

Avaliação do cuidado sob a ótica da mulher na Estratégia Saúde da Família

Evaluation of care from the perspective of women in the Family Health Strategy

Renata de Paula Almeida¹
Raíssa Maya de Santana dos Santos²
Suderlan Sabino Leandro³
Aline Mizusaki Imoto⁴

¹ Mestre em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/Fepecs. Especialista em Estratégia Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF

² Médica de Família e Comunidade na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF

³ Doutor em Enfermagem pela Universidade de Brasília. Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF. Docente da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/Fepecs e do Centro Universitário UDF

⁴ Doutora e Mestre em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Pós Doutorado em Saúde baseada em Evidências pela UNIFESP e pela University of Ottawa, Canada. Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional e Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/Fepecs.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a percepção das mulheres sobre a integralidade no atendimento da Estratégia Saúde da Família.

Métodos: estudo descritivo e transversal. Dados coletados de julho a agosto de 2017, por meio do PCATool. Considerou-se 6,6 como escore mínimo na avaliação da integralidade, desmembrado em dois componentes: Serviços Disponíveis (SD) e Serviços Prestados (SP).

Resultados: entrevistadas 167 mulheres. O escore transformado em SD e SP foi de $6,68 \pm 1,50$ e $3,79 \pm 2,21$, respectivamente. Sobre os SD o serviço foi considerado satisfatório e em SP, não atendeu ao mínimo estabelecido.

Conclusão: as mulheres demonstraram conhecimento das atividades ofertadas na unidade; a integralidade foi favorável em alguns atendimentos, mas no geral foi avaliado de forma insatisfatória.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde, Integralidade em Saúde e Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the perception of women about the integrity of care provided by the Family Health Strategy. **Methods:** descriptive and cross-sectional study. Data collected from July to August 2017, through PCATool. 6.6 was considered as the minimum score in the comprehensiveness assessment, broken down into two components: Available Services (SD) and Services Provided (SP).

Results: 167 women were interviewed. The score transformed into SD and SP was 6.68 ± 1.50 and 3.79 ± 2.21 , respectively. Regarding the SD, the service was considered satisfactory and in SP, it did not meet the minimum established.

Conclusion: women demonstrated knowledge of the activities offered at the unit; comprehensiveness was favorable in some cases, but in general it was evaluated in an unsatisfactory way.

Keywords: Women's Health, Primary Health Care, Comprehensive Health and Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A inserção de programas inovadores de assistência à saúde no Brasil durante a década de 1990 elevou a Atenção Primária à Saúde (APS) a uma posição de destaque na saúde pública¹. A APS é definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente pela continuidade e integralidade da atenção; coordenação da assistência dentro do próprio sistema; atenção centrada na família; orientação e participação comunitária; e valorização da competência cultural dos profissionais².

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária na atenção à saúde e visa à reorganização da APS no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade³.

O financiamento para a expansão da ESF, assim como o número de equipes implantadas, vem crescendo⁴. Desse modo, várias iniciativas com foco na avaliação da ESF têm sido desenvolvidas no Brasil desde sua criação^{1,5}. Compõem os atributos essenciais da APS: coordenação do cuidado, longitudinalidade, acesso de primeiro contato e integralidade; e três derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural².

A integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa

da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de atender às necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais².

Na Atenção à Saúde das Mulheres, compreende-se integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres às ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres⁴.

Atualmente, a APS no DF esbarra em dificuldades de estruturação e coordenação da integralidade, o que culmina em prejuízo à otimização dos indicadores de saúde. Somado a isto, enfrenta-se também a falta de recursos humanos, predominantemente ilustrada por quadro deficitário de médicos e agentes comunitários de saúde⁶.

Ademais, até então, as publicações referentes ao presente objeto encontram-se escassas, pois não foi encontrado o tema que discriminasse o atributo da Integralidade, e sim a análise dos atributos da APS de uma forma geral.

O objetivo neste trabalho foi avaliar a presença e a extensão da integralidade no cuidado integral à saúde da mulher, dentro de uma unidade básica de saúde de Estratégia Saúde da Família, no Distrito Federal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, que possui seis equipes de ESF, cada uma composta por um médico, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Das seis equipes, apenas três contêm um Agente Comunitário de Saúde (ACS). A UBS fornece serviços estabelecidos na portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a saber: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta de odontologia, vacinação, procedimentos de curativo e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), todos abrangendo os diversos ciclos de vida, destacando-se saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. A UBS avaliada atende a uma área adstrita estimada em 4.200 habitantes por equipe de ESF, estando em conformidade com a Portaria 2436/17, totalizando em aproximadamente 25 mil pessoas.

Foram entrevistadas 167 mulheres, excluídas 02 considerado *missing date*. Os critérios de inclusão foram: utilizar o serviço da UBS há pelo menos 6 meses; ter idade entre 18 e 49 anos e ter realizado consulta de enfermagem ou consulta médica. As entrevistas foram feitas na própria UBS e em visita domiciliar. Foram excluídas da pesquisa as pacientes que não utilizaram pelo menos um terço dos serviços ofertados na Unidade de Saúde: sala de vacina, sala de curativos, laboratório, consulta médica, consulta de enfermagem, farmácia e práticas integrativas em saúde (Tai Chi Chuan, Shantala, Yoga).

A coleta de dados foi realizada no período de julho a agosto de 2017, utilizando-se o instrumento validado para avaliação dos atributos da atenção primária, *Primary Care Assessment Tool* – (PCATool), elaborado na Universidade de John Hopkins, aplicado inicialmente no Brasil em 2004⁷ e utilizado posteriormente em um estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro⁸. As perguntas foram feitas conforme escrito no questionário e na mesma ordem, com as quatro opções de resposta para livre escolha da paciente quanto à opção que julgasse correta, por meio de entrevista por alunos previamente treinados.

O PCATool é um instrumento originalmente formado por 77 perguntas (itens) sobre os sete atributos da APS, quatro essenciais (coordenação do cuidado, longitudinalidade, acesso de primeiro contato e integralidade) e três derivados (competência cultural,

orientação familiar e comunitária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde). Este instrumento é validado por respostas tipo *Likert*, um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, em que os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação, para construir escores da APS com intervalo de 1-4 para cada atributo. O escore final de cada atributo é dado pela média das respostas de seus itens, que também variam de 1-4. Alguns atributos são formados por subdimensões, como acesso (primeiro contato e utilização), integralidade (serviços prestados e serviços disponíveis) e coordenação (sistema de informação e fluxo de usuários).

A integralidade é avaliada por questões que afligem os dados referentes à saúde da mulher, às ações preventivas e educativas, ao tratamento/recuperação e à clínica ginecológica. São distribuídas em quatro respostas, respondendo ao instrumento PCATool, sendo categorizado com quatro pontos a afirmação total (com certeza sim); três pontos a possível afirmação (provavelmente sim); dois pontos a provável negação (provavelmente não); e um ponto a negação (com certeza não). Neste estudo, avaliou-se a dimensão da integralidade segundo o conceito de Starfield², que pode ser entendido como “atendimento integral”, com foco nas atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Utilizou-se como referência para analisar a presença e a extensão do escore do atributo integralidade o valor de 6,6 estimado por Starfield², considerado o mínimo para o serviço de saúde ter a presença do atributo de acordo com a avaliação das usuárias atendidas.

Os dados para a análise estatística foram baseados no escore do **atributo integralidade** referentes aos Serviços Disponíveis (SD) e Serviços Prestados (SP). Inicialmente foi realizado o cálculo dos escores gerais de cada item que compõem SD e SP. Em um segundo momento, por meio de uma operação, os referidos escores foram transformados, observando-se o *missing date* - itens que obtiveram acima de 50% das respostas não sei/não lembro. Após esta contagem, foi realizada a análise descritiva dos dados, apresentada em forma de distribuição frequencial, médias e desvio-padrão. As análises de frequência foram apresentadas em valores absolutos e percentil, com demonstração de valor de uma casa decimal, sendo os cálculos realizados pelos padrões de correção e arredondamento interno do software. O processamento e a análise dos dados foram realizados utilizando o

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 20.0.

Essa pesquisa está em consonância com a resolução 466/2012. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos e à metodologia da coleta de dados; os que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde pelo número do parecer 2.120.634, em 14 de junho de 2017.

RESULTADOS

A população avaliada neste estudo foi composta por 165 pacientes, com média de idade de 31,1 anos, com predomínio de escolaridade de ensino médio (56,9%); situação econômica majoritariamente com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (62,3%); religião prevalecente católica (50,3%); e sem atividade regular, seja física ou cultural (72,5%) (Tabela 1).

Tabela. 1

Perfil sociodemográfico das usuárias participantes, Unidade Básica de Saúde, Brasília - DF, 2017

	Escolaridade			Estado civil	
	N	%		N	%
Ensino fundamental	26	15,6	Solteira	69	41,3
Ensino médio	95	56,9	Casada	93	55,7
Superior	46	27,5	Divorciada	5	3
	Tipo de atividade			Renda familiar (salários mínimos)	
	N	%		N	%
Não	121	72,5	1 a 2	104	62,3
Física	43	25,7	3 a 5	48	28,7
Cultural	3	1,8	6 a 10	13	7,8
			>10	2	1,2
	Religião			Situação econômica	
	N	%		N	%
Católica	84	50,3	Má	16	9,6
Espírita	12	7,2	Média	117	70,1
Protestante	26	15,6	Boa	34	20,4
Nenhuma	15	9			
Outras	30	18			

Entre os principais serviços utilizados no período de julho a agosto de 2017 (Tabela 2), destacou-se a consulta médica, precedida da sala de vacinação

e farmácia, em que todas as usuárias já haviam realizado uma consulta anterior no posto de saúde, seja de enfermagem ou médica.

Tabela. 2

Percentual dos serviços utilizados pelas usuárias participantes, Unidade Básica de Saúde, Brasília - DF, 2017

	N	%
Sala de vacina	158	94,6
Farmácia	157	94,0
Laboratório	137	82,0
Consulta enfermagem	154	92,2
Consulta médica	164	98,2
Curativo	33	19,8
ECG*	15	9,0
Medicação	79	47,3
PICS*	26	15,6
Consulta anterior	167	100,0

* ECG: eletrocardiograma; PICS: Práticas Integrativas Complementares em Saúde.

Após a aplicação dos questionários PCATool-Brasil, foi avaliado o atributo da integralidade por meio dos SD e SP. O escore transformado obtido com SD e SP foi de $6,68 \pm 1,50$ e

$3,79 \pm 2,21$, respectivamente (Tabela 3). O componente SD foi superior ao valor de referência, sendo, portanto, considerado satisfatório.

Tabela. 3

Escore geral e transformado dos Serviços disponíveis e Serviços prestados, Unidade Básica de Saúde, Brasília - DF, 2017

N		Escore geral	Escore	Escore geral	Escore	Escore geral
		de serviços disponíveis	transformado de serviços disponíveis	de serviços prestados	transformado de serviços prestados	
	Válido	165	165	165	165	165
	Ausente	2	2	2	2	2
Média		3,00	6,68	2,14	3,79	5,14
Desvio-padrão		0,45	1,50	0,66	2,21	1,60

O componente SD, possui 22 questões, sendo observada média de $3,00 \pm 0,45$, com escore transformado de $6,68 \pm 1,50$. Os dados sistematizados na Figura 1 apresentaram maioria, 47,1%, de resposta 4 (com certeza sim), seguidos de provável negação, resposta 2 (23%). Isso demonstra que a percepção da usuária e a existência dos SD, no presente estudo, tiveram boa avaliação.

As melhores respostas foram encontradas nos itens imunizações (G4), com 98,8% das respostas; cuidados pré-natais (G18), 97,6% das respostas; e exames preventivos (G16), 85,5% das respostas (Tabela 4).

Tabela. 4**Integralidade - Serviços disponíveis, Unidade Básica de Saúde, Brasília - DF, 2017**

Respostas		1	2	3	4
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	N	17	49	42	57
	%	10,3	29,7	25,5	34,5
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social	N	23	34	29	79
	%	13,9	20,6	17,6	47,9
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	N	27	61	30	46
	%	16,4	37,0	18,2	27,9
G4 - Vacinas	N	0	0	2	163
	%	0	0	1,2	98,8
G5 - Avaliação de saúde bucal	N	12	22	22	109
	%	7,3	13,3	13,3	66,1
G6 - Tratamento dentário	N	12	25	24	104
	%	7,3	15,2	14,5	63,0
G7 - Planejamento familiar ou método anticoncepcional	N	5	3	14	143
	%	3,0	1,8	8,5	86,7
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (ilícitas ou lícitas)	N	27	66	29	41
	%	16,4	40,0	17,6	24,8
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental	N	24	71	34	35
	%	14,5	43,0	20,6	21,2
G10 - Suturas de um corte que necessite de ponto	N	20	40	42	63
	%	12,1	24,2	25,5	38,2
G11 - Aconselhamentos e solicitação de teste anti HIV	N	5	16	26	118
	%	3,0	9,7	15,8	71,5
G12 - Identificação de problemas auditivos	N	32	54	38	40
	%	19,4	32,7	23,0	24,2
G13 - Identificação de problemas visuais	N	30	59	38	38
	%	18,2	35,8	23,0	23,0
G14 - Colocação de tala	N	61	48	31	24
	%	37,0	29,1	18,8	14,5
G15 - Remoção de verrugas	N	51	82	19	12
	%	30,9	49,7	11,5	7,3
G16 - Exames preventivos para câncer de colo de útero	N	4	6	14	141
	%	2,4	3,6	8,5	85,5
G17 - Aconselhamento sobre parar de fumar	N	11	41	39	73
	%	6,7	24,8	23,6	44,2
G18 - Cuidados pré-natal	N	1	1	2	161
	%	,6	,6	1,2	97,6
G19 - Remoção de unha encravada	N	60	72	20	12
	%	36,4	43,6	12,1	7,3
G20 - Aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento	N	12	26	34	93
	%	7,3	15,8	20,6	56,4

G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família, como curativos; troca de sonda; banho na cama	N	13	23	39	90
	%	7,9	13,9	23,6	54,5
G22 - Orientação sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde.	N	16	32	50	66
	%	9,7	19,4	30,3	40,0

1: com certeza não; 2: provável não; 3: provável sim; 4: com certeza sim.

Fonte: Instrumento PCATool – Brasil.

A avaliação dos SP ocorreu por meio da análise de dados gerados pelo preenchimento de 13 questões, em que se observou média de $2,14 \pm 0,66$, com escore transformado de $3,79 \pm 2,21$. Os dados apresentaram resposta 1 (58,7%), certeza que não, seguidos de 4 (34,7%), certeza que sim, sugerindo resultado insatisfatório neste componente do atributo integralidade.

Quanto aos indicadores de SP, os melhores resultados foram encontrados nos itens testes de sangue para colesterol (H6), com 73,9% das respostas; cuidados de problemas comuns da menstruação ou menopausa (H13), 64,2%; e

conselho sobre alimentação saudável (H1), 61,2%, (Tabela 5).

Os piores resultados foram obtidos no item relacionado ao porte de arma de fogo (H9), não aplicável ao DF, em razão de não ser legalizado no Brasil, com 95,8% das respostas; ao aconselhamento sobre uso de cinto de segurança (H3), 76,4%; e às maneiras de lidar com problemas familiares (H4), 72,7%. O item sobre prevenção de quedas (H11), com 72,7%, teve baixa avaliação por estar relacionado ao fato de as entrevistadas possuírem até 49 anos de idade, o que constitui uma abordagem mais presente na saúde do idoso.

Tabela. 5

Integralidade - Serviços prestados, Unidade Básica de Saúde, Brasília - DF, 2017

		1	2	3	4
H1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficiente	N	50	6	8	101
	%	30,3	3,6	4,8	61,2
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos	N	100	7	4	54
	%	60,6	4,2	2,4	32,7
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	N	126	8	3	28
	%	76,4	4,8	1,8	17,0
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	N	120	6	11	28
	%	72,7	3,6	6,7	17,0
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	N	66	4	9	86
	%	40,0	2,4	5,5	52,1
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	N	36	4	3	122
	%	21,8	2,4	1,8	73,9
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	N	68	2	5	90
	%	41,2	1,2	3,0	54,5
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas em seu lar, trabalho ou vizinhança	N	113	7	5	40
	%	68,5	4,2	3,0	24,2
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança	N	158	3	0	4
	%	95,8	1,8	0,0	2,4

H10- Como prevenir queimaduras	N	112	8	6	39
	%	67,9	4,8	3,6	23,6
H11 - Como prevenir quedas	N	120	8	4	33
	%	72,7	4,8	2,4	20,0
H12 - Só para mulheres como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	N	142	7	3	13
	%	86,1	4,2	1,8	7,9
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	N	48	9	2	106
	%	29,1	5,5	1,2	64,2

1: com certeza não; 2: provável não; 3: provável sim; 4: com certeza sim.

Fonte: Instrumento PCATool-Brasil.

DISCUSSÃO

No que se refere a serviços disponíveis, de modo geral, a avaliação da integralidade pelas usuárias da ESF apresentou-se favorável nas questões que compõem o ciclo vital da saúde da mulher, no que diz respeito à clínica ginecológica (rastreamento do câncer de colo de útero por meio de colpocitológico), 85,5%; cuidados pré-natal, 97,6%; planejamento familiar ou método anticoncepcional, 86,7%; aconselhamento e solicitação de teste anti HIV, 71,5%; e ações preventivas (vacinas), 98,8%. Todas responderam “com certeza sim”.

Esta situação favorável é explicada pela proposta de trabalho da ESF, que inclui essas ações assistenciais relacionadas à prevenção e promoção da saúde, o que é um importante pilar da APS. Corroborando os estudos que apresentaram resultados satisfatórios no atributo integralidade, a realização do exame citopatológico de colo de útero é uma prática estimulada e de grande importância epidemiológica no âmbito da atenção básica^{4,11}.

Entre os serviços, as atividades preventivas de imunização e rastreamento do câncer de colo uterino receberam resultados satisfatórios¹¹. A imunização é uma das atividades de prevenção primária que inclui promoção de saúde e proteção específica, presente nas ações da ESF¹⁰.

O planejamento familiar é uma das ações da atenção à saúde da mulher proposta pelo PAISM, desde sua criação em 1984, e reafirmada pelo PNAISM em 2011¹⁴. Em seus princípios, garante o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico-ginecológico e ações educativas para que as escolhas ocorram de modo consciente e como exercício de liberdade⁴.

Assemelha-se a estudos em que tais ações educativas são desenvolvidas por profissionais em unidades de ESF⁵.

O cuidado pré-natal e a realização de testes anti-HIV, ofertados pela ESF, receberam avaliação satisfatória, confirmando dados da literatura¹¹.

Os piores resultados do componente serviços disponíveis foram observados em colocação de tala (G14), 37% das respostas; remoção de unhas encravadas (G19), 36,4%; e remoção de verrugas (G15), 30,9%. Apesar de os serviços de atenção primária no SUS¹⁵, assim como a carteira de serviços da APS da Secretaria de Estado de Saúde do DF⁶, ser responsável pela realização de pequenos procedimentos clínicos e cirúrgicos, acolhendo usuários em situações agudas ou crônicas, mesmo tendo características de nível de atenção secundária, no presente estudo esta situação foi desfavorável, devido à própria estrutura da UBS, na qual se notou a falta de materiais e insumos, associada à falta de treinamento dos profissionais.

Os melhores resultados dos indicadores de SP foram considerados satisfatórios, por serem demandas recorrentes, seja por questões culturais ou pela própria necessidade da paciente. Em relação aos piores resultados do indicador de SP, é justificado pela deficiência na formação dos profissionais, que, em geral, não sabem lidar com o modelo biopsicossocial. Outros fatores seriam a pequena experiência dos profissionais na abordagem familiar voltado para prevenção e promoção à saúde da mulher e, por fim, a alta rotatividade desses profissionais, que não permite a formação do vínculo profissional-indivíduo.

O componente SD foi superior ao valor de referência, sendo, portanto, considerado satisfatório, divergindo de um estudo realizado em Minas Gerais⁹, onde se observou escores médios insatisfatórios para SD e SP. Em relação aos SP, neste estudo o valor foi inferior ao valor de referência e, portanto, insatisfatório, contrapondo estudos que avaliaram tal atributo em ambos os componentes e tiveram seus valores superiores ao valor de referência¹⁰⁻¹³.

Não foram detectados na literatura, estudos que abordassem resultados discriminando todos os itens que avaliam os indicadores de SD e SP, pois a maioria dos estudos avaliou a presença e a extensão do atributo integralidade de forma geral^{1,9-13}.

Na perspectiva das respostas das mulheres, nos resultados apresentados dessa pesquisa, nota-se que o processo de conversão desta UBS ao modelo de ESF, iniciado em 2014, de forma disruptiva ao modelo tradicional e além da falta de agentes comunitários de saúde, considerado fato que pode estar associado às dificuldades de implantação das ações voltadas para a demanda da população, o que pode ser indicativo de provável fator limitante à prestação de assistência integral à saúde da população adstrita.

Esbarra-se ainda no modelo de APS tradicional, que é executado na UBS em questão há mais de 30 anos, caracterizado pela proposta de assistência à saúde focada nas especialidades médicas básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica geral). Nesta perspectiva, quando se considera o atributo integralidade, destacado pela resolutividade e capacidade do serviço em ofertar prevenção e promoção de saúde, depara-se com uma unidade de saúde que ainda precisa se ajustar à realidade das demandas da população e capacitar os profissionais ao modelo ESF, para então minimizar as falhas no processo de trabalho e alcançar escores satisfatórios relacionados a este atributo.

Entendemos que foi fator positivo o fato de que, de modo geral, a avaliação da integralidade

pelos usuáries da ESF apresentou-se favorável nas questões que compõem o ciclo vital da saúde da mulher. Essa área é essencial e importante para o estudo.

Contudo, uma das limitações desse estudo foi ter mantido no questionário questões que não correspondem à realidade brasileira dentro da prática da estratégia saúde da família, como o item relacionado ao porte de arma de fogo e aconselhamento sobre uso de cinto de segurança. Isso pode ter contribuído para a queda na avaliação no que diz respeito ao componente serviços prestados realizada pelas usuáries.

Ademais, entre as limitações detectadas neste estudo, cita-se o fato de a APS ter sido avaliada sob a ótica do usuário. Alguns autores salientam inclusive que é “natural” a baixa qualidade no serviço prestado, quando avaliado pelo usuário^{10,16}, embora seja um critério presente nas diretrizes do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica. A partir desses resultados foi elaborado um folder de orientações na tentativa de informar a população os serviços prestados. Além disso, este é um estudo transversal, sujeito às limitações próprias deste tipo de delineamento.

CONCLUSÃO

O componente Serviço Disponível foi considerado satisfatório, ao contrário do Serviço Prestado. As usuáries que utilizaram o serviço e usufruíram do mesmo, possuíam conhecimento acerca da existência das atividades na unidade de saúde e tiveram suas demandas atendidas, principalmente no que se refere ao ciclo vital da mulher. No entanto não corresponderam à avaliação referente às atividades de prevenção e promoção à saúde, que deveriam ter sido ofertadas pelo serviço. A sugestão de adaptar o questionário à realidade brasileira poderia contribuir, em muito, para os próximos estudos realizados, inclusive colocando questões que abordem o contexto fático existente no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brunelli B. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do município de São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina; 2016. Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade, 11(38), 1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1241](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241)
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Journal of Chemical Information and Modeling [periódico na internet] 2002.53:726. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf> Acesso em: 4/5/2017.
3. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 21 set 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 4/5/2017.
4. Coelho EDAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Esc Anna Nery 2009;13(1): 154–60. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>.
5. Pierre LAS, Clapis MJ. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(6):[08 telas] nov-dez 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_17.pdf Acesso em: 4/5/2017.
6. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária de Saúde/DF. Aprovada pela deliberação nº 25 – DODF de 18/11/2016. Brasília, 2016.
7. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Cien. Saude Colet 2006; 11(3):683-703. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf> . Acesso em: 4/5/2017.
8. Almeida, Celia; Macinko, James. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho de serviços de atenção básica do SUS em nível local. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. Disponível em: <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Sala55641.pdf>. Acesso em: 8/6/2017.
9. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. Saúde em Debate [Online]. 2014;38(103):692–705. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140064> Acesso em: 4/5/2017.
10. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. O Mundo da Saúde [Online]. 2015;39(1):54–61. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155569/A05.pdf Acesso em: 4/5/2017.
11. 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. Saúde e Soc [Online]. 2011;20(4):948–60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 8/6/2017.
12. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Família e Comunidade [Online]. 2013;8(29):294–303. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828> Acesso em: 3/4/2017.
13. Araújo R de L, Mendonça AVM, Sousa MF de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Saúde em Debate [Online]. 2015;39(105):387–99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=pt&nrm=iso&tlng=em Acesso em: 4/5/2017.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1.ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária n. 30).

16. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Cien Saude Colet [Online]. 2014;19(11):4407–15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104407&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 4/5/2017.