

## **A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA VISÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO ATUANTE NO PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS**

Thamyres F. Silva<sup>1\*</sup>, Gustavo M. Rocha<sup>2</sup>.

1. Estudante de Medicina da Universidade Federal de São João del-Rei – *campus* Centro-Oeste(UFSJ-CCO)
2. Professor da UFSJ-CCO

### **Resumo**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido a principal estratégia governamental de implementação da Atenção Primária em Saúde (APS) visando à prática efetiva dos princípios e diretrizes do SUS. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade da APS nas ESFs na região Centro Oeste do estado de Minas Gerais que receberam profissionais médicos vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil. Trata-se de estudo descritivo do tipo observacional transversal. Aplicou-se uma ficha de entrevista e o Instrumento de Avaliação PCATool-Brasil. Tal instrumento apontou que os serviços se mostraram satisfatórios de acordo com o escore geral (7,44), ademais o subitem Acesso de Primeiro Contato obteve a menor avaliação (3,18). Um pior desempenho no atributo de acessibilidade demonstra a necessidade de investimentos e reestruturação da ESF. Isso impactou diretamente nos aspectos mencionados como negativos em relação a dificuldade de disponibilidade de recursos e à porta de entrada do paciente.

**Autorização legal:** Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CCO / UFSJ – CAAE: 64292516.0.0000.5545

**Palavras-chave:** Saúde Pública; PCATool-Brasil; Medicina.

**Apoio financeiro:** UFSJ.

**Trabalho selecionado para a JNIC:** UFSJ.

### **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é visto como uma das políticas sociais mais importantes na América Latina, pois proporcionou a universalização do direito à saúde [1], [2]. Com o objetivo de se tornar o eixo estruturante da atenção primária em saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido a principal estratégia do governo federal de implementação e organização da APS visando à prática efetiva dos princípios e diretrizes do SUS [3], [4].

Uma gama de estudos evidenciam o impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde (SS) [5], [6]. No Brasil, a ESF foi adotada como uma estratégia do Ministério da Saúde para a expansão das APS e reorganização do SUS. Desde então, é crescente a expansão das ESF, assim como o número de equipes implantadas; sendo 39.710 equipes [5] e 53,4% dos domicílios brasileiros cadastrados [7]. Visando fortalecer e ampliar a assistência e formação médica em APS promovendo maior integração entre ensino e serviço foi instituído o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) [2], [8]. Todos os médicos que atuam no âmbito do PMMB são acompanhados por uma equipe de supervisão acadêmica [9], [10].

Mesmo com a grande ampliação de cobertura da ESF pelo PMMB, muitas vezes o modelo assistencial não acompanha esta evolução [11]. Dessa forma, torna-se fundamental a realização de estudos e instrumentos que busquem a avaliação da assistência em saúde nos locais onde a ESF foi implantada [12]. Um destes é o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil – Primary Care Assessment Tool) [13], [14]. Além disso, existe ainda uma carência de estudos avaliativos sobre a efetividade do PMMB.

O objetivo da pesquisa foi o de avaliar a qualidade da APS nas ESFs em Minas Gerais que receberam profissionais vinculados ao PMMB. Além disso, analisar os pontos positivos e negativos da APS, do ponto de vista dos profissionais médicos, nas unidades de ESF dos municípios selecionados.

### **Metodologia**

Trata-se de estudo descritivo do tipo observacional transversal, cujos dados foram obtidos por meio de entrevista com médicos participantes do PMMB atuando em municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais participantes do PMMB. O recrutamento dos médicos deu-se por meio de convite individual realizado pela equipe de supervisão acadêmica do PMMB na própria ESF. Foram incluídos no projeto somente médicos regularmente inscritos no PMMB e atuantes na ESF em unidades de saúde dos municípios selecionados.

Os profissionais médicos que aceitaram participar da pesquisa responderam uma entrevista face a face por meio de questionário semiestruturado, que foi composto pela ficha de entrevista e o Instrumento de Avaliação

PCATool-Brasil. O PCATool é um instrumento adaptado e validado a realidade brasileira e criado com base no modelo de avaliação da qualidade de SS levando em conta a mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde [15], [16].

Na ficha de entrevista pediu-se que cada participante relatasse até 3 pontos positivos e negativos da unidade e do atendimento. Tais dados foram utilizados para correlacionar com o instrumento de avaliação PCATool-Brasil. O processamento destes dados ocorreu em três passos: leitura flutuante, transcrição dos questionários para arquivos e a preparação do material em subítem. Posteriormente, fez-se a exploração do material, submetendo as respostas à análise de conteúdo categorial [17].

O PCATool-Brasil – versão para profissionais contém questões relativas à APS, sendo composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS. Conforme preconizado pelas diretrizes do PCATool-Brasil [18], [19]. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes variam de 0 a 10 e foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Sendo considerado baixo escore resultados inferiores a 6,6 [18].

Quanto à análise, os dados coletados foram armazenados e compilados no programa *Microsoft Excel 2010*. Foi realizada análise descritiva das variáveis selecionadas, com distribuição de proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central para as variáveis contínuas, incluindo intervalo de confiança de 95%, com a utilização do software Epi Info ® 7 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA).

## Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 57 profissionais da saúde, sendo 52,6% do sexo feminino, distribuída em unidades de ESF em 15 municípios localizados na região Centro-Oeste de Minas Gerais e da Mesorregião metropolitana de Belo Horizonte [20]. A grande maioria dos entrevistados localizavam-se em Divinópolis (35%) e em segundo lugar em Bom Despacho (15,8%). A idade mais prevalente foi da faixa de 20-30 anos em 42%, sendo o tempo de formação média menor que 10 anos em 71,9% da amostra. Em relação ao país de origem, percebe-se que a maioria possui nacionalidade cubana (52,6%), sendo brasileiros 46,4% dos entrevistados. Em se tratando do local de formação, obteve-se 52,6%, 42,1%, 3,5%, para Cuba, Brasil e Bolívia, respectivamente.

A maioria da amostra (54,4%) possuía formação em Medicina da Família e Comunidade (MFC), sendo que grande parte concluiu esta especialização através do PMMB. Contudo, 86% dos profissionais entrevistados não possuía outra residência. Sendo que dos 14% que haviam uma segunda especialidade, 50% se tratava de Medicina Geral e Integral, uma residência semelhante a MFC em Cuba. Em relação a população adscrita, 42,86% da amostra possui uma população adscrita acima da preconizada (>3500 pessoas) pelo Ministério da Saúde [2], [12], [14], [21].

Em relação ao PCATool, tal instrumento apontou que os serviços se mostraram satisfatórios à atenção primária de acordo com o Escore Geral (7,44±0,62) [22]. Nota-se que o ponto positivo mais mencionado foi o subitem Equipe (42%). Destes, 59% dos entrevistados referiram que o aspecto vantajoso da equipe tange à facilidade de trabalho e integridade desta, 17% referiu que o ponto positivo está relacionado ao bom treinamento desta, enquanto que 12% referiram a coordenação e a boa disponibilidade da equipe como aspectos positivos. Já o subitem acolhimento obteve 13% de menção. Sendo que destes 79% referiram que há um bom acolhimento do sistema ao paciente, enquanto 29% disseram que o ambiente da ESF é bem receptivo ao médico/profissional da saúde. É possível compreender tal fato devido ao alto escore nos subítem de Orientação Familiar e Orientação Comunitária, 9,4±1,00 e 7,25±1,89, respectivamente. Além disso, cerca de 92% dos profissionais afirmam haver consultas domiciliares nas ESF em que trabalham e 85% relatam que o serviço ouve opiniões e ideias da comunidade.

O subitem coordenação foi apontado em 10% do montante, sendo que foi considerado neste grupo as respostas referentes a organização do atendimento e da assistência à saúde. Já o subitem estrutura física também contou com 10% de menção. Outro ponto positivo apontado foi a integralidade (8%). Sendo que foram apontados aspectos de multidisciplinaridade e matriciamento como aspectos relevantes da atenção.

Contudo, aspectos importantes da APS e que são bases estruturantes do SUS, como a longitudinalidade (2%) e a prevenção e promoção de saúde (5%), tiveram pouca menção. No PCATool, 14% e 16% dos profissionais com certeza conhecem com quem os pacientes residem e com o que trabalham, respectivamente, e 65,4% sabem o histórico de saúde completo do paciente. Vê-se também que o escore de longitudinalidade, apesar de satisfatório, é muito desigual, apresentando alta variabilidade.

Em relação ao que foi apontado como aspecto ruim da ESF, a falta de profissionais foi evidenciada por 23% dos entrevistados. Sendo que destes, evidenciou-se a falta geral de profissionais (23%: 50% enfermagem e 50% psicologia), falta agentes comunitários de saúde (27%) e de treinamento para a equipe (14%).

A falta de materiais e estrutura física contou com 21% do saldo, sendo distribuídos em falta de equipamentos e materiais (39%), estrutura física precária (39%) e ausência de medicamentos (22%). Em relação a falta de materiais 43% se referiram a ausência de instrumentos e equipamentos básicos para o atendimento de urgência e emergência. Isso impactou diretamente no subitem Serviços Disponíveis (7,34±1,10), sendo que 82,5% dos entrevistados assinalaram não possuir materiais necessários para realização de sutura, 84,2% para a colocação de tala e 90% para a exérese de lesões na pele (como por exemplo verrugas).

Outro aspecto negativo relatado foi a dificuldade de encaminhamento do paciente para a atenção secundária (19%). Os principais motivos são: a demora para acesso de exames de alto custo (47,4%), a dificuldade para encaminhamento a especialidades (36,8%) e a falta da contra-referência dos profissionais da atenção secundária (15,8%). No instrumento, 84,2% dos entrevistados relatam não receber do especialista ou

do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado. A alta demanda populacional foi referida por 12% da amostra como um ponto negativo.

A falta de acessibilidade foi referida por 10% da amostra, a principal causa é a falta de informação e comunicação com a sociedade e entre a equipe sobre os programas da ESF (50%), a localização e o horário de atendimento (40%) e o transporte público precário (10%). A acessibilidade está incluída no subitem Acesso de Primeiro Contato o qual obteve o menor escore ( $3,18 \pm 0,97$ ). Sendo que, de acordo com os dados da entrevista do instrumento PCATool-Brasil, 90% dos serviços não abrem aos sábados e domingos e apenas 35% dos serviços estão abertos até as 20 horas em pelo menos alguns dias da semana. Além disso, 40% dos profissionais afirmaram que alguns pacientes podem esperar mais de 30 minutos para serem atendidos.

A baixa resolatividade das ações e tratamentos foi apontada em 9% e a dificuldade em lidar com a população em 6% da amostra total. Sendo este um aspecto pontual tendo correlação direta com os casos de escore mais baixo de Orientação Comunitária ( $7,25 \pm 1,89$ ). O fato da maioria dos profissionais entrevistados possuírem outra formação (MFC) concorda com dados de outros estudos [10], [23]–[25]. De acordo com Tanaka e Tamaki, é imprescindível ao gestor a avaliação dos SS, pois permite um melhor planejamento e redistribuição de serviços a fim de melhor atender a comunidade [26]. Dessa forma, o PCATool-Brasil é uma ferramenta que possibilita identificar, monitorar e avaliar a qualidade do atendimento da APS e verificar quais os quesitos necessitam de melhoria para um atendimento eficaz [22].

O resultado da nossa pesquisa indicou que os profissionais participantes do PMMB dos municípios referidos avaliaram que os serviços de APS demonstram boa qualidade para o atendimento da população. Contudo, quando analisamos os subitens, percebemos que alguns estão aquém do esperado, mostrando a necessidade de reestruturação da unidade para melhor atender a comunidade, como o subitem de acessibilidade que comumente é tido como o mais baixo em outros estudos [19], [25], [26].

O ponto positivo mais abordado pela amostra foi o da equipe, tal fato é compreendido quando se analisa o escore do PCATool-Brasil no subitem Sistema de Informação ( $8,62 \pm 1,35$ ), que obtém a segunda maior pontuação e trata-se de analisar a coordenação e integração entre a equipe. Além disso, outros aspectos vantajosos abordados foram o do acolhimento e o da coordenação. Isso demonstra que na visão dos profissionais da saúde a APS está cumprindo com algum dos objetivos imputados a este modelo assistencial [27].

De acordo com Flores et al (2017), o atributo Acesso de Primeiro Contato é o alicerce para que os demais atributos possam se concretizar devido ao fato deste representar a porta de entrada da APS [23], [28]. Para alguns autores, tal fator é tido como adequação entre a oferta e a demanda de serviços [25], [29], o que concorda com o nosso estudo em que a maioria dos entrevistados referiram como ponto negativo a dificuldade de disponibilidade de recursos e acessibilidade ao paciente. A literatura mostra que aspectos relativos ao acolhimento, apontados como pontos negativos neste estudo e no score, devem estar em sintonia com outros fatores como a equipe, a infraestrutura e a postura dos trabalhadores frente ao usuário e o fato destes fatores não funcionar de forma adequada pode ser um desafio da APS [28]. Um dos pontos negativos foi o da alta demanda, que afeta diretamente nos escores de Integração de Cuidados ( $7,53 \pm 1,17$ ) e Orientação Comunitária ( $7,25 \pm 1,89$ ), isso vem ao encontro dos dados que mostram que 42,9% dos profissionais estão trabalhando em SS com uma cobertura da população adscrita acima do preconizado pelo Ministério da Saúde [30].

Percebe-se que os resultados do nosso estudo condiz com o que já foi observado outrora, sendo a precariedade estrutural e falta de melhoria um grande empecilho para a melhora da qualidade da ESF [31], [32]. Os pontos negativos abordados estão presentes em outros estudos, como estudo de Fernandes et al (2014) que observou que muitas das informações do sistema estavam defasadas, havia falta de motivação da equipe levando a dados pouco confiáveis, principalmente ao que tange a esfera dos agentes comunitários [33].

## Conclusões

Os resultados do estudo visam proporcionar reflexão e cooperação para a melhoria da coordenação dos serviços e da integralidade à atenção à saúde por meio da correlação de informações do instrumento PCATool-Brasil com pontos positivos e negativos através da entrevista. O desfecho indica, de forma geral, que os municípios pesquisados contemplam uma adequada orientação à APS, embora alguns indicadores demonstrem a necessidade de um melhor investimento em alguns aspectos.

Os pontos positivos mais elencados foram: equipe, acolhimento e coordenação. Já os aspectos ruins da ESF que necessitam de melhor reestruturação tangeram aos subtemas: falta de equipamentos e estrutura física, equipe e encaminhamento a atenção secundária.

O pior desempenho da ESFs nos atributos de acessibilidade ( $< 6,6$ ) demonstra a necessidade de investimentos e reestruturar os SS para melhor atender a comunidade a nível de APS. Um desempenho melhor em longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e comunitária aponta na direção de que o processo de trabalho na ESF favorece que tais atributos apresentem melhor desempenho. Contudo, os pontos negativos mostram que essa não é a realidade em todos os serviços e que alguns aspectos precisam de ser melhorados.

E, por fim, o presente estudo aponta a necessidade de investimentos em melhorias da AP, bem como mais estudos, principalmente pesquisas na comunidade, visando avaliar e melhorar a eficiência de prestação de serviços dos SS.

## Referências bibliográficas

- [1] H. Rolfs, "Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review", *Ciênc. saúde*

- coletiva [online], vol. 22, nº 6, p. 1882–1892, 2016.
- [2] Organização Pan-Americana da Saúde, Atenção Básica à Saúde e o Programa Mais Médicos em Minas Gerais, 19ª ed. Brasília, DF, 2017.
- [3] OPAS, Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C, 2008.
- [4] Ministério da Saúde., Secretaria de Atenção à Saúde., e Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, “Strengthening of monitoring and evaluation actions of the primary health care”, Recife, 4, 2004.
- [5] R. Caprio Leite de Castro, D. Riva Knauth, E. Harzheim, L. Hauser, e B. Bartholow Duncan, “Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços”, Cad. Saúde Pública, Rio Janeiro, vol. 28, nº 9, p. 1772–1784, 2012.
- [6] S. Albino Da Silva, T. Cristina Beitel, e L. Aparecida Fracoli, “Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família”, Rev. Latino-Am. Enferm., vol. 23, nº 5, p. 979–87, 2015.
- [7] D. C. Malta, M. A. S. Santos, S. R. Stopa, J. E. Vieira, E. A. Melo, e A. A. C. dos Reis, “A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013”, Cien. Saude Colet., vol. 21, nº 2, 2016.
- [8] BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., “Diretrizes nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”, p. 30, 2013.
- [9] Ministério da Educação, PORTARIA Nº 585, DE 15 DE JUNHO DE 2015 - Lex MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO GABINETE DO MINISTRO. 2015.
- [10] E. Rodrigues de Almeida Adriano Ferreira Martins Harineide Madeira Macedo Rodrigo Chávez Penha, “Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica”, Interface Comun. Saúde Educ., vol. 21, nº 1, p. 1291–300, 2017.
- [11] L. Giovanella et al., “Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil”, Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, nº 3, p. 783–794, 2009.
- [12] E. Felisberto, “Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate”, Cien. Saude Colet., vol. 11, nº 3, p. 553–563, 2006.
- [13] L. Shi, B. Starfield, A. N. D Jiahong Xu, M. Baltimore, e S. Carolina, “Validating the Adult Primary Care Assessment Tool”, J. Fam. Pract. , vol. 50, nº 2, 2001.
- [14] B. Starfield, Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- [15] A. DONABEDIAN, “Evaluating the Quality of Medical Care”, Milbank Q., vol. 83, nº 4, p. 691–729, dez. 2005.
- [16] E. Harzheim et al., “Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil.”, BMC Health Serv. Res., vol. 6, p. 156, dez. 2006.
- [17] L. Bardin, “Análise de Conteúdo”, Lisboa Edições 70, vol. 4, 2009.
- [18] Brasil. Ministério da Saúde. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- [19] H. Rolfs, “Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review”. Ciência & Saúde Coletiva, 22(6):1881-1893, 2017
- [20] Estado de Minas Gerais, “MESO E MICRORREGIÕES DO IBGE”, Disponível em: [http://mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas\\_10\\_2\\_04\\_listamesomicro.pdf](http://mg.gov.br/sites/default/files/paginas/arquivos/2016/ligminas_10_2_04_listamesomicro.pdf). [Acessado: 20-jul-2018].
- [21] Ministério da Saúde, RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. 2012.
- [22] J. M. Penso et al., “Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil”, Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio Janeiro, vol. 12, nº 39, p. 1–9, 2017.
- [23] K. Flores Da Silva e S. Maria, “PCATool Brasil versão profissionais : avaliação do atributo acesso do primeiro contato na atenção primária à saúde em município do interior do Rio Grande do Sul”. Pós Graduação em Enfermagem, Tese de Mestrado. Universidade de Santa Maria, 2017.
- [24] M. Clara Martins Prado, E. Patrícia Pereira Araújo, e C. Alberto Quintão Rodrigues, “Professional profile of healthcare providers holding university degree in Family Health Strategy teams in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil”, Rev Bras Med Fam Comunidade, vol. 8, nº 27, p. 90–6, 2013.
- [25] E. De Fátima et al., “Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde”, Esc. Anna Nery, vol. 20, nº 2, p. 275–280, 2016.
- [26] O. Y. Tanaka e E. M. Tamaki, “O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde”, Cien. Saude Colet., vol. 17, nº 4, p. 821–828, abr. 2012.
- [27] SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública [online]. 2000, vol.34, n.3, pp.316-319.
- [28] L. G. Poersch e C. M. F. Rocha, “Acolhimento sobre a perspectiva dos profissionais da saúde da Estratégia de Saúde da Família”, SANARE, Sobral, vol. 15, nº 02, p. 60–67, 2016.
- [29] C. D. Tesser e A. H. Norman, “Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família”, Saúde Soc Sao Paulo, vol. 23, nº 3, p. 869–83, 2014.
- [30] R. Barros, “PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017”, Ministério da Saúde, 2017. [Online]. Available at: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). [Acessado: 20-jul-2018].
- [31] E. V. Mendes, As redes de atenção à saúde, vol. 15, nº 5. 2010.
- [32] E. V. Mendes, “Entrevista: O SUS e a Atenção Primária à Saúde”, Rev. APS, vol. 8, nº 2, p. 218–219, 2005.
- [33] L. de S. Fernandes, R. M. Cella, L. F. G. R. Silva, P. T. S. Brandão, e J. C. Monteiro, “Análise e interpretação do sistema de informação da Atenção Básica”, An. DO CBMFC, vol. 0, nº 12, p. 1054, 2014.