0.1 Standard deviation: 1.2	Total de participantes da pesquisa
Alfredo Marcondes	3,074	10	20
Álvares Machado	17,244	57	57
Anhumas	2,752	9	40
Caiabu	3,044	10	10
Emilianópolis	2,323	8	8
Estrela do Norte	1,903	6	15
Iepê	5,667	18	20
Indiana	3,644	12	40
João Ramalho	2,974	10	39
Martinópolis	18,337	60	77
Nantes	1,916	6	7
Narandiba	3,068	10	10
Presidente Bernardes	10,393	33	33
Quatá	9,357	30	83
Rancharia	21,279	70	70
Regente Feijó	13,995	45	45
Ribeirão dos Índios	1,665	6	6
Sandovalina	2,613	8	8
Santo Anastácio	15,342	50	50
Taciba	4,193	14	36
Tarabai	4,743	16	16
Total	149.526	488	690

The data collection of the research was carried out through the instrument validated in Brazil, the *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) adult version¹². The PCATool was elaborated by Barbara Starfield at John Hopkins University and measures the presence and extension of the 4 essential attributes and 3 derived attributes of the PHC; those being¹³.

- *First contact access of the individual to the health system*: the accessibility and use of the health service as a source of care for each new problem or new episode of the same health problem.

- *Longitudinality*: the existence of a continuous source of care, as well as its use over time.

- *Completeness*: range of services available and provided by the primary care service.

- *Coordination of care*: it presupposes some form of continuity, either by the care provided by the same professional, or by medical records, or both, besides the recognition of problems addressed in other services and the integration of this care into the overall care of the patient.

- *Family-centered health care (family counseling)*: while assessing individual needs for comprehensive care, consideration should be given to the family context and its potential for care, as well as from health threats.

- *Community orientation*: the recognition by the health service of the community's health needs through epidemiological data and direct contact with the community.

- *Cultural competence*: the adaptation of the provider (team and health professionals) to the special cultural characteristics of the population.

Although PCATool has been used in numerous geographical scenarios in Brazil and answered by several social actors that provide and receive PHC services, it has limitations considering, for the calculation of the Essential and General Scores, that the attributes have the same weight/value as a guideline for PHC and only uses the experience of the actors involved in the care as an evaluating criterion, while not incorporating the technical evaluation of

the service provided¹⁴. Regarding the type of study, it is observed that cross-sectional studies are subject to their own limitations of this type of design, one of which is the external validity; because the results of the evaluative research of services should be discussed considering the local reality of the services¹⁴.

Data collection occurred from June to September 2015 and was performed on dates previously scheduled with health managers and professionals. The interviews took place in the family health centers and in the homes with the help of the community health agents (CHA); the participants' choice was random.

The data collected was typed and organized with the help of the Microsoft Excel for Windows editor. The construction of the scores and averages of the essential and derived PHC attributes were carried out with the aid of the PHC Evaluation Instrument Manual developed by the Ministry of Health¹². The reference value indicating the presence of PHC attributes is 6.6¹². Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 16.

The present study followed the guidelines of Resolution 466 of 2012¹⁵. It was submitted to the Brazil Platform with the CAAE number 42499615.9.0000.5392 and was approved by the Ethics and Research Committee (ERC) with the Opinion number 1.024.138. After the approval of the ERC, the responsible researcher requested the authorization of the city secretaries of health, of the RICs from Alto Capivari and Alta Sorocabana, to collect the data in the municipalities.

Of the 690 adult users who participated in the survey, 173 (25.1%) were males and 517 (74.9%) were females, the mean age was 45 years and the average age in the coverage area of the FHS was 22.

RESULTS

Table 2 shows that most of the PHC attributes obtained a score above the mean of 6.6, except

for the component for Accessibility to the First Contact Access attribute, which obtained a score of 4.56. The second attribute that obtained the lowest evaluation was the Completeness - Services Rendered with a score equal to 6.82, a slightly higher value of the reference value. The third attribute that obtained the lowest score value was Community Orientation.

In order to better evaluate the *First Contact Access - Accessibility (C)* attribute, Table 3 was constructed. This table shows that FHS centers did not work on weekends and at night. If the patient is sick outside the hours of operation of the FHS, they would have to go to another health service. It was noted that users found it difficult to schedule a service when they deemed it necessary. Another important point to note was that a large number of participants in the present study reported waiting more than

30 minutes to consult with the doctor or nurse, and that they needed to be absent from work in order to obtain care in the health center.

Table 4 shows that most adult users answered “certainly, yes” to the indicators. However, guidelines on seat belt use, the use of child safety seats in the car and how to store firearms safely are being poorly performed by FHS teams. Another noteworthy information is that a significant portion of adult users say that guidance on ways to deal with family conflicts is also not being realized.

Table 5 shows that most of the participants answered “certainly, yes,” to the indicators, with the exception of inviting and encouraging social participation in which large numbers of adult users say they were unaware and were not invited to participate in political decision-making spaces.

Table 2 - Essential and derived PHC attributes, according to the 690 participants who answered the PCATool adult version, 2015.

PHC Attributes	Mean/Score	Standard Deviation	Minimum	Maximum
Degree of Affiliation	3.53 (8.43)	0.65	1	4
First Contact Access - Usage	8.73	1.66	0.00	10.00
First Contact Access - Accessibility	4.56	1.41	0.28	9.44
Longitudinality	7.90	1.55	1.67	10.00
Coordination - Care Integration	8.15	1.91	0.00	10.00
Coordination - Information systems	8.30	1.76	0.00	10.00
Completeness - Available Services	7.31	1.78	0.30	10.00
Completeness – Services Rendered	6.82	2.18	0.00	10.00
Family Counseling	7.39	2.53	0.00	10.00
Community Orientation	7.28	1.95	0.00	10.00
Essential Score	6.85	1.04	2.60	8.88
General Score	6.95	1.15	2.58	9.10

Table 3 - Percent distribution of the responses of the adult users attended at the FHS to the items that make up the First Access Access - Accessibility attribute (C), in the municipalities selected from the Alto Capivari and Alta Sorocabana RICs, RNHC 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Evaluation	Certainly, yes	Probably, yes	Probably not I do not know / do not remember	Certainly not
C1 %	1.30	1.74	14.78	82.17
C2 %	2.32	2.46	17.38	77.82
C3 %	50.72	29.13	11.30	8.84
C4 %	25.94	45.41	15.36	13.19
C5 %	23.48	13.77	21.74	41.01
C6 %	11.30	11.01	24.49	53.19
C7 %	9.56	4.06	23.48	62.89
C8 %	64.64	27.82	4.93	2.61
C9 %	9.71	30.87	28.26	31.16
C10 %	34.35	45.94	10.29	9.42
C11 %	30.14	47.68	12.61	9.56
C12 %	26.81	14.20	38.11	20.87

Notes: - Is "name of the health service/or name of the doctor/nurse" open on Saturday or Sunday? C2 - Is the "name of the health service/or name of the doctor/nurse" open at least a few nights during the week until 8:00 p.m.? C3 - When your "name of the health service/or name of the doctor/nurse" is open and you get sick does someone from care for you that same day? C4 - When your "name of the health service/or name of the doctor/nurse" is open, can you get quick advice on the phone if you need to? C5 - When your "name of the health service/or name of the doctor/nurse" is closed, is there a phone number you can call when you get sick? C6 - When your "name of the health service/or name of the doctor/nurse" is closed on Saturday and Sunday and you become ill, does anyone in the service attend you on the same day? C7 - When your "name of the health service/or name of the doctor/nurse" is closed and you get sick at night, does anyone at the service attend you that night? C8 - Is it easy to set a time for routine appointment (check-up) at this "name of the health service/or name of the doctor/nurse"? C9- When you arrive at your "name of the health service/or name of the doctor/nurse", do you have to wait more than 30 minutes to consult with your doctor or nurse? C10 - Do you have to wait for a long time, or talk to many people to set a time at your "name of the health service/or name of the doctor/nurse"? C11 - Is it difficult for you to get medical care from your "name of the health service/or name of the doctor/nurse" when you think it is necessary? C12 - When you have to go to "name of doctor/nurse/location", do you have to miss work or school to go to the health service?

Table 4 - Percent distribution of responses of adult users attended at the FHS to the items that make up the Completeness - Services Rendered attribute (H), in the municipalities selected from the Alta Capivari and Alta Sorocabana RICs, RNHC 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Evaluation	Certainly, yes	Probably, yes	Probably not I do not know / do not remember	Certainly not
H1 %	69.10	21.60	4.71	4.71
H2 %	58.60	26.70	7.81	7.07
H3 %	16,20	12.37	42.12	29.46
H4 %	23.70	26.40	27.20	22.80
H5 %	64.70	20.90	6.63	7.95
H6 %	65.80	16.10	11.20	6.92

to be continued...

...continuation - Table 4

H7 %	71.30	21,80	3.09	3.98
H8 %	44.00	24.40	15.80	15.90
H9 %	7.81	6.04	48.30	38.00
H10 %	49.00	24.60	11.50	15.00
H11 %	55.70	22.50	8.84	13.10
H12 %	41.80	19.00	8.69	8.10
H13 %	46.10	19.00	6.48	6.04

Notes: H1 - Advice on eating healthy or sleeping sufficiently. H2 - Home safety, such as storing medication safely. H3 - Advice on the use of seat belts or child safety seats when riding in a car. H4 - Ways to deal with family conflicts that may arise from time to time. H5 - Advice on physical exercise appropriate for you. H6 - Blood tests to check cholesterol levels. H7 - Check and discuss the medications you are taking. H8 - Possible exposures to hazardous substances (e.g. ant/rat poison, bleach) in your home, at work, or in your neighborhood. H9 - Ask if you have a firearm and orient you how to safely store it. H10 - How to prevent burns (e.g. caused by hot water, hot oil, other substances). H11 – How to prevent falls. H12 - How to prevent osteoporosis or brittle bones. H13 - The care of common problems from menstruation or menopause.

Table 5 - Percent distribution of the responses of the adult users attended at the FHS to the items that make up the Community Orientation attribute (J), in the municipalities selected from the Alta Capivari and Alta Sorocabana RICs, RNHC 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Evaluation	Certainly, yes	Probably, yes	Probably not I do not know / do not remember	Certainly not
J1 %	89.20	8.98	1.03	0.74
J2 %	57.44	34.76	5,15	2.65
J3 %	45.07	39.47	10.60	4,86
J4 %	52.28	24.89	12.96	9.87
J5 %	37.60	36.10	14.90	11.50
J6 %	23.86	14.43	32.40	29.31

Notes: J1- Does anyone at the “health service name/or name of the doctor/nurse” make home visits? J2 - Does your “ health service name/or name of the doctor/nurse” know about important health problems in your neighborhood? J3 - Does your “ health service name/or name of the doctor/nurse” hear community opinions and ideas on how to improve health services? J4 Do they survey patients to see if services are satisfying (meeting) people’s needs? J5 - Do community surveys to identify health problems that they should know? J6 – Do they invite you and your family to participate in the Local Health Council (Managing Council/ Users Council)?

DISCUSSION

The First Contact Access - Accessibility attribute was poorly evaluated by adult users of the Alta Capivari and Alta Sorocabana RICs, as well as in the surveys conducted in the North and Mid-West Regions of the city of São Paulo, Serra (ES), Jequitinhonha Valley (MG) and Southern Minas Gerais^{16,19}.

The negative evaluation of the First Contact Access - Accessibility attribute in the previously mentioned studies and also in the present study, is due to the FHS not being open on weekends and after 5 pm. The users have difficulty scheduling appointments, since they usually wait for a long time and have to talk

to many people to make the appointment. In addition, the users usually need to skip school and/or work to go to the health facility.

The barriers found concerning accessibility are related to how the team organizes its work process and their hours of operation, which make it difficult for people who work during business hours, along with the large amount of bureaucracy that users face in order to be attended on the day they are seeking health care. The new National Primary Care Policy approved by Administrative Rule No. 2.436, from September 21, 2017, opens space for health managers to establish alternative service schedules. However, it retracts in several aspects, such as the lack of defining the number of CHAs per team, which is made flexible by demographic, epidemiological and socioeconomic criteria that reinforces the access barriers. The CHA is the worker that bridges the population and the health service and makes the problems and needs that could be invisible to the teams clear, besides orienting providing health promotion and disease prevention orientation at home visits^{3,20}.

Making the coverage of CHAs by territory flexible, was previously 100%, significantly compromises the positioning of the FHS as the preferential gateway for the SUS and, consequently, the role of coordinator of care and ordinator of the Health Care Network. The fragmentation of access to the FHS compromises the operation of the complete care and the risk mapping which were aided by the presence of workers with direct contact with the territory.

In the present study, it was also identified that, besides the organizational barrier, there is also the socio-cultural barrier for accessibility, because when adult users think it is necessary to be attended by the FHS, it is difficult to obtain care at the RICs. The sociocultural dimension concerns the individual's perception of his or her own health, health needs, vision concerning the disease, fear of diagnosis, beliefs and habits²¹.

The FHS needs to strengthen itself as a gateway to the health system and coordinate access to other levels of care. Changes in this scope require a reorganization of the hours of care of the FHS centers and making

the scheduling of care for the users easier²². Moreover, it is also necessary to review the flexibility of CHA coverage by team and territory that will further weaken the population's access to PHC services.

Another important point to note is that to facilitate access to health services, studies have proposed additional measures to balance the demand with the capacity; such as nursing consultations in treating acute conditions of lesser severity and financial incentives for the health centers to attend during extended hours such as on weekends and at night time¹⁹⁻²¹.

The Completeness - Services Rendered attribute obtained a satisfactory evaluation with a value close to the reference value but was the second worst evaluated by the adult users of the RICs studied. Guidelines for using seat belts, child safety seats when riding a car, ways to deal with family conflicts, and how to store firearms safely are being understated by professionals according to users. From these results, it was identified that actions to prevent traffic accidents and firearms are not part of the agenda of many professionals working in the FHS, who still work with therapeutic actions aimed at disease control. It was also observed that the teams often did not consider the family as a potential for cure and/or illness, depreciating the family dimension in which the individual is inserted.

Community Orientation was well evaluated in the present study, but it was the third worst attribute evaluated by RIC users. The invitation for social participation by the FHS team was poorly carried out according to the users. Encouraging social participation in the RIC region of Alto Capivari and Alta Sorocabana needs to be strengthened. Similar results were obtained in a survey carried out in Belo Horizonte (MG), where, of the 613 families that responded that they had been attended or visited by the CHA at some point, 485 answered that "no" they were not invited by CHA to participate in meetings or activities related to neighborhood/community²². Another important piece of information that the previously mentioned study brings, and which corroborates with the low percentage found in the present study, is that of 900 families questioned if they "Know or have heard of the

Local Health Council?”, 756 said “no”²².

The stimulus for social participation has been poorly carried out by FHS teams in general. This situation can be reversed as the professionals explain, encourage and invite the population to participate in health councils for the effective participation of the population in the moments of diagnosis and planning, thus, contributing to the FHS being more responsive to their needs²².

Based on these findings, it can be stated that the fact that the municipalities evaluated have

high FHS coverage does not imply an increase in accessibility, in which health promotion actions such as car and firearms accident prevention are not often carried out and that issues referring to changes and imbalances in family dynamics are not discussed with the families.

Participation in decision-making spaces concerning health needs to be intensified by users for the empowerment of families in defense of better living conditions and health.

CONCLUSION

The information obtained from this study, from the perspective of the adult users of the Alta Capivari and Alta Sorocabana RICs, shows that, in general, the essential and derived attributes of PHC are present in the practices of FHS professionals. Also, accessibility is being hampered by organizational and cultural barriers that make it difficult for the FHS to assume the leading role as a preferred gateway to the health system.

In order to overcome the challenges encountered, it is suggested that structural and political changes take place in the laws that regulate the functioning of the FHS. It is recommended that the changes contemplate the expansion of the FHS's working hours,

and the inclusion of listening, welcoming and valuing user opinions in professional practices in order to boost access. It is also proposed that an investment be made by managers, in training human resources for the implementation of actions to promote health and encourage the common participation of adult users. It is concluded, therefore, that the consolidation of the proposed changes depends on the effort and the synergy between the relationships of all social actors involved, in this case the managers, professionals and users. Moreover, the study in question is greatly relevant for the planning and improvement of health services in the region examined and opens the field for further studies in the territory.

REFERENCES

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p.68.
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm. 2013;66(n.

spe):158-164.

5. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015;20(6):1869-1878.
6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018;42(n. spe1):208-223.
7. Arantes LJ, Eri Shimizu H, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(5):1499-1509.
8. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-96.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
10. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [citado 2017 mar. 8]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
11. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2008;20(2):186-194.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
13. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 2000;105(4):998 -1003.
14. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(9):1772-1784.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*; 2013.
16. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude soc*. 2011;20(4):948-960.
17. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(3):553-559.
18. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-filho AO, Andrade RA. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate*. 2015;39(106):802-814.
19. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5):979-98.
20. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(116):11-24.
21. Rocha AS, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis*. 2016;26(1):87-111.
22. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de Caso sobre implementação da estratégia de saúde da família em quatro grandes centros urbanos: Belo Horizonte. Rio de Janeiro; 2009.

Avaliação da Estratégia Saúde da Família na região de Presidente Prudente-SP, Brasil

Maria Fernanda Pereira Gomes*
Lislaine Aparecida Fracoli**

316

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) na perspectiva dos usuários adultos, na Região de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, tomando por referência os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa e delineamento transversal com a participação de 690 usuários de idade igual ou superior a dezoito anos. A pesquisa foi realizada em 21 municípios no período de junho a setembro de 2015 com a utilização do instrumento de avaliação da APS *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) versão adulto. Dos participantes da pesquisa 173 (25,1%) eram do sexo masculino e 517 (74,9%) do sexo feminino, a média de idade foi de 45 anos e a média de anos que mora na área de abrangência da ESF foi de 22. No que tange a avaliação dos atributos observa-se que grande parte dos atributos obtiveram escore acima da média de 6,6, média recomendada pelo Ministério da Saúde, exceto o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato, que obteve escore igual a 4,56. Observa-se também que as barreiras encontradas na acessibilidade estão relacionadas com a forma como a equipe organiza seu processo de trabalho e que a ESF precisa fortalecer-se como porta de entrada do sistema de saúde e coordenar o acesso aos demais níveis de atenção, mudanças que demandam reorganização do horário de atendimento das unidades de saúde e do agendamento do atendimento aos usuários.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde do Adulto.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem seus primórdios no Relatório Dawson, apresentado em 1920 com a proposta de organização do sistema de saúde no Reino Unido a partir de três níveis assistenciais: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola¹. A APS foi discutida e afirmada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma – Ata), realizada em 1978 com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, com intuito de ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e o envolvimento da própria população².

A APS no Brasil, denominada como Atenção Básica tem como estratégia prioritária para sua reorganização e operacionalização a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994 no contexto de saúde nacional³. A ESF pode ser

considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade⁴.

A ESF baseia-se nas resoluções de Alma-Ata e reafirma os princípios e diretrizes do SUS, a partir de uma assistência integral e contínua às famílias e comunidades, em seu espaço social, entendidas e atendidas a partir do local onde vivem, trabalham e se relacionam.⁵ O diferencial desse modelo assistencial é a proposta de ter suas práticas orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença numa perspectiva interdisciplinar com a construção de relações acolhedoras e de vínculo entre profissionais de saúde e a população⁵.

As ações de saúde priorizadas pela ESF são as de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada, que vão além da assistência médica e que

DOI: 10.15343/0104-7809.20194302306325

*Universidade Paulista. Instituto de Ciências da Saúde. Assis - SP, Brasil.

**Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo - SP, Brasil.
E-mail: mferpg@usp.br



são estruturadas a partir das necessidades da população⁴.

Nesta lógica, no final da década de 90 a pesquisadora Barbara Starfield propôs os atributos essenciais e derivados que devem compor as práticas dos profissionais que trabalham na APS. Para a autora um bom grau de orientação para APS ocorre quando os atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato do Indivíduo com o Sistema de Saúde, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da Atenção estão presentes, bem como os atributos derivados: Atenção à Saúde Centrada na Família (orientação familiar), Orientação Comunitária e Competência Cultural¹. Para tanto no contexto brasileiro a ESF precisa incorporar os atributos essenciais e derivados às práticas dos profissionais para que se tenha uma APS resolutive e de qualidade.

Várias pesquisas na área de avaliação da APS têm mostrado fragilidades importantes na estrutura, processo e resultados que impactam negativamente na melhoria de saúde da população. Embora a ESF tenha melhorado significativamente indicadores de mortalidade e morbidade, ainda se mantém desafios como as dificuldades de acesso e coordenação do cuidado que implicam em pouca resolubilidade do sistema de saúde⁶.

A mudança e superação de tais desafios se ancoram na garantia da integralidade da atenção, a partir do posicionamento da ESF como porta de entrada do sistema e integrada à rede assistencial executando o papel de coordenadora da continuidade da atenção ao usuário⁷⁻⁸.

Nesta perspectiva, pretendeu-se com este estudo avaliar a ESF na perspectiva dos usuários adultos, na Região de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, tomando por referência os atributos essenciais e derivados da APS.

METODOLOGIA

Pesquisa avaliativa, do tipo descritiva e exploratória, de abordagem quantitativa e delineamento transversal. A tarefa de avaliar,

tão necessária quanto complexa, requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos.⁹ Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde.⁹ Sem essa premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde⁹.

A presente pesquisa foi realizada nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs) de Alta Sorocabana e Alto Capivari pertencentes a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 11 de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo.¹⁰ O número de municípios e habitantes das CIRs são descritos abaixo¹⁰:

- Alta Sorocabana com dezenove municípios: Alfredo Marcondes (4.064 mil habitantes), Álvares Machado (24.482 mil habitantes), Anhumas (3.941 mil habitantes), Caiabu (4.201 mil habitantes), Emilianópolis (3.149 mil habitantes), Estrela do Norte (2.752 mil habitantes), Indiana (4.951 mil habitantes), Martinópolis (25.473 mil habitantes), Nandubá (4.564 mil habitantes), Presidente Bernardes (13.724 mil habitantes), Presidente Prudente (218.960 mil habitantes), Pirapozinho (26.146 mil habitantes), Regente Feijó (19.468 mil habitantes), Ribeirão dos Índios (2.248 mil habitantes), Sandovalina (3.974 mil habitantes), Santo Anastácio (21.059 mil habitantes), Santo Expedito (2.963 mil habitantes), Taciba (6.023 mil habitantes) e Tarabai (7.028 mil habitantes);
- Alto Capivari com cinco municípios: Iepê (7.966 mil habitantes), João Ramalho (4.361 mil habitantes), Nantes (2.905 mil habitantes), Quatá (13.501 mil habitantes) e Rancharia (29.732 mil habitantes);

Os critérios para seleção dos municípios e das equipes para pesquisa foram: municípios com cobertura populacional de ESF maior ou igual a 50% da população e as equipes de ESF que iniciaram seu funcionamento há pelo

menos 5 anos e que trabalham na área urbana dos municípios.

A pesquisa foi realizada em 21 municípios dos 24 que compõem as CIRs, pois o município de Presidente Prudente possuía em 2015 28,15% de cobertura populacional de ESF e os gestores municipais de saúde dos municípios de Pirapozinho e Santo Expedito não autorizaram a realização da pesquisa.

Os sujeitos que participaram da presente

pesquisa foram 690 usuários adultos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão de ter idade igual ou superior a 18 anos e serem cadastrados há pelo menos 1 ano na ESF.

Para a definição da população adulta que integraria a amostra foi utilizado o método de amostragem por cotas por município, com nível de confiança de 95%, margem de erro de 0,1 ponto e desvio padrão de 1,2, conforme mostra a tabela 1¹¹.

Tabela 1 – Total populacional, amostra estimada e número de usuários com idade igual ou superior a 18 anos de ambos os sexos que participaram da pesquisa por município, CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, 2015.

Municípios	Total da população com idade igual ou superior a 18 anos	Amostra estimada Nível de confiança: 95% Margem de erro: 0,1 Desvio padrão: 1,2	Total de participantes da pesquisa
Alfredo Marcondes	3.074	10	20
Álvares Machado	17.244	57	57
Anhumas	2.752	9	40
Caiabu	3.044	10	10
Emilianópolis	2.323	8	8
Estrela do Norte	1.903	6	15
Iepê	5.667	18	20
Indiana	3.644	12	40
João Ramalho	2.974	10	39
Martinópolis	18.337	60	77
Nantes	1.916	6	7
Narandiba	3.068	10	10
Presidente Bernardes	10.393	33	33
Quatá	9.357	30	83
Rancharia	21.279	70	70
Regente Feijó	13.995	45	45
Ribeirão dos Índios	1.665	6	6
Sandovalina	2.613	8	8
Santo Anastácio	15.342	50	50
Taciba	4.193	14	36
Tarabai	4.743	16	16
Total	149.526	488	690

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por intermédio do instrumento validado no Brasil *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) versão adulto¹². O PCATool foi elaborado por Barbara Starfield na Universidade John Hopkins e mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, sendo eles¹³:

- *Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde*: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde.

- *Longitudinalidade*: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.

- *Integralidade*: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária.

- *Coordenação da atenção*: 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 desse cuidado no cuidado global do paciente.

- *Atenção à saúde centrada na família (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.

- *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.

- *Competência cultural*: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população.

Embora o PCATool tenha sido utilizado em inúmeros cenários geográficos no Brasil e respondido por diversos atores sociais que prestam e recebem os serviços de APS, apresenta limitações como considerar, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos possuem o mesmo peso/valor na medida de orientação para APS e utilizar apenas a experiência dos atores envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando a

avaliação técnica do serviço prestado.¹⁴ Em relação ao tipo de pesquisa, observa-se que os estudos de avaliação transversal estão sujeitos às limitações próprias desse tipo de delineamento, sendo que uma delas é a validade externa, já que os resultados da pesquisa avaliativa de serviços devem ser discutidos considerando-se a realidade local dos serviços¹⁴.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a setembro de 2015, e foi realizada em datas previamente agendadas com os gestores de saúde e profissionais. As entrevistas aconteceram nas unidades de saúde da família e nos domicílios com a ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACS), a escolha dos participantes ocorreu de forma aleatória.

Os dados coletados foram digitados e organizados com o auxílio do editor Microsoft Excel for Windows. A construção dos escores e médias dos atributos essenciais e derivados da APS foram realizados com o auxílio do Manual do Instrumento de Avaliação da APS elaborado pelo Ministério da Saúde¹². O valor de referência que indica a presença dos atributos da APS é 6,6.¹² Para a análise estatística utilizou-se o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 16.

A presente pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução nº 466 de 2012¹⁵. Foi submetida à Plataforma Brasil com o número de CAAE: 42499615.9.0000.5392 e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com o número de parecer: 1.024.138. Após a aprovação do CEP, a pesquisadora responsável solicitou a autorização dos secretários municipais de saúde das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana para coletar os dados nos municípios.

Dos 690 usuários adultos que participaram da pesquisa 173 (25,1%) eram do sexo masculino e 517 (74,9%) do sexo feminino, a média de idade foi de 45 anos e a média de anos que mora na área de abrangência da ESF foi de 22.

RESULTADOS

Na tabela 2, observa-se que grande parte dos atributos da APS obteve escore acima da média de 6,6, exceto o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato, que

obteve escore igual a 4,56. O segundo atributo que obteve menor avaliação foi a Integralidade – Serviços Prestados com escore igual a 6,82, valor um pouco maior do valor de referência. O terceiro atributo que obteve o menor valor de escore foi a Orientação Comunitária.

Com a intenção de avaliar melhor o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade* (C) construiu-se a tabela 3, que mostra que as unidades de ESF não funcionam nos finais de semana e a noite. Caso o usuário fique doente fora do horário de funcionamento da ESF tem que recorrer a outro serviço de saúde.

Destaca-se que os usuários encontram dificuldades para marcar atendimento quando julgam necessário. Outro ponto importante a destacar é que grande parcela dos participantes da presente pesquisa refere que esperam mais que 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro e que precisam faltar ao serviço para

conseguirem atendimento na unidade de saúde.

Na tabela 4, observa-se que a maioria dos usuários adultos respondeu “com certeza, sim” aos indicadores. No entanto as orientações sobre uso de cinto de segurança, uso de assentos seguros para transporte de crianças no carro e como guardar arma de fogo com segurança estão sendo pouco realizadas pelas equipes de ESF. Outra informação que chama a atenção é que parcela significativa dos usuários adultos dizem que as orientações relativas a maneiras de lidar com conflitos de família também não estão sendo realizadas.

A tabela 5 mostra que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores, com exceção do convite e estímulo a participação social em que grande parcela dos usuários adultos diz desconhecer e que não são convidados a participar de espaços de decisão política.

Tabela 2 Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os 690 participantes que responderam ao PCATool versão adulto, 2015.

Atributos da APS	Média/Escore	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de Afiliação	3,53 (8,43)	0,65	1	4
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	8,73	1,66	0,00	10,00
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	4,56	1,41	0,28	9,44
Longitudinalidade	7,90	1,55	1,67	10,00
Coordenação – Integração de Cuidados	8,15	1,91	0,00	10,00
Coordenação – Sistema de informações	8,30	1,76	0,00	10,00
Integralidade – Serviços Disponíveis	7,31	1,78	0,30	10,00
Integralidade – Serviços Prestados	6,82	2,18	0,00	10,00
Orientação Familiar	7,39	2,53	0,00	10,00
Orientação Comunitária	7,28	1,95	0,00	10,00
Escore Essencial	6,85	1,04	2,60	8,88
Escore Geral	6,95	1,15	2,58	9,10

Tabela 3 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não
C1 %	1,30	1,74	14,78	82,17
C2 %	2,32	2,46	17,38	77,82
C3 %	50,72	29,13	11,30	8,84
C4 %	25,94	45,41	15,36	13,19
C5 %	23,48	13,77	21,74	41,01
C6 %	11,30	11,01	24,49	53,19
C7 %	9,56	4,06	23,48	62,89
C8 %	64,64	27,82	4,93	2,61
C9 %	9,71	30,87	28,26	31,16
C10 %	34,35	45,94	10,29	9,42
C11 %	30,14	47,68	12,61	9,56
C12 %	26,81	14,20	38,11	20,87

Notas: C1 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? C2 - O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”? C9- Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro? C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” quando pensa que é necessário? C12 - Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

Tabela 4 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados (H), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não Não sei/não lembro	Com certeza, não
H1 %	69,10	21,60	4,71	4,71
H2 %	58,60	26,70	7,81	7,07
H3 %	16,20	12,37	42,12	29,46
H4 %	23,70	26,40	27,20	22,80
H5 %	64,70	20,90	6,63	7,95
H6 %	65,80	16,10	11,20	6,92

continua...

...continuação - Tabela 4

H7 %	71,30	21,80	3,09	3,98
H8 %	44,00	24,40	15,80	15,90
H9 %	7,81	6,04	48,30	38,00
H10 %	49,00	24,60	11,50	15,00
H11 %	55,70	22,50	8,84	13,10
H12 %	41,80	19,00	8,69	8,10
H13 %	46,10	19,00	6,48	6,04

Notas: H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança. H10 – Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). H11 – Como prevenir quedas. H12 – Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. H13 – O cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.

Tabela 5 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária (J), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não Não sei/não lembro	Com certeza, não
J1 %	89,20	8,98	1,03	0,74
J2 %	57,44	34,76	5,15	2,65
J3 %	45,07	39,47	10,60	4,86
J4 %	52,28	24,89	12,96	9,87
J5 %	37,60	36,10	14,90	11,50
J6 %	23,86	14,43	32,40	29,31

Notas: J1- Alguém no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 – O seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? J3 – O seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho gestor/ Conselho de Usuários)?

DISCUSSÃO

O atributo *Acesso de Primeiro Contato* – *Acessibilidade* foi mal avaliado pelos usuários adultos das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, assim como nas pesquisas realizadas nas Regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo, Serra (ES), Vale do Jequitinhonha (MG) e Sul de Minas Gerais.¹⁶⁻¹⁹

A avaliação negativa do atributo *Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade* nas pesquisas citadas acima e também na presente pesquisa se deve à ESF não ficar aberta aos finais de semana e após as 17 horas, a dificuldade que os usuários têm para agendar consultas, pois geralmente esperam muito tempo e têm

que falar com muitas pessoas para efetivar o agendamento. Além disso, geralmente para ir até à unidade de saúde, os usuários precisam faltar à escola e/ou ao trabalho.

As barreiras encontradas na acessibilidade estão relacionadas com a forma como a equipe organiza seu processo de trabalho e horário de atendimento que dificulta o acesso de pessoas que trabalham em horário comercial e a grande burocracia que os usuários enfrentam para conseguir ser atendido no mesmo dia que procuram o serviço de saúde. A nova Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 abre espaço para que os gestores de saúde estabeleçam horários alternativos de atendimento, no entanto retrocede em vários aspectos como a indefinição de número de ACS por equipe, flexibilizada por critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos que reforça as barreiras de acesso, pois o ACS é o trabalhador que faz a ponte entre a população e o serviço de saúde e torna evidente problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis para as equipes, além de realizar orientações para a promoção da saúde e prevenção de doenças nas visitas domiciliares^{3,20}.

A flexibilização da cobertura de ACS por território que anteriormente era de 100% compromete significativamente o posicionamento da ESF como porta de entrada preferencial do SUS e conseqüentemente o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. A fragmentação do acesso na ESF compromete a operacionalização da integralidade e o mapeamento de risco que era facilitado pela presença de trabalhadores com contato direto com o território.

Na presente pesquisa identificou-se também que, além da barreira organizacional, existe também a barreira sociocultural na acessibilidade, uma vez que, quando os usuários adultos pensam que é necessário serem atendidos na ESF, é difícil conseguir atendimento nas CIRs. A dimensão sociocultural diz respeito à percepção do indivíduo sobre sua própria saúde, necessidades de saúde, visão sobre a doença, medo do diagnóstico, crenças e hábitos²¹.

A ESF precisa fortalecer-se como porta de entrada do sistema de saúde e coordenar o acesso aos demais níveis de atenção, mudanças nesse âmbito demandam reorganização do horário de atendimento das unidades de ESF e facilitar o agendamento do atendimento dos usuários²². Ademais, é necessário também rever a flexibilização de cobertura de ACS por equipe e território que fragilizará ainda mais o acesso da população aos serviços de APS.

Outro ponto importante a destacar é que para facilitar o acesso aos serviços de saúde, pesquisas têm proposto medidas adicionais para equilibrar demanda com capacidade como a realização de consultas de enfermagem no atendimento de condições agudas de menor gravidade e incentivo financeiro para as unidades de saúde atenderem em horário estendido como nos finais de semana e período noturno¹⁹⁻²¹.

O atributo *Integralidade – Serviços Prestados* obteve avaliação satisfatória com valor próximo ao valor de referência, porém foi o segundo pior avaliado pelos usuários adultos das CIRs estudadas. As orientações relativas ao uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, maneiras de lidar com conflitos de família e como guardar arma de fogo de forma segura estão sendo pouco realizadas pelos profissionais segundo os usuários. A partir desses resultados, identifica-se que as ações de prevenção de acidentes no trânsito e com arma de fogo não fazem parte da agenda de muitos profissionais que trabalham na ESF, que ainda trabalham com ações de caráter curativo voltadas para o controle de doenças. Observa-se também que as equipes muitas vezes não consideram a família como potencial de cura e/ou adoecimento, desvalorizando a dimensão familiar em que o indivíduo está inserido.

A *Orientação Comunitária* foi bem avaliada na presente pesquisa, porém foi o terceiro atributo pior avaliado pelos usuários das CIRs. O convite a participação social por parte da equipe de ESF tem sido pouco realizado segundo os usuários. O incentivo à participação social na região das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana precisa ser fortalecida. Resultados semelhantes foram obtidos na pesquisa realizada em Belo Horizonte (MG),

onde das 613 famílias que responderam ter sido alguma vez atendida ou visitada pelo ACS, 485 responderam que “não” receberam convite pelo ACS a participar de reuniões ou atividades relativas a problemas do bairro/comunidade²². Outra informação importante que a pesquisa mencionada acima traz, e que corrobora com o baixo percentual encontrado na presente pesquisa é que de 900 famílias questionadas se “Conhece ou já ouviu falar do Conselho Local de Saúde?”, 756 disseram “não”²².

O estímulo a participação social tem sido pouco realizado pelas equipes de ESF de forma geral, essa situação pode ser revertida à medida que os profissionais expliquem, incentivem e convidem a população a participar dos conselhos de saúde para a efetiva participação

da população nos momentos de diagnóstico e planejamento, contribuindo dessa maneira para que a ESF seja mais responsiva às suas necessidades²².

A partir dessas constatações, pode-se afirmar que o fato dos municípios avaliados possuírem alta cobertura de ESF não implica no aumento da acessibilidade, que ações de promoção da saúde como prevenção de acidentes automobilísticos e por arma de fogo são pouco realizadas e que assuntos relativos as mudanças e desequilíbrios na dinâmica familiar não são discutidos com as famílias. A participação nos espaços de decisão em saúde precisa ser intensificada pelos usuários para o empoderamento das famílias em defesa de melhores condições de vida e saúde.

CONCLUSÃO

As informações obtidas com este estudo, a partir da ótica dos usuários adultos das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, mostram que de forma geral os atributos essenciais e derivados da APS estão presentes nas práticas dos profissionais da ESF. E que a acessibilidade está sendo prejudicada por barreiras de ordem organizacional e cultural que dificultam a ESF a assumir o protagonismo como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

Para transpor os desafios encontrados sugere-se que ocorra mudanças estruturais e políticas nas leis que normatizam o funcionamento da ESF, recomenda-se que as mudanças contemplem a ampliação do horário de atendimento das equipes de ESF, a inclusão da escuta, acolhimento e valorização

da opinião do usuário nas práticas profissionais com intuito de dinamizar o acesso.

Propõe-se também que ocorra o investimento por parte dos gestores, em capacitação de recursos humanos para a aplicação de ações de promoção da saúde e incentivo a participação popular dos usuários adultos. Conclui-se, portanto, que a concretude das mudanças propostas depende do empenho e da sinergia entre as relações de todos atores sociais envolvidos, no caso gestores, profissionais e usuários.

E que o estudo em questão tem grande relevância para o planejamento e o aprimoramento dos serviços de saúde na região pesquisada e abre o campo para estudos mais aprofundados no território.

REFERENCES

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p.68.
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm. 2013;66(n. spe):158-164.
5. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(6):1869-1878.

6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018;42(n. spe1):208-223.
7. Arantes LJ, Eri Shimizu H, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016;21(5):1499-1509.
8. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-96.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
10. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [citado 2017 mar. 8]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
11. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*. 2008;20(2):186-194.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
13. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, 2000;105(4):998 -1003.
14. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(9):1772-1784.
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*; 2013.
16. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude soc*. 2011;20(4):948-960.
17. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(3):553-559.
18. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-filho AO, Andrade RA. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate*. 2015;39(106):802-814.
19. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(5):979-98.
20. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018;42(116):11-24.
21. Rocha AS, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis*. 2016;26(1):87-111.
22. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de Caso sobre implementação da estratégia de saúde da família em quatro grandes centros urbanos: Belo Horizonte. Rio de Janeiro; 2009.