







Artigo original

Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde de acordo com modelos assistenciais*

Evaluation of integrality in primary health care according to care models

Evaluación de la integralidad en la atención primaria de salud según modelos de atención

Eduarda Signor^I , Teresinha Heck Weiller^{II} , Luis Felipe Dias Lopes^{II} 
Roxana Isabel Cardozo Gonzales^{III} , Luize Barbosa Antunes^I ,
Marciane Kessler^{VI} 

^I Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

^{II} Universidade Federal de Santa Maria (UFMS), Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), Brasil

^{III} Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil

^{IV} Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim, RS, Brasil

* Extraído da dissertação "Avaliação da integralidade na rede de atenção primária à saúde em municípios do interior do RS", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

Resumo

Objetivo: avaliar o atributo integralidade em serviços de Atenção Primária de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Método:** estudo quantitativo, desenvolvido de fevereiro a junho de 2015, abrangendo 32 municípios, com o *Instrumento Primary Care Assessment Tool* aplicado aos usuários que avaliaram serviços e ações ofertadas. Foi realizada distribuição relativa e absoluta das variáveis e calculada as medidas de tendência central, bem como a regressão de Poisson para investigar a associação. **Resultados:** entrevistaram-se 1070 pessoas, o menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal ($p \leq 0,001$) esteve associado ao alto escore para serviços prestados (RP=1,73; IC=1,29-2,32) e disponíveis (RP=1,89; IC=1,60-2,24). Para o serviço disponível, o modelo de atenção misto teve escore maior ($p=0,001$) e, para o serviço prestado, a Estratégia Saúde da Família teve melhor avaliação ($p=0,001$). **Conclusão:** as unidades tradicionais têm piores avaliações para o atributo integralidade quando comparadas à Estratégia Saúde da Família e mistas.

Descritores: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Modelos de Assistência à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Integralidade em Saúde

Abstract

Objective: This research aims to evaluate the integrality attribute in Primary Care services of a Regional Health Coordination in Rio Grande do Sul. **Method:** For this, a quantitative approach

method is used, developed from February to June 2015, covering 32 municipalities, based on the Primary Care Assessment Tool, applied to users who evaluated services and actions offered. Relative and absolute distribution of variables was performed and measures of central tendency were calculated, as well as Poisson regression to investigate the association. **Results:** In short, 1070 people were interviewed. As main results, the following stand out: the lowest Municipal Human Development Index ($p < 0.001$) was associated with a high score for provided (PR=1.73; CI=1.29-2.32) and available services (PR=1.73; CI=1.29-2.32). =1.89; CI=1.60-2.24). For the service available, the mixed care model had a higher score ($p = 0.001$) and, for the service provided, the Family Health Strategy had a better evaluation ($p = 0.001$). **Conclusion:** Finally, it is concluded that the traditional units have worse evaluations for the integrality attribute when compared to the Family Health Strategy and mixed ones

Descriptors: Health Evaluation; Primary Health Care; Healthcare Models; Comprehensive Health Care; Integrality in Health

Resumen

Objetivo: Esta investigación tiene como objetivo evaluar el atributo de integralidad en los servicios de Atención Primaria de una Coordinación Regional de Salud en Rio Grande do Sul. **Método:** Para ello, se utiliza un método de abordaje cuantitativo, desarrollado de febrero a junio de 2015, que abarca 32 municipios, basado en la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria, aplicada a los usuarios que evaluaron los servicios y acciones ofrecidas. Se realizó la distribución relativa y absoluta de las variables y se calcularon las medidas de tendencia central, así como la regresión de Poisson para investigar la asociación. **Resultados:** se entrevistó a 1070 personas. Como principales resultados, se destacan los siguientes: el Índice de Desarrollo Humano Municipal más bajo ($p < 0,001$) se asoció con un alto puntaje para el proporcionado (PR=1,73; IC=1,29-2,32) y servicios disponibles (PR=1,73; IC=1,29-2,32). =1,89; IC=1,60-2,24). Para el servicio disponible, el modelo de atención mixta tuvo una puntuación más alta ($p = 0,001$) y, para el servicio prestado, la Estrategia de Salud de la Familia tuvo una mejor evaluación ($p = 0,001$). **Conclusión:** Finalmente, se concluye que las unidades tradicionales tienen peores evaluaciones para el atributo de integralidad en comparación con la Estrategia de Salud de la Familia y las mixtas

Descriptorios: Evaluación en Salud; Atención Primaria de Salud; Modelos de Atención de Salud; Atención Integral de Salud; Integralidad en Salud

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma prioridade na reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando os princípios da integralidade, equidade, universalidade e participação popular.¹ Assim, a qualidade da APS depende da operacionalização dos seus atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural.²

Dentre esses, destaca-se a integralidade como um dos atributos essenciais para qualificação dos serviços, dos sistemas de saúde e do cuidado. A integralidade é compreendida pela prestação de serviços que supram as demandas da população no campo da promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e cuidados paliativos, ofertadas nos diversos pontos da

rede de atenção, independente das dificuldades dos serviços.²⁻³

No Brasil, diversas formas de assistência são desenvolvidas por diferentes equipes de saúde, onde podem coexistir em um mesmo espaço físico da unidade de saúde o modelo tradicional biomédico e o modelo de Estratégia Saúde Família (ESF).⁴ Contudo, a ESF vem assumindo protagonismo na atenção à saúde da população, como é o caso da região do nordeste em que a cobertura de saúde da família atinge 81,82%, enquanto na região sul a cobertura é de 66,82%.⁵

A APS no exercício das suas funções é desafiada permanentemente pelo subfinanciamento, por dificuldades relacionadas ao acesso geográfico, entre outras, para manter a qualidade da atenção. Pesquisas mostram que a integralidade apresenta fragilidades nas duas dimensões (serviços prestados e disponíveis), evidenciando um cuidado fragmentado e, portanto, não integral.⁶⁻⁷

Estudos nacionais de avaliação da APS já foram produzidos por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), que aborda aspectos do atributo integralidade.⁸ Os resultados evidenciam escores insatisfatórios e mostram fragilidades nos serviços disponíveis e prestados nos diferentes tipos de serviços de APS (ESF, tradicional e misto).⁹⁻¹¹ Durante a revisão da literatura, foi possível observar a redução de estudos de avaliação da integralidade com ênfase nesse atributo a partir de características sociodemográficas e econômicas. Além disso, constatou-se a relevância da integralidade das ações de saúde prestadas pela APS frente às necessidades da população, bem como para o funcionamento do SUS. Este estudo objetivou avaliar o atributo integralidade em serviços de Atenção Primária de uma Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (RS).

Método

Desenho e contexto do estudo

Configura-se como uma pesquisa de abordagem quantitativa, desenvolvida em serviços de APS de 32 municípios, distribuídos em duas regiões da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS, Brasil.¹² A região Verdes Campos, com sede em Santa Maria era constituída por 21 municípios, e possuía 89 equipes de Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) e 52 equipes de ESF. A região Entre Rios, por sua vez, com sede administrativa em Santiago, era composta por 11 municípios e possuía 49 equipes de UBS e 32 equipes de ESF.¹³

A sede da 4ª CRS encontra-se no município de Santa Maria/RS a 286 km da capital Porto

Alegre. Em 2015, a população residente na regional era de 559.498 mil habitantes. O RS possuía, no mesmo ano, um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,746, considerado um alto desenvolvimento. A população de adultos com idade superior ou igual a 18 anos era de 72,59%, enquanto a de idosos correspondia a 13,62% da população total.¹² Levando em consideração que a regional possuía 84 ESF e que cada unidade era responsável por 4.000 pessoas, afirma-se que a cobertura da ESF na regional era de 60,05% da população.¹³

Participantes

Como participantes desta pesquisa, foram incluídos adultos, com idade igual ou superior a 18 anos e que frequentavam há mais de seis meses as unidades de APS dos municípios da 4ª CRS. A coleta dos dados ocorreu presencialmente no período de fevereiro a junho de 2015, com indivíduos que se encontravam nos serviços de saúde.

A coleta foi realizada por meio da aplicação do PCATool-Brasil, versão adulto,⁸ por seis entrevistadores do curso de mestrado. Além de serem previamente capacitados, também possuíam experiência com o banco de dados e receberam auxílio de *tablets* por meio do *software* EpiPI-InfoNFO, versão 7.0, importados em formato Excel. Diariamente, após o trabalho de campo, os entrevistadores conferiam as respostas para identificar campos não preenchidos no formulário. Quando constatados, os erros eram corrigidos ou excluídos nas impossibilidade de correção. A coleta ocorreu durante o horário de expediente dos estabelecimentos de saúde em salas definidas pelas equipes a fim de preservar a privacidade dos participantes.

Variáveis

O desfecho foi a integralidade nos estabelecimentos de APS, formado por dois componentes/dimensões: “serviços disponíveis”, com nove itens a serem respondidos, e “serviços prestados”, com treze itens a serem respondidos por mulheres e onze itens por homens. Os escores das variáveis foram definidos por meio da média das respostas de cada item do questionário e os valores <6,6 foram considerados baixos e ≥6,6 altos, segundo sugerido pelo PCATool-Brasil.¹⁴

As opções de respostas apresentam-se em escala *Likert*, na qual “com certeza sim = 4”, “provavelmente sim = 3”, “provavelmente não = 2”, “com certeza não = 1” e “não sei / não lembro = 9”. Foram excluídos da amostra 82 questionários da dimensão serviços prestados e 4 dos serviços disponíveis, em que as respostas “não sei/não lembro” (valor = 9) somaram 50%

ou mais do total de variáveis para avaliação da integralidade; nos demais considerou-se essa opção como “provavelmente não”.¹⁴

As variáveis independentes foram organizadas em três blocos. O primeiro bloco se voltou às características demográficas dos municípios: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), estratificado em percentil 50 (0,767 a 0,784 e 0,631 a 0,766) em virtude da discreta variação no IDH entre os municípios e a região de saúde (Verdes Campos e Entre Rios). O segundo bloco diz respeito às características socioeconômicas dos participantes do estudo: sexo biológico (masculino e feminino), faixa etária (18 a 38, 39 a 59 e 60 a 91 anos), anos de estudo (≤ 8 anos e > 8 anos), cor da pele autorreferida (branco e parda, negra, amarelo ou indígena), presença de filhos (sim e não), renda familiar mensal (\leq dois salários e $>$ dois salários mínimos), carteira de trabalho assinada (sim e não) e plano de saúde privado (sim e não). Por fim, o terceiro são os modelos de APS: ESF, UBS tradicional e UBS Mista (onde podem coexistir em um mesmo espaço físico o modelo tradicional e o modelo de ESF).

Tamanho do estudo

A amostra foi calculada com base na população dos municípios do estudo de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando-se um erro amostral de 3%, prevalência dos desfechos de 50% e nível de significância de 95%. A partir desse cálculo, obteve-se uma amostra mínima de 1.065 usuários. Após a coleta de dados, a amostra final foi de 1.076 participantes. A partir do cálculo amostral, os usuários foram selecionados por conveniência, ou seja, pelas pessoas presentes nos serviços de saúde. A amostra foi distribuída proporcionalmente segundo os modelos assistenciais. Recusaram-se em participar do estudo 32 pessoas convidadas, no entanto as recusas não impossibilitaram o alcance do número mínimo da amostra.

Métodos estatísticos

Os escores de ambas as dimensões da integralidade (variáveis dependentes) foram convertidos em uma escala contínua de zero a 10, a partir da seguinte fórmula: $(\text{escore obtido} - 1) * 10 / 4 - 1$.¹⁴ A análise de dados foi desenvolvida no programa *Stata* versão 14.0. Primeiramente, realizou-se a distribuição relativa e absoluta das variáveis qualitativas. Em seguida, para englobar as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central (mediana, média e desvio padrão), atribuindo-se o intervalo de confiança IC95%.

Para as comparações entre os escores médios por modelos de atenção, aplicaram-se os testes ANOVA e Bonferroni. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para investigar associação entre as variáveis independentes e o alto escore. Estimaram-se as Razões de Prevalência (RP) e seus IC95%.

As variáveis independentes foram incluídas no modelo por níveis de determinação: Nível 1 – variáveis macrossociais (IDHM e região de saúde); Nível 2 – variáveis demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (sexo, idade, cor da pele, filhos, renda, emprego formal e plano de saúde); e Nível 3 – variáveis de serviços de saúde (modelos de APS). O efeito de cada variável foi controlado para todas as outras variáveis nos mesmos níveis ou em níveis diferentes. Aplicou-se seleção para trás (*backwards*), eliminando do modelo ajustado todas as variáveis que apresentaram valor $p \geq 0,20$. A significância estatística foi verificada pelo teste de *Wald* e de heterogeneidade, considerando o nível de 5%. Para as análises dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Stata 14.0* (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*).

Aspectos éticos

Estudo vinculado a um projeto guarda-chuva com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (parecer n. 756.292 e CAAE: 34237314.4.0000.5346) em 14 de agosto de 2014. A presente pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n.º 466/12. Desse modo, todas as entrevistas ocorreram mediante assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Confidencialidade.

Resultados

Participaram 1.070 usuários de serviços de atenção primária. Após a exclusão baseada na proporção de respostas “não sei/não lembro”, foram consideradas 988 entrevistas para a dimensão serviços disponíveis e 1.066 para a dimensão serviços prestados.

Dos participantes do estudo, 51,0% (546) eram de municípios com IDH de 0,631 a 0,766; 76,9% (823) da Região de Saúde Verdes Campos; 76,5% (819) do sexo feminino; 84,9% (909) possuíam filhos; 69,3% (739) autorreferiram cor da pele branca; 57,6% (614) possuíam oito anos de escolaridade ou menos; 65,6% (699) referiram renda familiar mensal maior que R\$790,00 (salário mínimo no período da coleta); 27,0% (287) alegaram ter emprego formal (com carteira assinada); 74,2% (791) não possuíam plano de saúde; 42,0% (448) residiam em áreas cobertas por serviços de ESF (Tabela 1).

Tabela 1 - Comparação dos escores da integralidade da Atenção Primária à Saúde entre os modelos de atenção, conforme usuários adultos nos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015. (N=1070)

Modelo de atenção	Escore da Integralidade					p*
	Escore (média)	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	
Serviço disponível						
UBS	6,0 ^a	1,5	5,9	1,9	10,0	0,001
ESF	6,1 ^a	1,6	6,1	1,1	10,0	
Misto	6,5 ^b	1,6	6,6	2,4	9,8	
Serviço prestado						
UBS	3,3 ^a	2,4	2,8	0,0	10,0	0,001
ESF	3,9 ^b	2,5	3,8	0,0	10,0	
Misto	3,7 ^{a,b}	2,6	3,3	0,0	10,0	

Nota: *Valor de p: Teste ANOVA e Teste de Bonferroni (a, b, c) - Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Em relação à integralidade serviços disponíveis da APS, os usuários dos modelos de atenção mista tiveram uma pontuação mais elevada (média = 6,5; DP = 1,6), ou seja, dado estatisticamente significativo em comparação aos demais modelos assistenciais. No que envolve a integralidade dos serviços prestados, o modelo de atenção que obteve pontuação mais elevada foi a ESF (média = 3,9; DP: 2,5), que se difere do modelo tradicional, mas não do modelo misto. No entanto, nenhuma das dimensões da integralidade (serviços prestados: 3,6 e serviços disponíveis: 6,1) obteve alto escore ($\geq 6,6$).

A prevalência de alto escore para serviços disponíveis foi de 38,6%. Na análise bruta, os municípios com menor IDHM, a região de saúde Entre Rios, os usuários adultos com oito anos de escolaridade ou menos e o modelo de atenção misto apresentaram maior probabilidade de alto escore para integralidade nos serviços disponíveis. Após ajustes, mostrou-se associado ao alto escore o IDH municipal 0,631 a 0,766 (RP=1,89; IC95%=1,60-2,24), indicando que o menor IDH apresentou melhor avaliação dos usuários em relação à integralidade da APS (Tabela 2).

Tabela 2 – Regressão bruta e ajustada para o alto escore da Integralidade dos serviços disponíveis da Atenção Primária à Saúde, atribuído pelos usuários, dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde. Santa Maria, RS, Brasil, 2015. (n = 988)

Alto Escore da Integralidade - Serviço Disponível							
Variáveis	Prevalência	RPb#	IC95%†	p*	RPaj‡	IC95%†	p*
Nível 1 - Macrossocial							
IDH Municipal							
0,767 a 0,784	26,45	1,00	1,60-2,24	0,000	1,00	1,60-2,24	0,000
0,631 a 0,766	50,00	1,89			1,89		
Região de Saúde							
Verdes Campos	34,73	1,00	1,25-1,72	0,000	1,00	0,88-1,24	0,624
Entre Rios	51,11	1,47			1,04		
Nível 2 - Demográficas e Socioeconômicas							
Sexo							
Masculino	37,78	1,00	0,84-1,24	0,811	1,00	0,88-1,27	0,534
Feminino	38,66	1,02			1,06		
Idade (anos)							
18 a 38	34,09	1,00			1,00		
39 a 59	43,90	1,29	1,08-1,53	0,076	1,16	0,97-1,39	0,674
60 a 91	38,46	1,13	0,89-1,42		1,00	0,78-1,27	
Cor/Etnia							
Branco	37,57	1,00			1,00		
Parda, negra, amarelo ou indígena	40,26	1,07	0,90-1,26	0,419	1,10	0,93-1,29	0,247
Filhos							
Não	35,76	1,00			1,00		
Sim	38,95	1,09	0,86-1,37	0,467	0,99	0,78-1,26	0,954
Escolaridade							
> 8 anos	32,86	1,00			1,00		
≤ 8 anos	43,01	1,31	1,10-1,54	0,001	1,08	0,91-1,28	0,341
Emprego Formal							
Não	40,11	1,00			1,00		
Sim	34,80	0,87	0,72-1,04	0,134	1,01	0,83-1,23	0,908
Renda familiar mensal							
> 790 reais	37,60	1,00			1,00		
≤ 790 reais	39,65	1,05	0,89-1,24	0,526	0,92	0,78-1,08	0,338
Plano de Saúde							
Não	39,33	1,00			1,00		
Sim	36,25	0,92	0,76-1,11	0,401	0,84	0,69-1,01	0,072
Nível 3 - Serviço de saúde							
Modelo de APS							
Tradicional	35,92	1,00	0,004		1,00		0,239
Estratégia Saúde da Família	35,52	0,99	0,82-1,19		0,79	0,66-0,95	
Misto	51,53	1,43	1,18-1,75		1,22	1,01-1,48	

Nota: *Valor de p - Qui-quadrado para heterogeneidade; # RPb – Regressão de Poisson bruta; †IC 95% – Intervalo de confiança de 95%; ‡RPaj – Regressão de Poisson ajustada.

A prevalência de alto escore para a integralidade serviços prestados foi de 16,6%. Na análise bruta, a probabilidade de alto escore foi maior entre os municípios de menor IDH, na Região de Saúde Entre Rios, para indivíduos de 39 a 59 e 60 anos ou mais, comparados aos mais jovens e para usuários de cor da pele parda, negra, amarelo ou indígena, quando comparados aos brancos. Após análise ajustada, identificou-se a associação entre o IDH de 0,631 a 0,766 (RP=1,73; IC95%=1,29-2,32), as idades entre 60 e 91 anos (RP=1,60; IC95%=1,11-2,32) e a cor/etnia pardo, negro, amarelo ou indígena (RP=1,44; IC95%=1,09-1,91) e o alto escore da integralidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Regressão bruta e ajustada para o alto escore da integralidade da Atenção Primária à Saúde, atribuído pelos usuários, dos municípios da 4.^a Coordenadoria Regional de Saúde. Santa Maria, RS, Brasil, 2015. (n=1066)

Alto Escore da Integralidade - serviço prestado							
Variáveis	Prevalência	RPb[#]	IC95%[†]	p*	RPaj[‡]	IC95%[†]	p*
Nível 1-Macrossocial							
IDH Municipal				0,000			0,000
0,767 a 0,784	11,32	1,00			1,00		
0,631 a 0,766	19,63	1,73	1,29-2,32		1,73	1,29-2,32	
Região de Saúde				0,002			0,234
Verdes Campos	13,68	1,00			1,00		
Entre Rios	21,86	1,59	1,19-2,14		1,23	0,87-1,74	
Nível 2 - Demográficas e Socioeconômicas							
Sexo				0,455			0,235
Masculino	14,06	1,00			1,00		
Feminino	16,03	1,14	0,80-1,61		1,23	0,87-1,75	
Idade (anos)				0,003			0,008
18 a 38	12,15	1,00			1,00		
39 a 59	17,44	1,43	1,03-1,98		1,37	0,99-1,80	
60 a 91	20,50	1,68	1,16-2,43		1,60	1,11-2,32	
Cor/Etnia				0,042			0,011
Branco	14,13	1,00			1,00		
Pardo, negro, amarelo ou indígena	19,02	1,34	1,01-1,79		1,44	1,09-1,91	
Filhos				0,987			0,436
Não	15,53	1,00			1,00		
Sim	15,58	1,00	0,67-1,48		0,85	0,58-1,26	
Escolaridade				0,071			0,858
> 8 anos	13,27	1,00			1,00		
≤ 8 anos	17,38	1,31	0,97-1,75		0,97	0,68-1,37	
Emprego Formal				0,494			0,480

Não	16,06	1,00		1,00		
Sim	14,34	0,89	0,64-1,23	1,13	0,80-1,58	
Renda familiar mensal				0,107		0,792
> 790 reais	14,06	1,00		1,00		
≤ 790 reais	17,81	1,26	0,95-1,68	1,04	0,76-1,42	
Plano de Saúde				0,821		0,811
Não	15,48	1,00		1,00		
Sim	16,06	1,04	0,75-1,42	0,96	0,69-1,33	
Nível 3- Serviço de saúde						
Modelo de APS				0,060		0,391
Tradicional	13,23	1,00		1,00		
ESF	16,82	1,27	0,92-1,74	0,99	0,71-1,38	
Misto	18,60	1,40	0,94-2,08	1,22	0,83-1,80	

Nota: *Valor de p - Qui-quadrado para heterogeneidade; # RPb – Regressão de Poisson bruta; †IC 95% – Intervalo de confiança de 95%; ‡RPaj – Regressão de Poisson ajustada.

Discussão

Durante a avaliação do atributo da integralidade, verificou-se que a dimensão serviço disponível foi mais bem avaliada em todos os modelos de atenção comparada à dimensão serviço prestado. No entanto, nenhum modelo de APS alcançou escores altos para ambas as dimensões. As prevalências de alto escore da integralidade se associaram ao menor IDH municipal, à idade entre 60 e 91 anos, à cor/etnia pardo, negro, amarelo ou indígena e ao modelo de atenção misto.

Destaca-se que tanto os serviços disponíveis quanto os serviços prestados não alcançaram escores satisfatórios, necessários para atribuir a prática da integralidade nos diferentes modelos de atenção. Este dado aponta para a redução da presença desse atributo na atenção à saúde da população no território. Pode-se afirmar que esse aspecto compromete a capacidade resolutiva dos problemas de saúde das pessoas nesse nível de atenção.¹⁵

Uma pesquisa realizada em dois municípios do Paraná e em um da Paraíba com 344 familiares de cuidadores de crianças avaliou a integralidade na APS. Os resultados corroboram com os achados desta investigação. Apontam que muitos indicadores se apresentaram baixos, com base no ponto de corte definido para os escores ($\geq 6,6$), demonstrando que a prática da integralidade não está sendo realizada satisfatoriamente nos estabelecimentos de APS estudados.⁹ Esses achados podem estar relacionados à falta de alguns serviços nas unidades de saúde, como a insuficiência ou a não qualificação de recursos humanos, a situação estrutural da unidade, a fragmentação da assistência à saúde, dentre outros fatores.¹⁶⁻¹⁷

Dados similares aos achados deste trabalho foram encontrados em uma pesquisa no estado do Amazonas, abrangendo 395 usuários cadastrados e atendidos pela ESF, que apresentou escores baixos em ambos os componentes (serviços disponíveis 5,9 e serviços prestados 4,8). As ações integrais de prevenção e promoção da saúde no cuidado de adultos, ofertadas pela ESF não são satisfatórias.¹⁸ Ademais, a dimensão serviços prestados obteve escores mais baixos (modelo tradicional 3,3; ESF 3,9 e modelo misto 3,7), quando comparada à dimensão serviços disponíveis. Destaca-se que, apesar de o instrumento ter sido validado para uso no Brasil, algumas questões não foram adequadas às políticas de prevenção dos serviços de saúde da APS, não sendo comumente abordadas pelos profissionais, tais como: posse de arma de fogo e orientações a respeito das medidas de segurança acerca de seu armazenamento, e aconselhamentos sobre prevenção de acidentes de trânsito por meio do uso do cinto de segurança e/ou assentos de segurança para crianças. O que pode explicar os escores mais baixos para a dimensão serviços prestados.

A integralidade tanto nos serviços disponíveis e quanto nos prestados apresentou associação estatisticamente significativa ao IDH municipal, com maior probabilidade de alto escore nos locais de pesquisa com menor IDH. Estudo sobre o atributo da longitudinalidade na APS identificou resultados similares,¹⁹ que podem ter relação com o porte populacional dos municípios: aqueles que possuem menor cobertura de ESF justamente são os que possuem o maior IDH e são classificados como de grande porte.¹³ A pesquisa que avaliou a repercussão da implantação do sistema de informação e-SUS AB nas notificações de procedimentos e consultas por meio do SIA/SUS em cidades brasileiras, mostra que a maioria dos municípios possui menor IDH-M, renda per capita, classificada como de pequeno porte e com alta cobertura de ESF (>80%).²⁰

Além do IDH, a cor da pele e a idade obtiveram associação estatisticamente significativa após a análise ajustada para a integralidade nos serviços prestados, que apontou maior probabilidade de serviços prestados para a população idosa e cor/etnia parda, negra, amarelo ou indígena. Estudos internacionais²¹⁻²² realizados na França e na China obtiveram os mesmos achados e corroboram com as evidências apresentadas nesta pesquisa.

Em um estudo ocorrido Belo Horizonte, Minas Gerais, evidenciaram que o atributo da Integralidade esteve entre os indicadores da APS mais bem avaliados na perspectiva do idoso.²³ Usuários idosos tendem a apresentar maiores necessidades de saúde que os levam a procurar

as unidades de APS rotineiramente.⁴ A maior carga de doenças crônicas na população entre os idosos, o que é esperado, pode estimular o acompanhamento contínuo e uma maior prestação de cuidados pelos serviços de saúde da APS.

A maior proporção de alto escore para a integralidade serviços prestados para a população parda, negra, amarelo ou indígena, pressupõem-se que os serviços de saúde avaliados nesta pesquisa promovem a equidade em saúde, um dos princípios do SUS e da APS, corroborando aos achados de outro estudo.²³ A expansão da ESF para as periferias dos centros urbanos e das comunidades rurais facilitou o acesso aos estabelecimentos de saúde e seu uso, especialmente para as pessoas em situações de vulnerabilidade (pessoas idosas, de baixa renda e que apresentam condições crônicas), promovendo a equidade em saúde.²⁴

Foi possível identificar que o modelo tradicional obteve escores mais baixos que os outros modelos de atenção nas duas dimensões avaliadas. Autores atribuem os escores mais baixos ao modelo tradicional e mais altos na ESF devido a este modelo priorizar a realização de práticas de promoção e prevenção em saúde.²⁵ Além disso, o modelo de atuação da ESF voltado à saúde da família e da comunidade, que considera aspectos sociais, econômicos, ambientais e culturais, favorece o alcance do atributo da integralidade.²⁶ Conforme os achados, são evidentes as vantagens que a ESF apresenta em relação aos demais modelos de atenção nos contextos nacional e internacional.²⁷⁻²⁸

Considera-se como limitação do estudo o fato de as entrevistas com os participantes terem acontecido dentro da unidade de saúde. Embora os preceitos éticos fossem preservados, garantindo privacidade, entende-se que o ambiente institucional pode ter influenciado nas respostas dos usuários, fazendo com que os partícipes atribuíssem respostas mais positivas para o serviço. Os participantes foram selecionados por amostra de conveniência, composta pelos usuários presentes nos serviços. Nesse sentido, entende-se como uma limitação a impossibilidade de captar pessoas que apresentam maiores dificuldades em acessar o serviço ou o façam por preferência a outros serviços em detrimento da unidade.

A pesquisa foi desenvolvida em apenas uma região do estado, e a grande parte dos municípios são de pequeno porte, com baixo IDH, tornando-os muito homogêneos e dificultando a generalização dos resultados para outras regiões do estado ou país. Outra limitação é a não consideração do efeito de conglomerado nas análises, uma vez que pessoas da mesma unidade básica tendem a ser mais parecidas entre si do que aquelas de outras unidades.

Este estudo mostra a relevância do desenvolvimento de processos avaliativos na APS, porque a integralidade é um princípio essencial que engloba não somente as ações e os serviços recebidos pelos usuários, mas também a forma como o profissional de saúde interage com essas pessoas, ou seja, a criação de um vínculo e de uma perspectiva integral para todo o contexto de vida em que os indivíduos estão inseridos.

Os resultados de processos avaliativos produzem subsídios para a tomada de decisões e o planejamento de políticas públicas de saúde pensando na integralidade da atenção, a fim de encorajar gestores e profissionais de saúde a repensar e melhorar o exercício profissional. Assim, o desenvolvimento de estudos que possibilitem a avaliação da integralidade na APS, bem como a realização de pesquisas em outros municípios com características e cenários distintos são estratégias essenciais para a qualificação dos serviços de saúde. Ao encontro disso, é necessária a retomada de pesquisas atuais para que sejam repensados a tomada de decisões e o planejamento de políticas públicas, tendo em vista as significativas mudanças que os cenários brasileiro e mundial têm enfrentado.

Conclusão

Este estudo constatou que os usuários dos serviços da rede de APS dos municípios da 4.^a CRS/RS avaliaram a integralidade dos serviços de APS como insatisfatória, pois ela não atingiu escores com valores desejados nas duas dimensões pesquisadas. Foi possível observar também que o atributo integralidade apresenta características que o fizeram ser mal analisado. Ademais, ele não está presente em nenhuma das dimensões estudadas, não obtendo escores altos tanto nos serviços prestados quanto nos disponíveis na APS.

Referências

1. Santos ALR, Faler CS. A rede de atenção básica na perspectiva dos usuários do SUS de um município do médio alto uruguaio gaúcho. *Unoesc Ciência ACBS* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 jun 09];9(1):15-22. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/feac/5f23e6fbc7a5e482b892f1b5ed9a3c4d9a00.pdf>
2. Mendes EV. *Desafios do SUS* [Internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS); 2019 [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>
3. Starfield B, Shi L. Commentary: primary care and health outcomes: a health services research challenge. *Health Serv Res.* 2007 Dec;42(6 Pt 1):2252-6. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00739.x

4. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3). doi: 10.1590/0034-7167-2017-0014
5. Ministério da Saúde (BR). E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2020 jun 15]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
6. Souza BR, Tavares JB, Girard CCP, Ferreira IP. Evaluation of Primary Health Care in a family Health Strategy in the interior of Pará: using the PCATool-Brazil version. *APS Rev.* 2019;1(2):112-20. doi: 10.14295/aps.v1i2.24
7. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary care in health regions: policy, structure, and organization. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 09];35(2):17. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/en_1413-8123-csc-22-04-1141.pdf
8. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comum* [Internet]. 2013 [acesso em 2020 jun 17];8(29):274-84. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829/588>
9. Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(4):e57067. doi: 10.1590/1983-1447.2016.04.57067
10. Perillo RD, Bernal RTI, Poças KC, Duarte EC, Malta DC. An evaluation of Primary Health Care from the users' perspective: reflections on the usage of the Primary Care Assessment Tool-Brazil in telephone surveys. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23(Suppl 01). doi: 10.1590/1980-549720200013.supl.1
11. Cardozo DD, Stein C, Hauser L, Fontanive LT, Harzheim E, Hugo FN. Validity and reliability of the Brazilian primary care assessment tool: oral health of adults. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:E200076. doi: 10.1590/1980-549720200076
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@: Rio Grande do Sul. Estimativa populacional 2014 [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2020 [acesso em 2020 jun 10]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
13. Ministério da Saúde (BR). Histórico da Cobertura da Saúde da Família [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2020 jun 09]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
14. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Saúde, Departamento de Atenção Primária. Manual para avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 80 p.
15. Santos AS. Aspectos da inserção de profissionais na atenção primária à saúde e o processo de formação. *REFACS* [Internet]. Uberaba (MG): UFTM; 2017 [acesso em 2020 Jul 02];5(2):179. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/viewFile/2091/2124>
16. Silva SA, Fraccolli LA. Avaliação da assistência à criança na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):54-61. doi: 10.1590/0034-7167.2016690107i
17. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2018;42(1):52-66. doi: 10.1590/0103-11042018S104

18. Sá LYBAV. A Avaliação da Atenção Primária: um olhar preliminar através do PCATool em Manaus, Amazonas. APS Rev [Internet]. 2019;1(2):98-111. doi: 10.14295/aps.v1i2.27
19. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. Acta Paul Enferm. 2019;32(2):186-93. 10.1590/1982-0194201900026
20. Thum MA, Baldisserotto J, Celeste RK. e-SUS AB use and factors associated with recording primary care procedures and consultations in Brazilian municipalities. Cad Saúde Pública. 2019 Feb;35(2):e00029418. doi: 10.1590/0102-311X00029418
21. Martin-Fernandez J, Aromatario O, Prigent O, Porcherie M, Ridde V, Cambon L. Evaluation of a knowledge translation strategy to improve policymaking and practices in health promotion and disease prevention setting in French regions: TC-REG, a realist study. BMJ Open. 2021;30;11(9):e045936. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045936
22. Zhou W, Xiao S, Feng C, Yu Y, Wang D, Hu C, et al. Measuring the quality of mental health services from the patient perspective in China: psychometric evaluation of the Chinese version of the World Health Organization responsiveness performance questionnaire. Glob Health Action. 2022;15(1):2035503. doi: 10.1080/16549716.2022.2035503
23. Augusto DK, Lima-Costa MF, Macinko J, Peixoto SV. Factores asociados a la evaluación de la calidad de la atención primaria de salud por ancianos residentes en la Región Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2019;28(1):e2018128. doi: 10.5123/S1679-49742019000100017
24. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde Debate. 2018;42(Spec No. 1). doi: 10.1590/0103-11042018S102
25. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13. doi: 10.5712/rbmfc11(38)1252
26. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. Saúde Debate. 2018;42(1):208-23. doi: 10.1590/0103-11042018s114
27. Lowe D, Ryan R, Schonfeld L, Merner B, Walsh L, Graham-Wisnet L, et al. Effects of consumers and health providers working in partnership on health services planning, delivery and evaluation. Cochrane Database Syst Rev. 2021;15(9):cd013373. doi: 10.1002/14651858.CD013373.pub2
28. Shizume E, Tomokawa S, Miyake K, Asakura T. Factors enabling systematized national school health services in Japan. Pediatr Int. 2021;63(10):1151-61. doi: 10.1111/ped.14864

Fomento / Agradecimento: O projeto foi viabilizado através de financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) edital 014/2014.

Contribuições de autoria

1 – Eduarda Signor

Autor correspondente

Enfermeira, Mestre em Enfermagem - E-mail: eduardasignor@hotmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

2 - Teresinha Heck Weiller

Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem - E-mail: weiller2@hotmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

3 – Luis Felipe Dias Lopes

Matemático, Doutor em Engenharia - E-mail: lflopes67@hotmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

4 – Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem - E-mail: roxanaisabel@ufg.br

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

5 – Luize Barbosa Antunes

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - E-mail: luizeeantunes@hotmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

6 – Marciane Kessler

Enfermeira, Doutora em Enfermagem - E-mail: marcianekessler23@gmail.com

Concepção, desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito, revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Científica: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Como citar este artigo

Signor E, Weiller TH, Lopes LFD, Gonzales RIC, Antunes LB, Kessler M. Evaluation of integrality in primary health care according to care models. Rev. Enferm. UFSM. 2022 [Access at: Year Month Day]; vol.12, e46:1-16. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769267809>