



## ESTRUTURAÇÃO E ORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NO EXTREMO SUL DO BRASIL

### STRUCTURING AND ORIENTING PRIMARY HEALTH CARE IN A CITY IN EXTREME SOUTHERN BRAZIL



**Isabel Cristina Rosa Barros Rasia**

Doutora em Administração pela Universidade de Caxias do Sul  
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Pelotas, RS, Brasil.

[cristieducare@gmail.com](mailto:cristieducare@gmail.com)



**Denise Silva da Silveira**

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL,  
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Pelotas, RS, Brasil.

[denisilveira@uol.com.br](mailto:denisilveira@uol.com.br)



**Pelayo Munhoz Olea**

Pós-doutor em Gestão Ambiental pela Universidad de Extremadura, UEX, Espanha  
Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, RS, Brasil.

[pelayo.olea@gmail.com](mailto:pelayo.olea@gmail.com)



**Beatriz Barros Rasia**

Estudante de Medicina na Universidade Católica de Pelotas – UCPEL  
Universidade Católica de Pelotas – UCPEL, Pelotas, RS, Brasil.

[biarasia@gmail.com](mailto:biarasia@gmail.com)

**Resumo:** Este estudo objetivou contextualizar a estrutura de organização e a orientação da Atenção Primária à Saúde (APS) de Pelotas, município do Rio Grande do Sul, bem como demonstrar e discutir a presença e a extensão dos atributos de orientação que qualificam a APS, por meio da aplicação do Instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), avaliando a APS segundo o modelo de atenção (tradicional e Estratégia de Saúde da Família – ESF). Para tanto, realizou-se um estudo transversal, aplicando o PCATool aos 50 gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, no segundo semestre de 2015. Os resultados mostraram que o sistema de saúde de Pelotas está estruturado a partir de um modelo hierárquico baseado em níveis de complexidade crescente e que as UBS têm orientação em APS. No entanto, quando estratificadas por modelo de atenção, percebeu-se que somente as que trabalhavam com a ESF estavam orientadas. Conclui-se, assim, que o modelo de ESF traz melhorias à APS, demandando uma reestruturação interna das UBS e, conseqüentemente, das equipes de trabalho. Além disso, no que concerne ao PCATool, explicitam-se críticas quanto ao escore acesso, e à perda de algumas dimensões importantes qualitativas da organização e do serviço no que concerne à assistência prestada aos usuários. Por fim, destaca-se que ter orientação em APS não é garantia de qualidade assistencial praticada.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Unidade básica de saúde. Qualidade da assistência à saúde.

**Abstract:** This study aimed to contextualize the organization structure and orientation of Primary Health Care (PHC) of Pelotas, Rio Grande do Sul, as well as to demonstrate and discuss the presence and extension of the attributes of orientation that qualify PHC through of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) application, assessing PHC according to the care model (traditional and Family Health Strategy - FHS). Therefore, a cross-sectional study was conducted using the PCATool applied to the 50 Managers of the Basic Health Units (BHU) of the municipality, in the second half of 2015, respecting the ethical aspects. The results showed that the Health System of the municipality is structured from a hierarchical model by levels of increasing complexity and the PHUs have PHC Guidance. However, stratified by care model only those working with the Family Health Strategy (FHS) were oriented. It is concluded that the FHS model brings improvements inherent to its implementation that require an internal restructuring of the UBS, and consequently, the work teams. In the study, criticism is expressed regarding the access score and the loss of some important qualitative dimensions of the organization and the service provided to users. It is identified that having guidance in PHC is not a guarantee of care quality practiced

**Key words:** Primary health care. Basic health unit. Quality of health care.

#### Cite como

American Psychological Association (APA)

Rasia, I. C. R. B., Silveira, D. S., Munhoz Olea, P., & Rasia, B. B. (2020). Estruturação e orientação da atenção primária à saúde em um município no extremo sul do Brasil. *Rev. Gest. Sist. Saúde*, São Paulo, 9(2), 193-214. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i2.14493>.





## 1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode representar até 85% de resolutividade do atendimento em saúde e deve ser provida o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Mendes, 2011). A Declaração de Alma-Ata foi a principal estimuladora da comunidade científica na busca de uma definição para a APS e o mais relevante modelo de APS para os sistemas de saúde na formulação de políticas de saúde no mundo (ONU, 2011).

Na década de 90, Barbara Starfield propõe atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e atributos derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural), que sistematizam as características da APS de qualidade e são crescentemente utilizados no campo científico (Starfield, 1992). Nesse sentido, um serviço somente pode ser considerado embasado e provedor de APS de qualidade quando todos os seus atributos forem obedecidos e respeitados, aumentando, assim, a sua interatividade com indivíduos e comunidade (Starfield, 1993; Nedel, 2008). Em contrapartida, a oferta de serviços de atenção primária com incapacidade estrutural de responsabilizar-se por algo que ultrapasse a demanda espontânea, incompletos no que se refere à amplitude de serviços oferecidos e sem complementação adequada dos outros níveis de atenção, configuram-se como estratégias de atenção mínima à saúde (Facchini, 2006; Paim, 2011).

Nesse contexto, diversos estudos nacionais vêm demonstrando os benefícios de serviços orientados pelos atributos da APS, tais como diminuição do número de internações hospitalares e da utilização de serviços de emergência e aumento de ações preventivas e de cuidados domiciliares (Nedel, 2008; Souza, 2011; Paim, 2011; Boing, 2012). No entanto, a literatura brasileira sobre o tema indica a existência de uma APS com muitos problemas, com destaque à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, à iniquidade da cobertura das ações de saúde e da assistência, à baixa qualidade e à falta de longitudinalidade do cuidado (Dias, 2008; Paim, 2011; Arantes, 2016).

Diante disso, pesquisadores ressaltam que as diferenças encontradas entre esses desfechos de saúde são fortemente influenciadas pelo modelo de atenção, havendo melhores resultados quando se faz presente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), (Giovannella, 2009; Cardoso, 2015; Arantes, 2016). Assim, buscar a otimização dos serviços públicos e diminuir as iniquidades em saúde deve constituir uma meta fundamental para o Sistema Único de Saúde (SUS), e uma das formas de concretização dessas ações é a expansão dos serviços com alto grau de orientação em APS (Barros, 2011).



O conhecimento sobre a organização da APS quanto à orientação e à qualidade assistencial do modelo de atenção é essencial para melhorar os indicadores de saúde locais, uma vez que auxilia como subsídio para a tomada de decisões baseadas em evidências. Assim, esse conhecimento contribui para identificar as estratégias e monitorar a efetividade de um programa nacional de políticas públicas que visem à expansão da APS por meio de estudos de linha de base (Gil, 2006; Hartz, 2004).

Tendo isso em vista, em função do escopo dessa abrangência assistencial, da pluralidade de formas de planejamento das ações em saúde e da escassez de recursos financeiros, técnicos e humanos para a organização dos processos de trabalho, elencaram-se as seguintes questões de pesquisa: a) como está estruturada a APS do município de Pelotas, Rio Grande do Sul?; e b) qual é o escore em orientação em APS na avaliação das UBS do município, utilizando-se como base o questionário do PCATool? Partindo dessas indagações, este artigo objetivou contextualizar a estruturação da APS do município de Pelotas (quanto aos seus gestores, ao local de trabalho e à existência de controle social) e discutir a presença e a extensão dos atributos de orientação em APS por meio da aplicação do PCATool, verificando se existe diferença entre os escores das UBS que utilizam diferentes modelos de atenção (ESF e tradicional).

A fim de apresentar o percurso realizado para a obtenção dos objetivos propostos, este artigo está organizado em cinco seções, além desta introdutória. Na seção a seguir, consta o referencial teórico com um recorte sobre a temática abordada. Posteriormente, expõe-se a metodologia utilizada para a consecução do estudo, detalhando-se, em seguida, os resultados obtidos. Após, tais resultados são discutidos, possibilitando a realização de algumas considerações finais.

## 2 Referencial teórico

Segundo a *Organização Pan-Americana da Saúde* (OPAS) e a *Organização Mundial da Saúde* (OMS), os cuidados primários de saúde são essenciais e baseados em tecnologias e métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e de famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OPAS; OMS, 1978). A APS é parte integrante tanto do sistema de saúde do país do qual constitui a função central e o foco principal quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, pelo



qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde (Hartz, 2004; Brasil, 2011).

A APS é, portanto, considerada a porta de entrada no Sistema Público de Saúde para todas as novas necessidades e os problemas do usuário. Nesse sentido, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, provê atenção integral para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida no nível secundário e/ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da APS. Trata-se de uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (secundário e terciário), compartilhando características com estes níveis, como: responsabilidade pelo acesso, pela qualidade e pelos custos; atenção e prevenção; tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe (Starfield, 1992).

A Declaração de Alma-Ata foi a principal estimuladora da comunidade científica e o mais relevante modelo de APS para os sistemas de saúde na formulação de políticas de saúde no mundo. Logo após, na década de 90, são propostos atributos que sistematizam as características da APS de qualidade, os quais passam a ser crescentemente utilizados: atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e atributos derivados (focalização na família e orientação comunitária) (Starfield, 1992).

Assim, um serviço somente pode ser considerado orientado e provedor de APS de qualidade quando todos os seus atributos forem obedecidos e respeitados. Em contrapartida, a oferta de serviços de atenção primária com incapacidade estrutural de responsabilizar-se por algo que ultrapasse a demanda espontânea, incompletos no que se refere à amplitude de serviços oferecidos e sem complementação adequada dos outros níveis de atenção, configuram-se como estratégias de atenção mínima à saúde (Hartz, 2004; Silveira, 2010).

Dessa forma, é preciso uma avaliação permanente da atenção prestada, para o que são necessários instrumentos para a avaliação da atenção, da qualidade ofertada pelos serviços. Logo, diante da ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS no Brasil, uma das possibilidades consiste em empregar o PCATool, que promove uma medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, sobre o processo de atenção em APS (Harzheim et al. 2004; Fracolli, 2014). O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), que se pauta na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, descrevendo o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediadas pela



estrutura do serviço de saúde. Avaliar esses aspectos é fundamental para promover mudanças e reorganização das ações da APS.

Nesse contexto, estudos nacionais vêm demonstrando os benefícios de serviços orientados pelos atributos da APS sobre diferentes desfechos de saúde, com destaque para a diminuição do número de internações hospitalares e da utilização de serviços de emergência e o aumento de ações preventivas e de cuidados domiciliares (Nedel, 2008; Barros, 2011; Souza, 2011; Boing et al. 2012). No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance desses atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral e, se assim o fizer, tem condições de ofertar maior qualidade assistencial para sua comunidade adscrita (Brasil, 2010). No entanto, ainda existe uma APS com muitos problemas, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a iniquidade da cobertura das ações de saúde e da assistência e a baixa qualidade e falta de longitudinalidade do cuidado (Hartz, 2004; Silveira, 2010; Cardoso et al. 2015).

Nesse sentido, estudos revelam que o sistema de saúde brasileiro atualmente é local da coexistência de modelos assistenciais diversos, cujas características derivam da tensão entre os modelos hegemônicos e os modelos que buscam transformações (André, 2007). No Brasil, em diversos municípios, as UBS trabalham no modelo tradicional. Contudo, naquelas em que a ESF é o modelo de atenção, os resultados são diferentes no que concerne tanto ao modelo operacional de trabalho quanto à qualidade da orientação em APS (Castro, 2012; Nunes, 2012; Cardoso, 2015).

Segundo Arantes (2016), o modelo de trabalho em ESF favoreceu a expansão dos cuidados primários no país e incrementou o processo de institucionalização da avaliação. Além disso, o autor ressalta que a promoção da equidade se mostrou melhor com a ESF do que com o modelo tradicional de atenção. O mesmo é válido quanto ao desempenho, ao trabalho multidisciplinar, ao enfoque familiar, ao acolhimento, ao vínculo, à humanização e à orientação comunitária e à participação social (Arantes, 2016).

Com base nessas considerações, pode-se afirmar que, cada vez mais, o gerenciamento do local e a estrutura de APS são fundamentais. O gerenciamento local de saúde deve ser desenvolvido por profissional apto, capaz de liderar e agregar valor, aumentando o potencial de sua equipe e conjugando esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos de modo a aumentar a resolutividade do serviço na área de abrangência, em conformidade com o modelo assistencial pautado na epidemiologia social (André, 2007; Castro, 2012; Nunes 2012).



A estrutura disponível deve estar adequada para o pleno exercício das práticas assistenciais, tanto em estrutura física, material e organizacional, para que a assistência tenha no mínimo o necessário para o desempenho profissional (Silveira et al., 2010).

Em um estudo de Silveira et al. (2010), destinado a comparar 41 municípios da região Sul e Nordeste do Brasil, observou-se que, com a descentralização do SUS e o gerenciamento da saúde local pelas Secretarias Municipais de Saúde, as ações no US requereram competências específicas para a gestão municipal, com demandas relativas ao gerenciamento de equipes de trabalho, da estrutura física para a atuação, das tecnologias disponibilizadas, da organização de insumos para as práticas assistenciais e da estratégias de trabalho e de ações. O estudo evidenciou, ainda, uma escassa profissionalização dos gestores e limitações importantes das estruturas e dos instrumentos de gestão, evidenciando, assim, que a precarização do trabalho é um problema relevante na atenção básica.

Diante disso, observa-se que, para operacionalizar determinado modelo assistencial, há a necessidade de desenvolver localmente um modelo gerencial pertinente que seja capaz de favorecer as ações fundamentais à sustentação do processo de trabalho (André, 2007; Nunes 2012). Assim, estudos que avaliem e contextualizem a estruturação da APS, bem como seus gestores e local de trabalho e a existência de controle social, fazem-se necessários. Igualmente, mostra-se relevante avaliar a presença e a extensão dos atributos de orientação em APS, verificando se existe diferença entre os modelos de atenção, conforme indicam os estudos nacionais e internacionais sobre o tema. É isso a que se propõe esta pesquisa, realizada a partir da metodologia exposta a seguir, na seção 3.

### 3 Método

Realizou-se um estudo transversal, a fim de responder às seguintes questões de pesquisa:

a) como está estruturada a APS do município de Pelotas, Rio Grande do Sul?; e, b) qual é o escore em orientação em APS na avaliação das UBS do município, com base no questionário do PCATool? Para isso, foram realizadas 62 entrevistas: 12 com gestores da Secretaria Municipal de Saúde –(SMS) que organizam a rede de atenção do município, em que se buscou contextualizar a organização do sistema de saúde e, em especial, da APS do município, com a identificação das variáveis relativas à organização em rede do sistema de saúde, ao controle social e aos gestores (Questão A); e 50 com gestores das UBS por meio da aplicação do PCATool, versão profissional (Brasil, 2010), no segundo semestre de 2015 (Questão B).



Para explicar a operacionalização do estudo, apresentam-se, em seguida, quatro eixos, organizados de acordo com as questões de investigação.

### *3.1 Questão A:*

#### 3.1.1 Gestão em saúde na APS

As entrevistas com os gestores (secretária da saúde, presidente do Conselho Municipal de Saúde – CMS, superintendente de ações em saúde, 9 gerentes distritais e 50 gestores das UBS) foram previamente agendadas por telefone para dia e horário que não atrapalhassem as suas atividades. Por definição, os gestores distritais são responsáveis pela supervisão e pelo estabelecimento de vínculo da UBS com a SMS, e os gestores da UBS são os profissionais com responsabilidade de chefia ou reconhecidos pelos pares como habilitados a responder sobre as práticas assistenciais e organizacionais da UBS. As variáveis analisadas foram: sexo do respondente, idade em anos completos, profissão, maior grau conquistado na formação, tempo no cargo de gestor, tipo de vínculo de trabalho e atribuições da gestão.

#### 3.1.2 Contextualização do sistema de saúde e da APS

A identificação da trajetória institucional no âmbito da organização do sistema de saúde envolveu o levantamento documental exploratório sobre o tema nas fontes secundárias junto à gestão central da Secretaria Municipal de Saúde e ao Presidente do CMS (Pelotas, 2017). A pesquisa exploratória permitiu maior familiaridade com a questão de pesquisa, tornando-a mais explícita (Gil, 2002). Nesse sentido, elegeu-se apurar as seguintes informações:

- a) tipologia da gestão e de organização do sistema de saúde (Fragmentado ou Rede de Atenção);
- b) pontos de atenção do sistema de acordo com seu nível de complexidade, estruturação atual da APS por modelo de atenção (ESF e tradicional) e situação geográfica (urbana e rural);
- c) gestão municipal e da APS;
- d) questões relativas à UBS (propriedade, existência de área geográfica e mapa, tamanho da UBS e população adstrita, vínculo com o ensino e controle social);
- e) processo de atendimento (supervisão no local de trabalho por gerentes distritais, planejamento das ações e organização formal das atividades).



### 3.2 *Questão B:*

#### 3.2.1 A orientação em APS

O PCATool foi criado por Starfield & cols com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, para medir tanto a presença quanto a extensão dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integração de cuidados, sistemas de informações, serviços disponíveis e serviços prestados) e dos atributos derivados da APS (orientação familiar e orientação comunitária) (Shi, 2001; Donabedian, 2005; Harzheim, 2013). Tal questionário, aplicado aos 50 gestores das UBS por estarem diretamente ligados à assistência prestada aos usuários, foi elaborado para coletar informações a respeito das características operacionais e práticas – de estrutura e do processo de atenção – relacionadas à atenção primária desenvolvida por profissionais envolvidos na assistência direta aos usuários. Nesse cenário, vários países, como Espanha, Canadá, Coreia do Sul, Hong Kong, Argentina e Brasil, com diferentes sistemas de saúde, traduziram e adaptaram o PCATool, procurando respeitar a estrutura original de avaliação. No Brasil, entretanto, a versão profissional para a área da saúde excluiu o atributo derivado competência cultural (Harzheim, 2013). O desfecho dicotômico (ter ou não ter), “Orientação em APS”, é composto por 77 itens, divididos em oito elementos que compõem os atributos da APS (Brasil, 2010). Os atributos essenciais são: a) acesso de primeiro contato; b) longitudinalidade; c) coordenação – integração de cuidados; d) coordenação – sistema de informações; e) integralidade – serviços disponíveis; e f) integralidade – serviços prestados. E os atributos derivados são: g) orientação familiar; e h) orientação comunitária.

No cálculo dos escores para o PCATool, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente.

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividida pelo número total de componentes, conforme indica a fórmula a seguir:

$$\text{Escore essencial: } (A + B + C + D + E + F) / 6$$



Já o escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais com a soma dos componentes que pertencem aos atributos derivados dividida pelo número total de componentes, tal como demonstra a fórmula a seguir:

$$\text{Escore geral: } (A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8$$

A média dos valores do PCATool resulta no escore geral da orientação do serviço para APS, que é classificado como alto (maior ou igual a 6,6) ou baixo (menor que 6,6). Assim, para este estudo, foram consideradas as UBS que tiverem o escore de 6,6 ou maior como unidades com orientação em APS e possibilidade estrutural de ofertar uma assistência em saúde de qualidade aos seus usuários. Inicialmente, verificou-se cada um dos atributos que compõem o escore essencial e os atributos derivados, para, depois, examinar o escore geral – orientação em APS.

Após coletados, os dados foram inseridos e editados primeiramente no *software EpiData 3.1*. Depois, foram exportados para o pacote estatístico SPSS versão 19.0, em que se realizaram as análises iniciais, que incluíram frequências simples de todas as variáveis, cálculos de proporções e medidas de tendência central e desvio-padrão, quando necessário. A análise estratificada por modelo de atenção (ESF e tradicional) incluiu a comparação de proporções utilizando o teste qui-quadrado e Fisher e a verificação das diferenças entre as médias por meio da análise de variância (ANOVA), assumindo nível de significância de 5%.

### 3.2.2 Aspectos éticos:

O estudo teve a autorização expedida pela SMS do município e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Plataforma Brasil (631.913). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## **4 Resultados**

Os resultados dos dados coletados durante as entrevistas são apresentados a seguir.

### *4.1 Estruturação e contextualização da APS de Pelotas*

Existiam no município 50 UBS no ano de 2015, distribuídas geograficamente em seis distritos sanitários em uma extensão territorial de 1.609 km<sup>2</sup>, com a maioria (76%) localizada em zona urbana. Desse montante, existiam sete UBS (14%) próprias das universidades locais (uma pública e outra privada) atuando em gestão compartilhada com a SMS.



Os arranjos institucionais formais e informais internos das UBS são regulados segundo as diretrizes assistenciais e administrativas da SMS. No entanto, as UBS desenvolvem atividades de natureza e procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, de acordo com os recursos que possuem (estrutura, equipe multiprofissional, equipamentos, materiais, sistemas de apoio etc.) (Pelotas, 2017). Com relação ao modelo de atenção, 31 (62%) atuavam como ESF, com 56 equipes e uma cobertura populacional de 56%, e 19 (38%) como UBS tradicionais.

O sistema de saúde municipal estava estruturado a partir de um modelo hierárquico em três níveis de complexidade crescente e organizados segundo as normativas do SUS: a) atenção básica ou APS, b) média complexidade e c) alta complexidade. O município atua desde o ano 2000 no modelo de Gestão Plena do Sistema de Saúde, com a responsabilidade de receber e aplicar o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em saúde no território (Pelotas, 2017).

Além de atender a população local, a SMS disponibiliza ações e serviços públicos de saúde a 22 municípios da região que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Os níveis secundário e terciário desse sistema eram compostos por: um Pronto Socorro Municipal (PSM); um Pronto Atendimento (PA), onde os agravos à saúde necessitam de atendimento imediato; uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI Navegantes); cinco hospitais (um público, três filantrópicos e um privado) com um total de 770 leitos SUS, dos quais 390 (48%) são regulados pela SMS e distribuídos nas especialidades clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e clínica de ginecologia e obstetrícia, UTI adulto, UTI pediátrica neonatal e UCTI; um Centro de Especialidades; e oito Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS).

Quanto ao perfil dos gestores, verificou-se que a SMS e a Superintendência de Ações em Saúde eram coordenadas por mulheres, a presidência do CMS era coordenada por um homem, e os cargos de gerentes distritais eram ocupados por cinco mulheres e quatro homens. Na gestão das UBS, havia 50 gestores, 39 mulheres (78%) e 11 homens. Todos os ocupantes dos cargos de gestão possuíam curso superior completo, e 39 (63%) concluíram alguma especialização, a maioria na área da Saúde Pública.

Relativo à idade, a gestora da SMS estava com 66 anos, e superintendente de ações em saúde, com 52 anos, e o presidente do CMS, com 36 anos. Os gerentes distritais tinham em média 39 anos (desvio-padrão = 6,7) no momento da entrevista, variando entre 28 e 49 anos, e os gestores da APS estavam com média de idade de 45 anos (desvio-padrão = 9,6), variando entre 24 e 61 anos.



Quanto à formação e ao tempo de atuação, a secretária da saúde era assistente social com formação e especialização nesta área e exercia a função no cargo há três anos. Já a superintendente de ações em saúde era enfermeira, trabalhava como estatutária desde 1988, com especialização em Saúde Pública, e exercia o cargo há um ano. O presidente do CMS, por sua vez, possuía vínculo estatutário na Prefeitura como agente de trânsito e estava no cargo há três meses em substituição à presidente oficial, afastada para qualificação.

Entre os gerentes distritais, sete eram estatutários, um ocupava cargo comissionado, e o outro, cargo de confiança. Quanto ao grau acadêmico conquistado, observou-se uma formação diversificada: um farmacêutico, quatro enfermeiros, dois advogados, um técnico contábil e um químico. Quatro gerentes possuíam especialização como maior grau de instrução: dois em ESF, um em Saúde Pública, e o outro em Química. Quanto ao tempo de trabalho como gerentes distritais, todos exerciam a função há um ano, coincidindo com o tempo de criação do cargo em 2013.

Os gestores das UBS exerciam essa função há um período que variava entre cinco meses e 25 anos (média = 3 anos (desvio-padrão = 5 anos), embora o tempo de trabalho no local fosse de entre cinco a dez anos. Quanto ao vínculo empregatício, 88% (44) pertenciam ao quadro de funcionários da Prefeitura e, destes, 86% (38) eram estatutários, 7% (3) eram contratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e 7% (3) estavam em Contrato Temporário. Já entre os gestores das UBS que pertenciam às universidades, três eram funcionários públicos federais, e quatro atuavam pela CLT. Quanto à formação acadêmica das equipes multidisciplinares, 56% (28) eram enfermeiros, 26% (13) eram médicos, 8% (4) atuavam como dentistas, 6% (3) trabalhavam como assistentes sociais, e 2% (1) eram psicólogos. Referente à maior titulação, 16% (8) concluíram a residência médica, 20% (10), o mestrado, e 4% (2), o doutorado.

No que concerne ao cargo exercido nas UBS, apenas 38% (19) efetivamente se designavam como chefes. Entre os demais, enquanto que 10% (5) referiram-se a si mesmos como supervisores ou coordenadores, e 8% (4), como responsáveis, 44% (22) relataram não possuir chefia, apesar de representarem essa função ante a SMS.

Em relação à propriedade, 86% das UBS (43) eram da Prefeitura, e 14% (7) pertenciam às universidades locais, atuando em atendimento exclusivo com o SUS e sendo coordenadas em parceria com a SMS. Quanto à estrutura física, 56% das UBS (28) mediam até 150 m<sup>2</sup>, 20% (10) tinham entre 160 e 400 m<sup>2</sup>, e 24% (12) não souberam informar o tamanho de sua área.

Observou-se, ainda, no que diz respeito ao modelo de atenção, que, na média, as unidades tradicionais eram maiores em área total (média = 191 m<sup>2</sup>, desvio-padrão = 100,04) do que as da ESF (média = 141 m<sup>2</sup>, desvio-padrão = 35,06). Sobre os tempos de funcionamento na



prestação de serviços de saúde, notaram-se semelhanças entre as médias de cada modelo de UBS: 24 anos (desvio-padrão = 12,3) para ESF 23 anos (desvio-padrão = 9,6) para tradicional, com  $p = 0,780$ .

Na avaliação do número de habitantes residentes na área de cobertura assistencial por UBS, o tamanho da população adstrita variou de 1.000 a 14.000 pessoas, com médias de cobertura populacional estatisticamente semelhantes na estratificação por modelo de atenção. Na distribuição da população coberta pela ESF por número de equipes existentes nessas UBS, encontrou-se uma média populacional de 3.600 pessoas por equipe (mediana = 3.206), com variação de 850 (uma UBS de zona rural) a 8.000 pessoas (uma UBS de zona urbana).

No que se refere à adequação da relação entre população atendida e equipe mínima (médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde), oito UBS apresentavam mais de 4.000 pessoas por equipe, o que representa 26% de inadequação (Brasil, 2011; Castro, 2012).

Relativo ao escopo de abrangência territorial, 82% das unidades possuíam área geográfica definida (ESF = 97%; tradicional = 58%;  $p = 0,001$ ). Quanto à existência de mapa da área geográfica disponível na UBS, 72% dispunham do mapa territorial com limites determinados para o atendimento (ESF = 93%; tradicional = 37%;  $p = 0,000$ ).

Considerando atividades de ensino praticadas no âmbito da APS, 56% das UBS (28) mantinham vínculo com duas universidades municipais, atuando como campo de estágio ou residência (ESF = 61%; tradicional = 47%;  $p = 0,389$ ). Os cursos mais presentes no cotidiano das UBS eram: Enfermagem em 21 UBS (16 ESF e cinco tradicionais), Odontologia em 17 (13 ESF e quatro tradicionais), Medicina em 16 (14 ESF e duas tradicionais) e Nutrição em 12 UBS (nove ESF e três tradicionais).

Verificou-se, também, que o planejamento das atividades/ações nas UBS estava presente em 93% das unidades de ESF e em apenas 16% das UBS tradicionais ( $p = 0,000$ ). Sobre as atividades de supervisão da SMS no trabalho desenvolvidos pelas UBS, 82% das UBS tinham supervisão no local de trabalho (ESF = 84%; tradicional = 79%;  $p = 0,715$ ). No entanto, quanto à periodicidade das visitas de supervisão, 49% delas não tinham definição de frequência, 37% eram acompanhadas mensalmente, 7%, quinzenalmente, e 7%, mensalmente. Destaca-se que as prevalências para supervisão sem periodicidade definida e para supervisão semanal eram, respectivamente, de 54% e 35% nas unidades ESF e de 40% e 40% nas unidades tradicionais.



No que se refere ao controle social, o município conta com o CMS, atuante deste o ano de 1991, e com 16 Conselhos Locais de Saúde (CLS), o que representa 32% de UBS com esta organização social. A maioria das reuniões no CLS acontecia mensalmente em 80% das UBS ESF e em 50% das tradicionais. Não foi possível estimar o tempo de atuação do CLS em função do elevado percentual de informações ignoradas (68%). Das UBS com CLS, 10 eram da ESF. Nestes locais, entre as atividades investigadas, destacaram-se: deliberar junto à comunidade sobre as ações prioritárias e planejar e acompanhar as atividades desenvolvidas, com maior participação das unidades ESF.

#### *4.2 Orientação em APS com a aplicação do PCATool*

Quando se analisam os escores em orientação em APS das 50 UBS do município de Pelotas, visualizam-se os dados apresentados a seguir, na Tabela 1. O escore com a menor avaliação entre os componentes dos atributos essenciais foi o representante da acessibilidade (média de 3,87; desvio-padrão= 1,37), e o de maior foi o de coordenação – sistema de informação (média de 8,44; desvio-padrão= 1,44). No entanto, a média do resultado geral dos atributos essenciais atingiu o ponto de corte para ser considerado como serviço orientado em APS.

Entre os atributos derivados, a menor média foi a do escore orientação comunitária, de 5,78 (desvio-padrão = 2,21), a qual não atingiu o grau de orientado em APS. Em relação ao escore geral de orientação em APS, a média obtida pelas UBS do município atingiu o grau preconizado (média de 6,91; desvio-padrão = 1,12), indicando que tais unidades possuem aspectos de estrutura e processo dos serviços que permitem executar as ações de saúde com qualidade aos usuários. Considerando-se a localização geográfica, identificou-se que 32% das UBS da zona urbana e 50% das unidades da zona rural não obtiveram o escore geral de orientadas em APS.



**Tabela 1** – Escores do PCATool no município de Pelotas, Rio Grande do Sul

<b>Atributos Essenciais</b>	<b>M</b>	<b>Md</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Escore acessibilidade (A)	3,87	3,33	1,37	1,48	8,15
Escore longitudinalidade (B)	7,30	7,18	1,20	5,13	10,00
<b>Escore coordenação</b>					
Integração de cuidados (C)	6,91	6,67	1,42	3,89	9,44
Sistema de informação (D)	8,44	8,89	1,44	4,44	10,00
<b>Escore integralidade</b>					
Serviços disponíveis (E)	7,22	7,42	1,61	2,88	10,00
Serviços prestados (F)	7,63	7,78	1,69	2,89	10,00
<b>Escore essencial</b>	6,90	6,95	1,00	4,81	8,68
<b>Atributos derivados</b>					
Escore orientação familiar (G)	8,09	8,89	1,98	2,22	10,00
Escore orientação comunitária (H)	5,78	6,11	2,21	1,11	10,00
<b>Escore geral – orientação em APS</b>	6,91	7,08	1,12	4,39	8,90

M = Média, Md = Mediana, DP = Desvio-Padrão, Min = Mínimo, Max = Máximo

**Fonte:** Elaboração própria baseado no PCATool Brasil (2010).

A Tabela 2 apresenta os mesmos resultados estratificados por modelo de atenção (ESF e tradicional). O escore acessibilidade, anteriormente com baixa avaliação, teve uma pequena melhora na média: 3,51 (desvio-padrão = 1,21) na UBS tradicional e 4,09 na ESF (desvio-padrão = 1,44), sem diferença estatisticamente significativa entre os modelos.

No modelo tradicional, as UBS não alcançaram o grau de orientação preconizado pelo PCATool em relação ao escore essencial, com média de 6,09 (desvio-padrão = 0,85). Em contrapartida, serviços que trabalhavam com ESF tiveram a média de 7,39 (desvio-padrão = 0,74). O escore orientação comunitária no modelo tradicional teve a média de 3,86 (desvio-padrão = 1,81), contra 6,95 nas UBS que trabalham com ESF (desvio-padrão = 1,50;  $p = 0,000$ ). Observou-se, no escore geral, que as UBS da ESF estão orientadas em APS, com média de 7,51 (desvio-padrão = 0,71), contrastando com a média de 5,91 (desvio-padrão = 0,95) das UBS tradicionais ( $p = 0,000$ ).



**Tabela 2** – Escores do PCATool em relação ao modelo de atenção no município de Pelotas, Rio Grande do Sul

Atributos essenciais	ESF					Tradicional					P*
	M	Md	DP	Min	Max	M	Md	DP	Min	Max	
Escore acessibilidade (A)	4,09	3,70	1,44	1,48	8,15	3,51	3,33	1,21	1,85	7,41	0,152
Escore longitudinalidade (B)	7,80	7,69	1,03	5,90	10,0	6,48	6,15	1,00	5,13	8,72	*0,000
<b>Escore coordenação</b>											
Integração de cuidados (C)	7,28	7,22	1,21	5,0	9,44	6,31	6,11	1,57	3,89	8,89	0,019
Sistema de informação (D)	8,74	8,89	1,10	6,67	10,0	7,95	7,78	1,78	4,44	10,0	0,058
<b>Escore integralidade</b>											
Serviços disponíveis (E)	7,99	8,18	1,07	5,30	10,0	5,98	5,76	1,57	2,88	8,79	*0,000
Serviços prestados (F)	8,43	8,67	1,78	5,78	10,0	6,33	6,44	1,59	2,89	9,33	*0,000
<b>Escore essencial</b>	7,39	7,38	0,74	5,84	8,68	6,09	6,29	0,85	4,81	7,31	*0,000
<b>Atributos derivados</b>											
Escore orientação familiar (G)	8,82	8,89	1,46	3,33	10,0	6,90	6,67	2,18	2,22	10,0	*0,001
Escore orientação comunitária (H)	6,95	7,22	1,50	3,33	10,0	3,86	3,89	1,81	1,11	6,67	*0,000
<b>Escore Geral - Orientação em APS</b>	7,51	7,56	0,71	6,19	8,90	5,91	6,05	0,95	4,39	7,36	*0,000

\*p<0,005, M = Média, Md = Mediana, DP = Desvio-Padrão, Min = Mínimo, Max = Máximo

**Fonte:** elaboração própria baseado no PCATool Brasil (2010).

Por fim, em relação à localidade das UBS (urbana *versus* rural), identificou-se que 32% das UBS da zona urbana e 50% das unidades da zona rural não obtiveram o escore de orientadas.

## 5 Discussão

Os resultados indicam uma rede pública municipal de atenção básica distante da definição que foi proposta por Barbara Starfield (Starfield, 1992) para serviços provedores de APS de qualidade e que é utilizada pelo Ministério da Saúde como referencial para a reorientação de seu sistema e das práticas em saúde (Brasil, 2011). A gestão central ainda operacionaliza a APS em um modelo fragmentado e desarticulado com os demais pontos de atenção do sistema, que não se comunica fluidamente com a atenção secundária e terciária à saúde e que não se articula com os sistemas de apoio. Essa desarticulação do sistema de saúde também é relatada na literatura sobre o tema (Mendes & Paim, 2011; Arantes, 2016).

Entre os gestores da SMS, existia predomínio do sexo feminino, heterogeneidade de formação acadêmica e especialização diversificada. Além disso, alguns profissionais atuantes na função de chefia não se sentiam responsáveis pela UBS. Esses resultados são consistentes com os estudos que enfocaram a importância do trabalho do gestor nas esferas administrativa, técnica e política da UBS (Harzheim, 2007; Silveira, 2010; Castro, 2012; Fracoli, 2014).

Em relação ao papel dos gestores da UBS e dos gerentes distritais, havia sobreposição de atividades, em geral administrativas, fato também evidenciado e discutido nos estudos de



Harzheim & Andre (2007). Tal sobreposição pode dificultar a organização das ações dos serviços de saúde, especialmente quanto às atividades de planejamento e supervisão técnica (Victora, 2001).

O maior tamanho de área física observado nas unidades tradicionais mostrou-se inversamente proporcional à nova proposta de reorganização da APS, com a ampliação do número de UBS com a ESF e, conseqüentemente, a necessidade de ampliação de estruturas para as equipes de trabalho, conforme o evidenciado na literatura contemporânea, a fim de suportar as demandas internas e ofertar espaços operacionais adequados ao novo contingente operacional (Brasil, 2011). Por conseguinte, evidenciou-se que a (nova) reorganização da assistência à ESF no município foi inserida em unidades concebidas no modelo antigo (velho), apesar do investimento de recursos pela SMS na construção/reforma desses serviços para a implantação da ESF, a partir de meados de 2005, com o Programa de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (PROESF) (Facchini, 2006; Soares, 2008) e, mais recentemente, com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (Pelotas, 2017).

Quanto à composição das equipes de trabalho da ESF, apenas dois terços das UBS contavam com equipe mínima. Entretanto, havia oito UBS com mais de 4.000 habitantes por equipe de ESF, contrariando a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o que poderia prejudicar a assistência prestada à população devido à sobrecarga de trabalho dos profissionais principalmente em áreas de maior vulnerabilidade social (Hartz, 2004; Nunes & Castro, 2012).

Sobre o trabalho da unidade e sua relação com o ensino, o planejamento das ações e a formalização das atividades, os melhores resultados estavam ligados às unidades que trabalhavam com a ESF. Tal achado vai ao encontro de outras pesquisas sobre a temática (Harzheim, 2007; Silveira, 2010; Castro, 2012), as quais evidenciam resultados mais profícuos com a ESF em relação ao vínculo estabelecido com a comunidade e à aproximação com as universidades.

Outro aspecto analisado neste estudo diz respeito à participação do CMS e do CLS na APS do município, a partir do entendimento do controle social como organizações e instâncias permanentes, responsáveis pela formulação de estratégias de saúde, pelo controle da prática de políticas e pela análise de planos, programas e relatórios de gestão submetidos à sua avaliação pelos três níveis de governo (Victora, 2010). No entanto, observaram-se no presente estudo formas incipientes de controle social no município, com participação restrita da comunidade e dos profissionais da UBS. Constatou-se a existência de ações desarticuladas entre a UBS (profissionais), seus usuários e a comunidade. Para sanar tal problema, uma articulação deveria



ser impulsionada pelo CMS aos CLS, pois estudos demonstram que, quando existe forte interação entre os conselhos, gestores e formuladores de políticas, é possível estabelecer um processo decisório complexo e inovador com melhorias nos serviços de saúde (Paim, 2011; Cardoso, 2015).

No que concerne à avaliação da presença e extensão dos atributos que compõem a orientação em APS, identificou-se, por meio do PCATool, uma dissociação entre o engajamento e a responsabilização com os resultados de saúde da população. Observou-se que os escores das UBS ESF, no geral, foram melhores do que os das unidades tradicionais, com diferenças estatisticamente significativas em oito dos dez atributos avaliados, como já demonstrado na literatura (Castro, 2012; Harzheim, 2007; Fracoli, 2014; Arantes, 2016). Assim, é possível associar a orientação com o modelo e a forma de atuação da UBS, ainda que a unidade tradicional possa ter os mesmos ou melhores indicadores e resultados que os da ESF (Elias, 2006; Cardoso, 2015).

Verificou-se, ainda, baixo escore para acessibilidade em ambos os modelos, resultado condizente com a literatura (Harzheim, 2006; Barbaro, 2014). Ressalta-se que tal escore pode ser motivado pela presença de questões sobre a comunicação com o usuário e seu atendimento à noite e aos finais de semana, prática que não ocorre nas UBS brasileiras como rotina, uma vez que os profissionais têm oito horas de trabalho como carga horária, exceto os médicos, que podem trabalhar meio turno (Brasil, 2011). Ademais, a maioria das agendas das unidades tradicionais é fechada (por agendamento com data e hora marcadas), o que impede o acesso rápido à consulta médica.

O estudo explicita, ainda, uma crítica ao PCATool na avaliação do acesso, mas, por esse instrumento de pesquisa ter sido validado pelo Ministério da Saúde, foi aplicado na íntegra em sua versão profissional (Brasil, 2010).

No que se refere ao escore longitudinalidade, os melhores resultados associaram-se às UBS ESF, o que demonstra que essas unidades estão mais aptas à atenção continuada do que as tradicionais. Salienta-se que esse resultado está de acordo com a proposta de reorganização da APS por meio da ESF com evidências na literatura (Giovannella, 2009; Fracoli, 2014; Arantes, 2016).

Já o escore coordenação em integração de cuidados não atingiu o ponto de corte de orientado em APS nas unidades tradicionais, resultado condizente com a literatura (Barbaro, 2014). Por outro lado, ambos os modelos – ESF e tradicional – atingiram a média mínima preconizada para o escore sistemas de informação em relação à integralidade (serviços



disponíveis e serviços prestados). Entretanto, destaca-se que esse escore não avalia a demora do usuário em conseguir, por exemplo, realizar um exame de maior complexidade.

Observa-se, ainda, escore não orientado em serviços disponíveis e serviços prestados nas UBS tradicionais, o que pode estar associado às dificuldades dos usuários na efetivação da ação (demora em conseguir realizar exames e consultas com médicos especialistas, por exemplo). Em quatro unidades do modelo ESF, esse atributo oscilou no limiar de orientadas em APS, evidenciando fragilidade dos serviços que deveriam estar em plenas condições de prestar assistência de qualidade à população. Por outro lado, identificaram-se altos escores de orientação em três UBS tradicionais, com ações bem-sucedidas, que poderiam ser utilizadas no município como modelo a ser replicado.

Salienta-se, por fim, que metade das UBS rurais não atingiu a média desse atributo, justamente locais de maior dificuldade de acesso aos sistemas de saúde pela população. Na avaliação dos atributos derivados, a média dos escores orientação familiar e orientação comunitária destacou-se nas UBS ESF; todavia, as UBS tradicionais não atingiram o grau de orientadas em APS no quesito orientação comunitária. Esses resultados estão positivamente associados ao modelo estrutural da ESF, com enfoque na comunidade adstrita, indicando no município uma oportunidade de melhorias e de ampliação do trabalho com a proposta da SMS de expansão da ESF (Brasil, 2011; Pelotas, 2017).

## 6 Considerações finais

Este estudo teve como objetivo contextualizar o sistema de saúde e a APS do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, bem como demonstrar e discutir a presença e a extensão dos atributos de orientação em APS. Os resultados encontrados evidenciam que o sistema de saúde do município estava organizado com cinco hospitais, um PSM, um PA e uma UBAI, totalizando 770 leitos SUS, e que a maioria dos chefes tanto na SMS quanto nas UBS eram mulheres, com formação superior.

Ademais, existiam 50 UBS (31 ESF e 19 tradicionais) e 56 equipes de ESF trabalhando no município. A maioria das UBS tinha definida a área de abrangência e era supervisionada pelos gerentes distritais que faziam o vínculo da UBS com a SMS. Essa forma organizada hierarquicamente com gestão central da SMS objetivava organizar a rede de atenção, assim como gerenciar os recursos (humanos, organizacionais e financeiros). Contudo, existiam sobreposição de papéis e dificuldade de limites de atuação, pois muitos médicos, chefes da UBS, não se sentiam responsáveis pelos desfechos de atuação.



Nota-se, dessa maneira, que, na APS municipal de Pelotas, ainda prevalece o modelo de gestão tradicional, ancorado em uma estrutura rígida de atuação, hierarquizada e verticalizada, com processos decisórios centralizados na SMS. O planejamento e a gestão deveriam ser compartilhados, inseridos em todos os contextos e modelos de atuação da rede, para que o engajamento e a responsabilização fossem de todos e para que a atuação não ficasse focada no aspecto fiscalizatório dos agentes distritais e nos resultados da SMS.

Em relação à orientação das unidades, no escopo geral, estratificadas por modelo de atenção, as UBS do município que trabalhavam com a ESF estavam orientadas em APS, mas as tradicionais não. Assim, os resultados obtidos com a aplicação do instrumento PCATool reiteram positivamente a lógica assistencial do Ministério da Saúde em estender a atuação da ESF para reorganizar, ampliar e qualificar a APS no Brasil, achados condizentes com a literatura sobre o tema (Mendes, 2011; Cardoso, 2015; Arantes, 2016).

Diante disso, cabe ressaltar que a implantação da ESF traz melhorias advindas de sua própria operacionalidade, ou seja, traz consigo formalidades inerentes ao modelo, como planejamento das ações que serão desempenhadas na unidade, metas a serem alcançadas, objetivos claros definidos e indicadores para monitorar o atingimento. Além disso, proporciona trabalho de equipe, reuniões periódicas e discussão multidisciplinar com as equipes sobre os casos e o andamento do trabalho, demandando uma reorganização interna das UBS e, conseqüentemente, melhores resultados das equipes de trabalho. Nesse cenário, o papel da gestão central da SMS é fundamental, pois atua como articulador e solucionador de problemas, tendo a responsabilidade de prover todos os recursos necessários para a atuação das equipes de ESF.

De forma geral, a aplicação do PCATool permitiu a avaliação da estratégia assistencial no conjunto das 50 UBS, favorecendo o esforço científico na busca de evidências sobre a realidade dos processos desenvolvidos na APS e, por conseguinte, disponibilizando subsídios importantes para a definição das políticas públicas, o que poderá impulsionar mudanças e melhorias para a rede. No entanto, pondera-se que o resultado alcançado pelas UBS orientadas não é garantia de qualidade assistencial praticada; critica-se, portanto, a possibilidade de o instrumento não permitir maior amplitude de questionamentos sobre a efetividade da aplicação das ações disponíveis para os usuários, como, por exemplo, no quesito acesso, quanto a restrições nas agendas e barreiras para que o usuário chegue até a rede de atenção.

Este estudo contribui ao atuar como parâmetro aos gestores públicos locais, para aumentar e qualificar a cobertura assistencial, assim como para reorganizar o Sistema Municipal de Saúde do município de Pelotas (Pelotas, 2017). Ademais, poderá servir como



parâmetro para discussões em nível nacional, junto a outras evidências científicas, que reiteram a importância da reorganização da atenção básica por meio do modelo ESF, o qual tem demonstrado indicadores de qualidade assistencial superiores aos do modelo tradicional de atenção (Giovannella, 2009; Nunes, 2012; Cardoso, 2015; Arantes, 2016).

## Referências

- André, A. M. & Ciampone, M. H. T. (2007). Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(spe), 835-840.
- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1499-1510.
- Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AMS. (2014). Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2014 [citado em 02 mar 2017]; 22(1):108-14.
- Barros, M. B. A., Francisco, P. M. S. B., Zanchetta, L. M. & César, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3755-3768.
- Boing, A. F., Vicenzi, R. B., Magajewski, F., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., Lindner, S. R. & Peres, M. A. (2012). Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 359-366.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação de atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool (PCATool – Brasil). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: D.O.U.
- Cardoso, A. V. L., Chain, A. P. N., Mendes, R. I. P., Ferreira, F. E. V., A. M. D., Martins, A. M. E. B. L., & Ferreira, R. C. (2015). Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1267-1284.
- Castro, R. C. L., Knauth, D. R., Harzheim, E., Hauser, L. & Duncan, B. B. (2012). Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1772-1784.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care, 1966. *The Milbank quarterly, United States*, v.83, n.4, p.691-729.



- Elias, P. E., Ferreira, C. W., Alves, M. C. G., Cohn, A., Kishima, V., Junior, A. E., Gomes, A. & Bousquat, A. (2006). Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 633-641.
- Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D. S., Siqueira, F. V., & Rodrigues, M. A. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 669-681.
- Fracolli, L. A., Gomes, M. F. P., Nabão, F. R. Z., Santos, M. S., Cappellini, V. K. & Almeida, A. C. C. (2014). Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4851-4860.
- Gil, A. C. (2002). Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6), 1171-1181.
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R., Delgado, C. L. T. A., Cunha, M. S., Martins, M. I. C., Teixeira, C. P. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 783-794.
- Hartz, Z. M. A. & Contandriopoulos, A. P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (Suppl. 2), S331-S336.
- Harzheim, E., Álvarez, D. C. (2007). Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v.3, n 9.
- Harzheim, E., Oliveira, M., Agostinho, M., Hauser, L., Stein, A., Gonçalves, M., Trindade, T., Berra, S., Duncan, B., & Starfield, B. (2013). Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(29), 274-284.
- Harzheim, E., Starfield, B., Rajmil, L., et al. (2006). Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool - Brasil) for child health services. *Cad Saúde Pública*, v.22, p.1649-1659.
- Mendes EV. (2011). As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde.
- Nedel, F., Facchini, L., Martín-Mateo, M., Vieira, L., & Thumé, E. (2008). Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil . *Revista De Saúde Pública*, 42(6), 1041-1052.
- Nunes, A. A., Caccia-Bava, M. C. G. G., Bistafa, M. J., Pereira, L. C. R., Watanabe, M. C., Santos, V. & Domingos, N. A. M. (2012). Resolubilidade da estratégia saúde da família e



- unidades básicas de saúde tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1, Suppl. 1), 27-32.
- ONU. (1979). Fundo das Nações Unidas para a Infância. Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, 1978. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*; 377(9779):1778-1797.
- Pelotas. (2017). Plano Municipal de Saúde. Plano de trabalho. Pelotas: Secretaria da Saúde.
- Shi, L., Starfield, B., Xu, J. (2001). Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*; 50(2):161-164.
- Silveira, D. S., Facchini, L. A., Siqueira, F. V., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silva, S. M., Dilélio, A. S. & Maia, M. F. S. (2010). Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1714-1726.
- Soares, J. D. C., Borba, L. G., Nunes, M. P., Chatkin, M. (2008). Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(7), 1699-1707.
- Souza, L. L., & Costa, J. S. D. (2011). Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 765-772.
- Starfield B. (1992). *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy*. London: Oxford University Press.
- Starfield, B. (2000). Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*, United States, v.105, n.4, p.998-1003.
- Victoria CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. (2011). Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, 377:1863-76.