

Atenção integral à comunidade: autoavaliação das equipes de saúde da família*

Atención integral de la comunidad: autoevaluación de los equipos de salud familiar

Full care for community: self-assessment of family health teams

*Artigo recorte do estudo "Acesso e qualidade da Atenção Básica: avaliação da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil"

Cómo citar: Lima CA, Moreira KS, Barbosa BS, Junior RS, Pinto MQC, Costa SM. Atenção integral da comunidade: autoavaliação de equipes de saúde da família. *Av Enferm*; 2019, 37(3):303-312. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.76998>

1 Cássio de Almeida Lima

Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4261-8226>

Correio eletrônico: cassioenf2014@gmail.com

Contribuição: concepção do estudo, planejamento e coleta de dados, interpretação dos dados, redação e revisão do artigo.

2 Kênia Souto Moreira

Centro Universitário Pitágoras de Montes Claros (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0661-616X>

Correio eletrônico: keniassoutomoreira@hotmail.com

Contribuição: concepção do estudo, planejamento e coleta de dados, elaboração do banco de dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

3 Brunna Cristina Silva Barbosa

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontologia (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2240-487X>

Correio eletrônico: brunbarbosaa@live.com

Contribuição: concepção do estudo, coleta de dados, elaboração do banco de dados e redação do artigo.

4 Raimundo Lelis de Souza Junior

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontologia (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6394-8275>

Correio eletrônico: juniorcnn12@hotmail.com

Contribuição: concepção do estudo, coleta de dados, elaboração do banco de dados e redação do artigo.

5 Mânia de Quadros Coelho Pinto

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontologia (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6913-8695>

Correio eletrônico: maniaquadros@gmail.com

Contribuição: concepção do estudo, planejamento e coleta de dados, análise dos dados e redação do artigo.

6 Simone de Melo Costa

Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Odontologia (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil).

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0266-018X>

Correio eletrônico: smelocosta@gmail.com

Contribuição: orientou todas as etapas do estudo e elaboração do artigo, concepção do estudo, planejamento da coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo.



Resumo

Objetivo: analisar a autoavaliação das equipes de saúde da família quanto à atenção integral à saúde da comunidade.

Método: pesquisa transversal analítica, em cidade polo do estado de Minas Gerais, Brasil. Todas as 75 equipes existentes na cidade, no período de coleta dos dados, estavam aderidas ao programa de avaliação. As equipes com ausência de informações nos 35 padrões de qualidade analisados foram excluídas. Analisaram-se 35 itens da subdimensão atenção integral, da *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*, instrumento validado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Foram processadas análises estatísticas descritivas e bivariadas pelos testes *Likelihood ratio*, Anova e correlação de Pearson, para comparar a autoavaliação segundo localização (urbana e rural) e profissionais componentes das equipes.

Resultados: entre as equipes, 38 (54,28 %) ficaram no nível satisfatório e sete (10 %) no insatisfatório. Houve melhor classificação para aquelas da área urbana ($p = 0,010$). As categorias profissionais técnico em enfermagem ($p = 0,030$), médico ($p = 0,018$), cirurgião-dentista ($p = < 0,001$) e auxiliar/técnico em odontologia ($p = 0,001$) se correlacionaram positivamente com maior pontuação.

Conclusões: evidenciou-se necessidade de aprimoramento da performance das equipes. Os achados trazem implicações para gestores e profissionais com impacto no cuidado e na atuação do enfermeiro.

Descritores: Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária (fonte: DeCS, BIREME).

Resumen

Objetivo: analizar la autoevaluación de los equipos de salud de la familia en cuanto a la atención integral a la salud de la comunidad.

Método: investigación transversal analítica en ciudad polo del estado de Minas Gerais, Brasil. Los 75 equipos de salud existentes en la ciudad durante el periodo de recopilación de datos se adhirieron al programa de evaluación. Se excluyeron los equipos sin información sobre los 35 estándares de calidad analizados. Se examinaron 35 ítems de la subdimensión atención integral de la *Autoevaluación para la mejora del acceso y de la calidad de la atención básica*, instrumento validado por el Ministerio de Salud brasileño. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y bivariados por las pruebas *Likelihood ratio*, Anova y correlación de Pearson. Se comparó autoevaluación por ubicación (urbana y rural) y los componentes del equipo profesional.

Resultados: entre los equipos, 38 (54,28 %) quedaron en el nivel satisfactorio y siete (10 %) en el insatisfactorio. Se observó una mejor clasificación para área urbana ($p = 0,010$). Las categorías profesionales técnicas en enfermería ($p = 0,030$), médico ($p = 0,018$), cirujano-dentista ($p = < 0,001$) y auxiliar/técnico en odontología ($p = 0,001$) se correlacionaron positivamente con mayor puntuación.

Conclusiones: se evidenció necesidad de perfeccionamiento del desempeño de los equipos. Los hallazgos traen implicaciones para gestores y profesionales, con impacto en el cuidado y en la actuación del enfermero.

Descriptores: Atención a la Salud; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Investigación en Servicios de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to analyze the self-assessment of family health teams in terms of full care for community health.

Method: analytical cross-sectional research in a city in the state of Minas Gerais, Brazil. The 75 health teams existing in the city during the data collection period joined the evaluation program. The teams without information about the 35 quality standards analyzed were excluded. 35 items of the sub-dimension full care of the *self-assessment for the improvement of access and quality of basic care* were examined, a validated instrument of the Brazilian Ministry of Health. Descriptive and bivariate statistical analyses were performed by the Likelihood ratio, Anova and Pearson correlation tests. Self-assessment was compared by location (urban and rural) and the components of the professional team.

Results: among teams, thirty-eight (54.28 %) were at the satisfactory level and seven (10 %), in the unsatisfactory. A better classification was observed for urban area ($p = 0.010$). The nursing technical professional categories ($p = 0.030$), physician ($p = 0.018$), surgeon-dentist ($p \leq 0.001$), and odontology assistant/technician ($p = 0.001$) correlated positively with higher score.

Conclusions: there was a need to improve the performance of the teams. The findings have implications for managers and professionals, with an impact on the care and action of the nurse.

Descriptors: Health Care; Primary Health Care; Family Health Strategy; Research in Health Services; Nursing in Community Health (source: DeCS, BIREME).

Introdução

“A avaliação dos serviços constitui uma ferramenta relevante na gestão em saúde. Ela ancora o processo de decisão compartilhada, na perspectiva de repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos, mais coerentes com [...] as necessidades dos usuários dos serviços de saúde” (1, p.4414) sendo necessária a institucionalização da cultura de avaliação (1-4). No Brasil, a avaliação tem se tornado preocupação contínua dos gestores do sistema único de saúde (SUS), sobretudo no âmbito da atenção básica (AB) (5).

No citado país, na década de 1990, foi criada a estratégia saúde da família (ESF) e investiu-se na composição das equipes de saúde da família (EqSFs). Estas desempenham ações mais próximas da população e são incumbidas de prestar assistência integral e longitudinal, numa concepção de corresponsabilidade entre profissional e usuário (6). Nos últimos anos, a ESF vem se mostrando como indubitável modalidade para mudança do paradigma assistencial e de implementação da AB, com base nas propostas de vigilância em saúde e no princípio da integralidade (7-10).

Ao se considerar a necessidade de avaliar a qualidade do cuidado e a relevância da ESF, emerge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coordenado pelo Ministério da Saúde brasileiro (5, 11). “O programa almeja incentivar gestores e EqSFs a melhorar a qualidade dos serviços e da assistência ofertados aos usuários do território. É organizado em quatro fases, as quais compõem um ciclo e se complementam: adesão e contratualização, desenvolvimento (inclui a autoavaliação das equipes), avaliação externa e recontratualização” (12, p.2-3).

Tal programa é amplo e tem como uma de suas subdimensões, autoavaliadas pelas EqSFs, a atenção integral à saúde ofertada por essas equipes à tríade usuário-família-comunidade. Essa subdimensão é assim definida no documento “Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica” (AMAQ) que envolve o acolhimento da demanda programada e espontânea em todos os ciclos do desenvolvimento humano, por meio de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabi-

litação. Compreende uma abordagem que não se restringe aos aspectos físicos e patológicos, posto que também abarca o sofrimento psíquico e os condicionantes sociais de saúde (11). Aqui é considerada a visão de qualidade determinada no AMAQ.

Destaca-se a integralidade no cuidado: princípio doutrinário do SUS que permite a valorização do usuário como sujeito autônomo e livre, digno de cuidado qualificado e resolutivo. A partir da ESF, almeja-se a integralidade como eixo condutor que potencialize esforços em direção à construção da atenção ampliada ao processo saúde-doença-cuidado, com mudanças mais efetivas que atendam às necessidades de saúde da comunidade adscrita (13).

Apesar de avanços político-administrativos e na atuação das EqSFs, persistem fragilidades para adequar a assistência aos princípios da integralidade (8), o que ratifica a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o processo de trabalho em saúde na AB (14, 15). Nessa conjuntura, tornam-se pertinentes novas evidências acerca dos constructos de avaliação das práticas das EqSFs na atenção integral (1). Justifica-se a realização desta pesquisa pois aborda a ampla subdimensão da AMAQ, instrumento com aplicabilidade prática que representa uma potencial ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços primários de saúde. Por meio de novo conhecimento sobre a autoavaliação pelos profissionais da ESF, podem-se sinalizar subsídios para o aprimoramento da organização da atenção integral e a contínua qualificação da prática das equipes, almejando também a melhor organização da assistência e a qualidade do cuidado. Ainda, os achados da atual investigação podem ser pertinentes no intuito de ancorar os gestores do sistema de saúde no fortalecimento da atenção ofertada na ESF (12, 16).

Este estudo teve como objetivo analisar a autoavaliação das equipes de saúde da família quanto à atenção integral à saúde da comunidade.

Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com desenho transversal e análise estatística inferencial. Teve como cenário a cidade de Montes Claros, de grande porte, situada na região norte do estado de Minas Gerais (MG) – Brasil. O local é polo regional, referência em setores como prestação de serviços, comércio, educação e saúde. A ESF integra a AB local desde 1992. Desde então e devido a isso, o número de equipes e a cobertura populacional têm crescido,

consolidando o modelo de saúde da família, sendo que hoje há cobertura de 100 % da população (12, 16).

Este trabalho incluiu dados de EqSFs cadastradas no município e trata dos resultados da autoavaliação dessas equipes, o que ocorreu durante o segundo ciclo do PMAQ-AB. Os dados, de cunho secundário, foram coletados a partir de formulários da AMAQ, em site do Ministério da Saúde, impressos e disponibilizados por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para fins do estudo em 2014. Todas as 75 EqSFs existentes na cidade, no período de coleta dos dados – maio de 2014, estavam aderidas ao PMAQ-AB e, portanto, atenderam ao critério de inclusão: equipe com adesão ao PMAQ-AB. Adotou-se como critério de exclusão, ausência de informações nos 35 padrões de qualidade (itens) do instrumento AMAQ, referentes à subdimensão *Atenção integral à saúde*, da dimensão *Educação permanente, processo de trabalho e atenção integral à saúde* (11). Ressalta-se que os itens do AMAQ são agrupados em dimensões e respectivas subdimensões que permitem avaliações com análise independente (11, 16). Logo, este trabalho se referiu à análise de dados de 70 EqSFs, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

O instrumento AMAQ foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde brasileiro (11) para aplicação na segunda fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, após a etapa de adesão do município e das equipes ao programa. Trata-se de uma ferramenta de avaliação de serviços de saúde, gerada a partir de instrumentos validados, nacional e internacionalmente, com detalhamento no documento “AMAQ: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade. Material de apoio à autoavaliação para as equipes de AB (Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal)” (11). Por meio da autoavaliação das equipes, pelo referido instrumento, identificam-se problemas o que contribuirá para propor intervenções e melhorar a qualidade da atenção (11, 12, 16).

Nesse sentido, a autoavaliação foi objetivada pelo preenchimento do instrumento AMAQ por cada equipe. Esta se reuniu, e, por meio da reflexão seguida de consenso dos profissionais, distribuiu pontos aos itens relativos ao trabalho no âmbito da saúde da família. Para o atual estudo, cada item analisado permitiu avaliar o grau de adequação da equipe quanto à atenção integral à saúde, ou seja, avaliar o padrão de qualidade das ações na ESF. Cada item foi mensurado pela equipe em escala de zero a 10 pontos. O zero correspondeu ao não cumprimento do padrão (total inadequação da equipe), e 10 à total adequação. Os pontos foram

somados para classificar a equipe em padrões de qualidade: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório, conforme recomendado pelo Ministério de Saúde (11). Quanto maior a pontuação, melhor a classificação da equipe, isto é, melhor qualidade das práticas de atenção integral à saúde (11, 16).

Reforça-se que a análise das equipes quanto a tais pontuações e classificações se deu segundo as instruções contidas no citado instrumento da AMAQ, do PMAQ-AB (11). Além disso, as EqSFs foram classificadas segundo a área de atuação: urbana ou rural.

A organização e análise estatística dos dados foram processadas no *software* IBM Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0®. Primeiramente, na análise estatística efetuou-se a descrição dos resultados em valores percentuais, média, desvio padrão (DP), valores mínimo e máximo. Foram realizadas análises bivariadas para comparar as proporções de equipes em cada padrão de qualidade, segundo a localização de atuação (urbana ou rural), por meio do teste *Likelihood ratio*, alternativo ao teste Qui-quadrado de Pearson. Justifica-se a escolha desse teste pelo número de equipes na zona rural ($n = 9$), apresentando na análise mais de 25 % das caselas da tabela de contingência com valores menores que cinco. As médias do número de profissionais nas EqSFs foram comparadas segundo os padrões de qualidade, aplicando-se o teste Anova. A correlação entre a pontuação auferida pela equipe e o número de profissionais nas EqSFs foi mensurada pelo teste de correlação de Pearson. Adotou-se o nível de significância estatística $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Parecer Consubstanciado nº 704.718/2014. Também se obteve concordância institucional da Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados

Entre os 35 itens avaliados sobre a atenção integral à saúde, a maior média de pontos foi observada no quesito “equipe realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal” (média = 9,16; DP = 1,187), enquanto o item “equipe utiliza as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação da abordagem clínica” obteve a menor média de pontos (média = 1,51; DP = 2,612), conforme estatística descritiva apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos pontos obtidos pelas equipes de saúde da família nos 35 padrões de qualidade da atenção integral à saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Itens avaliados* A equipe de saúde da família:	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos da sua área de abrangência.	7,66	1,512	5	10
Acompanha as crianças com idade até nove anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.	4,94	2,358	0	10
Desenvolve ações, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.	8,57	1,303	5	10
Realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.	8,49	1,151	5	10
Acompanha todas as gestantes do território.	8,80	1,211	5	10
Realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal.	9,16	1,187	5	10
Realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.	7,79	2,021	1	10
Desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.	8,87	1,474	3	10
Desenvolve ações sistemáticas de identificação precoce do câncer de colo uterino e de mama e faz busca ativa dos casos de citologia alterada.	8,91	1,139	6	10
Realiza ações de atenção integral a todas as faixas etárias e gêneros.	7,00	1,777	3	10
Identifica e mantém registro atualizado das pessoas com fatores de risco/doenças crônicas mais prevalentes do seu território, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica.	6,99	1,790	1	10
Organiza a atenção às pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade com base na estratificação de risco.	5,49	2,658	0	10
Organiza a atenção às pessoas com asma e doença pulmonar obstrutiva crônica com base na estratificação de risco.	3,47	3,030	0	10
Realiza ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.	5,81	2,789	0	10
Identifica e acompanha as pessoas com convulsões e síndromes epiléticas em seu território.	5,06	2,631	0	10
Desenvolve ações de vigilância, identificação de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose no território.	7,20	2,585	1	10
Desenvolve ações de vigilância, diagnóstico tratamento e acompanhamento dos casos de hanseníase no território.	7,26	2,862	0	10
Possui cadastro e realiza visitas periódicas às pessoas que estejam vivendo em serviço de acolhimento/abrigo.	4,43	4,067	0	10
Desenvolve ações para as pessoas com sofrimento psíquico no seu território.	6,83	4,132	0	10
Desenvolve ações para os usuários de álcool e outras drogas no seu território.	4,63	2,945	0	10
Identifica e acompanha as pessoas com deficiência no seu território.	6,50	2,483	0	10
Desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco no seu território.	4,40	3,355	0	10
Desenvolve ações para identificar casos de violência e desenvolve ações de incentivo à inclusão social.	4,37	3,046	0	10
Desenvolve atividades abordando conteúdos de saúde sexual.	7,10	2,415	1	10
Realiza diagnóstico e acompanhamento dos casos de HIV/Aids e demais doenças sexualmente transmissíveis.	7,74	2,448	1	10
Desenvolve ações de vigilância de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.	6,74	2,603	0	10
Desenvolve ações de vigilância em Saúde Ambiental.	4,36	2,808	0	10
Realiza ações de atenção à saúde do trabalhador.	5,00	2,632	0	10
Realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no seu território.	7,24	3,043	0	10
Desenvolve ações para a redução do número de casos de dengue e sua letalidade no território.	8,46	1,639	2	10
Desenvolve ações dirigidas à promoção de ambientes saudáveis respeitando a cultura e as particularidades locais.	5,19	2,871	0	10
Desenvolve grupos terapêuticos na unidade de saúde e/ou no território.	5,93	3,236	0	10
Incentiva e desenvolve práticas corporais/atividade física na Unidade Básica de Saúde e/ou no território.	4,60	3,499	0	10
Desenvolve estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	6,40	2,612	0	10
Utiliza as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação da abordagem clínica.	1,51	2,612	0	10

Fonte: os autores. Itens avaliados segundo o instrumento AMAQ (11).

Quanto à classificação por padrão de qualidade, 38 (54,28 %) das EqSFs se situaram no padrão satisfatório, enquanto sete (10 %) ficaram no patamar insatisfatório (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação das equipes por padrão de qualidade na atenção integral à saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Classificação das equipes quanto à atenção integral à saúde		
Classificação	n	%
Insatisfatório	7	10
Regular	15	21,42
Satisfatório	38	54,28
Muito satisfatório	10	14,30
Total	70	100

Fonte: Os autores.

Quando comparadas as EqSFs por padrão de qualidade e localização geográfica, zona urbana ou rural, foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre as equipes, com melhor qualidade para aquelas da área urbana do município ($p = 0,010$), conforme o teste *Likelihood ratio* (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação das equipes de saúde da família por padrão de qualidade na atenção integral à saúde conforme área de atuação, urbana ou rural. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Classificação nas práticas de atenção integral à saúde	Área de atuação			Likelihood ratio p
	Zona urbana n(%)	Zona rural n(%)	Total n(%)	
Insatisfatório	3(42,9)	4(57,1)	7(100)	0,010
Regular	13(86,7)	2(13,3)	15(100)	
Satisfatório	35(92,1)	3(7,9)	38(100)	
Muito satisfatório	10(100)	0(0)	10(100)	
Total	61(87,1)	9(12,9)	70(100)	

Fonte: Os autores.

Constatou-se equipe de saúde da família incompleta, com ausência de técnicos em enfermagem, médicos, cirurgiões-dentistas e auxiliares/técnicos em odontologia. Na análise da correlação entre número de profissionais de diferentes formações acadêmicas e pontuação das equipes na subdimensão *atenção integral à saúde*, constatou-se que as categorias profissionais técnico em enfermagem ($p = 0,030$), médico ($p = 0,018$), cirurgião-dentista ($p < 0,001$) e auxiliar/técnico em odontologia ($p = 0,001$) se correlacionaram positivamente com maior pontuação pelas equipes. Portanto, a presença dessas categorias nas EqSFs melhora a avaliação da equipe quanto

à atenção integral ofertada no território de abrangência, sob sua responsabilidade (Tabela 4). Como todas as EqSFs tinham, igualmente, um profissional enfermeiro, não houve variabilidade dos dados entre as equipes, para essa categoria profissional.

Tabela 4. Correlação entre número de profissionais nas equipes de saúde da família e pontuação na subdimensão atenção integral à saúde. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

Profissionais da equipe	Pontuação total na subdimensão atenção integral à saúde		
	R	R ²	p
Profissionais no geral (8-11)	0,046	0,002	0,215
Técnicos em enfermagem (0-1)	0,039	0,001	0,030
Médicos (0-1)	0,290	0,084	0,018
Cirurgiões-dentistas (0-1)	0,297	0,088	<0,001
Auxiliares/técnicos em odontologia (0-2)	0,316	0,099	0,001
Agentes comunitários de saúde (4-11)	-0,258	0,066	0,300

Fonte: Os autores.

Discussão

Este estudo evidenciou uma análise da autoavaliação das EqSFs no tocante às ações de atenção integral à saúde da comunidade. Embora a maioria das equipes tenha atingido boa classificação, uma parcela considerável ficou aquém do desejável, o que é digno de nota devido à necessidade de se propiciar um cuidado integral na ESF. Assim, infere-se que a integralidade encontra desafios para sua plena consolidação na AB, realidade esta similar à verificada em outras pesquisas (17-19).

Uma avaliação das equipes de AB no Brasil, a partir de dados do PMAQ-AB, evidenciou fragmentação de políticas, programas, ações e práticas. Essa fragmentação na esfera local representa uma entrave ao novo modelo assistencial (17). É necessário que os profissionais da ESF ampliem sua prática clínica e busquem um processo de trabalho centrado nos usuários (20). É igualmente imprescindível que compreendam a integralidade como pluralidade de concepções, ações e atitudes, no intuito de cuidar das pessoas conforme suas necessidades em atendimento integral (13).

Porém, é pertinente ponderar sobre o extenso rol de atribuições das EqSFs presente na subdimensão avaliada. Isso sugere que os profissionais são responsáveis por um expressivo número de atividades e ficam propensos à sobrecarga de trabalho.

A tais equipes são delegados novos papéis e responsabilidades direcionados às doenças prevalentes, aos grupos prioritários, a problemas ou situações específicas que, às vezes, ultrapassam o domínio da ESF (21).

Situação semelhante a essa é verificada no Reino Unido e na Dinamarca. Nesses países, os profissionais também desenvolvem ampla gama de tarefas incluindo, entre outras, ações de prevenção, atenção curativa aguda, tratamento para pessoas com condições crônicas e assistência nos casos de emergências (21, 22).

No que concerne aos itens analisados na subdimensão, o cuidado dos usuários com condições crônicas mostrou-se frágil, principalmente quanto à estratificação de risco e promoção da autonomia e do autocuidado. Também foram identificadas deficiências nesse cuidado em pesquisas no estado do Amazonas (23) e no Brasil (17), e em outros países: na província de Quebec, Canadá (24, 25), em Leicestershire, Inglaterra (26), no Reino Unido (27) e na China (28).

Tal situação demanda atenção, posto que, no caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), trata-se de perfil de morbimortalidade que requer criterioso acompanhamento clínico e atividades preventivas na comunidade para evitar complicações e novos casos. A vigilância das DCNT representa um dos principais desafios para as EqSFs e para as políticas de cuidados primários de saúde (23). Essas afecções são cada vez mais comuns na população, em virtude das transições demográfica e epidemiológica, o que realça o papel central da AB no manejo das DCNT (24, 25).

A assistência aos usuários com condições crônicas deve ocorrer de forma integral com ações que promovam a conscientização sobre fatores de risco e autocuidado, além de estratégias que propiciem maior autonomia e empoderamento das pessoas (11, 17). É preciso aprimorar a organização das práticas da equipe para o efetivo enfrentamento das doenças em pauta. As DCNT possuem longa duração e exigem cuidado longitudinal, norteados pela clínica com a perspectiva de superar o enfoque convencional centrado na patologia e nos quadros agudos (17, 23).

Evidenciaram-se, também, fragilidades na atenção à saúde mental, em consonância com outros trabalhos (17, 29, 30). Embora seja parte do escopo de ações da AB, esse componente se mostra pouco desenvolvido no contexto da ESF (30), o que sinaliza a dificuldade das EqSFs em lidar com questões rela-

tivas à saúde mental e fatores psicossociais presentes no seu território (17). Nessa tentativa de qualificar a atuação das equipes, é premente aumentar a gestão do cuidado e o acompanhamento dos casos, pelo menos os mais graves. No escopo de expandir as estratégias de cuidado, outros recursos assistenciais podem ser úteis, como atendimento em grupo, ações de prevenção e promoção da saúde mental (30), além do apoio matricial (17).

No âmbito da ESF, ainda se observa a baixa institucionalização de ações de promoção da saúde (7). Essa situação foi identificada, pois predominaram baixas pontuações das EqSFs quanto à promoção de ambientes saudáveis, grupos terapêuticos, práticas corporais/atividade física, alimentação saudável, práticas integrativas e complementares. “As referidas ações almejam melhor desenvolvimento pessoal e social dos usuários frente ao processo saúde-doença-cuidado” (17, p.63). Os achados deste estudo expressam a insuficiente capacidade para superar a assistência curativista, permanecendo o modelo tradicional focado nos próprios profissionais (7, 17, 31).

A ESF tem, na promoção da saúde, um de seus princípios basilares (7). Para a efetivação desse princípio na prática dos serviços, são fortemente recomendadas estratégias como: reorganização do processo de trabalho, capacitação profissional, apoio político-institucional e financiamento específico (7, 17). Assim, será possível que a AB possa consubstanciar seu potencial como locus privilegiado para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde. Essas práticas podem ser voltadas para fatores de risco ou empoderamento, informação qualificada e intersectorialidade, possibilitando ampliar o cuidado e sua efetividade (7, 9, 17).

É válido salientar o resultado registrado no item práticas integrativas e complementares, com baixa média de pontos por equipe. Em outros estudos constatou-se a baixa oferta dessas práticas para os usuários do território (17, 21, 32). Então, é notória a importância de incentivar a Política de Práticas Integrativas e Complementares no cenário da ESF, com o planejamento de meios para a difusão do uso de tais práticas. Deve-se promover a educação permanente para os profissionais, com a perspectiva da inovação no cuidado da saúde da população (32, 33).

A presente pesquisa, ao comparar os padrões de qualidade da AB segundo a localização rural e urbana, demonstrou melhores resultados para as equipes atuantes na área urbana, como demonstrado pelo teste *Likelihood ratio*. Trata-se de uma constata-

tação interessante, visto que a população rural, por sua vez, também deve ser beneficiada pelo cuidado integral de qualidade. Então, a expansão da cobertura da ESF deve considerar as diversidades presentes mesmo no interior dos municípios, a realidade e as necessidades de cada população, promovendo melhor acesso aos serviços de saúde (4, 34).

No Brasil, no setor saúde, ainda existem debilidades político-administrativas que afetam a assistência em saúde pública, inclusive em áreas rurais. A atenção à saúde das comunidades rurais no SUS requer, por parte das EqSFs e dos gestores da AB local, articulação de saberes que abarcam planejamento, monitoramento e execução de ações integradas e de qualidade (35), a partir da unidade da ESF. Recomendam-se ações de maior apoio e suporte aos serviços e equipes com essa particularidade territorial.

Ainda, houve correlação entre maior número de profissionais (técnico em enfermagem, médico, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico em odontologia) e maior pontuação para as práticas de “atenção integral à saúde”, evidenciada pelos testes Anova e correlação de Pearson. Uma equipe multiprofissional completa também foi associada a melhores resultados em outros estudos (18, 19, 21). Acredita-se que equipes providas por mais profissionais de saúde estão melhor asseguradas para adequada atenção à saúde da comunidade adscrita (8). Estas poderão ofertar um cuidado realmente pautado na integralidade e na qualidade (18), sendo importantes para atender as promessas de consolidação da ESF (8).

Por fim, convém reforçar a relevância de envolver cada vez mais as EqSFs numa sistemática de avaliação da AB para embasar progressos nos processos, a identificação de prioridades e metas (36).

Conclusão

A partir da análise da autoavaliação de EqSFs, foi possível concluir que as suas práticas de atenção integral à saúde da comunidade foram predominantemente de qualidade insatisfatória e regular. Os componentes mais afetados foram principalmente quanto ao cuidado da saúde dos usuários com condições crônicas e no campo da saúde mental como também em ações de promoção da saúde e na utilização de práticas integrativas e complementares para ampliar a abordagem clínica. Contudo, o acompanhamento de crianças de até nove anos, as ações para identificar casos de violência e de incentivo à inclusão social, bem como vigilância em saúde

ambiental e em saúde do trabalhador também apresentaram resultados insatisfatórios na prática das equipes. Os melhores resultados foram para as equipes da zona urbana e para aquelas com maior número de profissionais.

Este trabalho apresenta implicações para EqSFs e gestores da AB, estando ligadas à performance do enfermeiro e podem auxiliar no melhor desempenho dos profissionais na construção do cuidado integral à saúde.

No tocante às limitações deste estudo, o delineamento transversal impede definir relação de causalidade para os resultados averiguados e a pesquisa foi circunscrita às unidades da ESF de uma cidade. Os dados investigados foram procedentes da autoavaliação e da percepção das EqSFs, o que os torna suscetíveis à subjetividade e ao viés de informação.

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Processo 88887352628/2019-00 (bolsa de doutorado concedida ao autor Lima CA).

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Unimontes, Edital PIBIC/FAPEMIG 010/2018 (bolsas de Iniciação Científica concedidas aos autores Barbosa BCS e Souza Junior RL).

Referências

- (1) Oliveira e Silva CS, Fonseca ADG, Souza e Souza LP, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4407-15. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>
- (2) Metcalfe D, Diaz AJR, Olufajo AO, Massa MS, Keteelaar NA, Flottorp AS *et al*. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9:CD004538. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004538.pub3>
- (3) Van der Wees PJ, Nijhuis-Van der Sanden MW, Van Ginneken E, Ayanian JZ, Schneider EC, Westert GP. Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy*. 2014;116(1):18-26. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.009>
- (4) Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Cromp D, Austin BT, Etz R *et al*. Effective team based primary care: observations from innovative practices. *BMC Fam Pract*. 2017;18(13):1-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12875-017-0590-8>

- (5) Carvalho MF, Vasconcelos MIO, Silva ARV, Meyer APGFV. Utilização de monitoramento e análise de indicadores na atenção primária à saúde. *SANARE*. 2017;16(1):67-73. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1096/607>
- (6) Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Manners of producing care and universality of access in primary health care. *Saude Soc*. 2017;26(4):888-903. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>
- (7) Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Silva MEO, Freire LAM. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *REME - Rev Min Enferm*. 2012;16(2):178-87. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/517>
- (8) Mattos GCM, Ferreira e Ferreira E, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>
- (9) Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Høst D, Frølich A. Instruments to assess integrated care: a systematic review. *Int J Integr Care*. 2014;14:e027. Disponível em: <https://bit.ly/2PsBuZG>
- (10) Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary health-care and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLOS Medicine*. 2017;14(5):1-19. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
- (11) Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. AMAQ: autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade. Material de apoio a autoavaliação para as equipes de atenção básica (saúde da família, AB parametrizada e saúde bucal). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- (12) Lima CA, Moreira KS, Abreu MHNG, Vieira DMA, Mangueira SAL, Vieira MA et al. Qualidade do cuidado: avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na atenção básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1-12. Disponível em: DOI: [http://doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)1900](http://doi.org/10.5712/rbmf14(41)1900)
- (13) Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da estratégia saúde da família no vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(55):1089-100. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>
- (14) Bowie P, Halley L, Blamey A, Gillies J, Houston N. Qualitative evaluation of the Safety and Improvement in Primary Care (SIPC) pilot collaborative in Scotland: perceptions and experiences of participating care teams. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009526. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009526>
- (15) Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC et al. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):90-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>
- (16) Lima CA, Moreira KS, Costa GS, Maia RS, Pinto MQC, Vieira MA et al. Avaliação da organização do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais - Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2019;17(1):e0018710. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1981-7746-solo0187>
- (17) Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014;38(n. esp.):52-68. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>
- (18) Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(9):1941-52. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0102-311X00132114>
- (19) Moreira KS, Vieira MA, Costa SM. Qualidade da atenção básica: avaliação das equipes de saúde da família. *Saúde Debate*. 2016;40(111):117-27. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/0103-1104201611109>
- (20) Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349:1-10. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1136/bmj.g4014>
- (21) Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2672. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>
- (22) Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-30. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- (23) Garnelo L, Santos-Lucas AC, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de saúde da família na Amazônia. *Saúde Debate*. 2014;38(n. esp.):158-72. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S012>
- (24) Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):523-8. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1370/afm.1867>

(25) Lamothe L, Sylvain C, Sit V. Multimorbidité et soins primaires: émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau. *Sante Publique*. 2015;27(supl. 1):S129-135. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.3917/spub.150.0129>

(26) Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Family Practice*. 2015;32(1):82-7. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1093/fampra/cmu077>

(27) Daveson BA, Harding R, Shipman C, Mason BL, Epiphaniou E, Higginson IJ *et al*. The real-world problem of care coordination: a longitudinal qualitative study with patients living with advanced progressive illness and their unpaid caregivers. *PLoS One*. 2014;9(5):e95523. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0095523>

(28) Tang W, Sun X, Zhang Y, Ye T, Zhang L. How to build and evaluate an integrated health care system for chronic patients: study design of a clustered randomised controlled trial in rural China. *Int J Integr Care*. 2015;15:e0007. Disponível em: <https://bit.ly/2PqCfCD>

(29) Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, Machado MTC, Almeida PF, Corvino MPF *et al*. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da estratégia saúde da família no Brasil. *Saúde Debate*. 2014;38(n. esp.):34-51. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S004>

(30) Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Mental health in primary care: an evaluation using the item response theory. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:1-11. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000051>

(31) González CG, Herrera YR, Pulgar GEB. Modelo de atención integral de salud vs. calidad asistencial en el primer nivel, Riobamba 2014-2017. *Educ Med*. 2019;20(S1):136-42. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.10.023>

(32) Veziani Y, Kumar S, Leach M. The development of a survey instrument to measure the barriers to the conduct and application of research in complementary and alternative medicine: a Delphi study. *BMC Complement Altern Med*. 2018;18(1):335. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1186/s12906-018-2352-0>

(33) Pires IFB, Sousa AA, Lima CA, Costa JD, Feitosa MHA, Costa SM. Plantas medicinais: cultivo e transmissão de conhecimento em comunidade cadastrada na estratégia saúde da família. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016;18(4):37-45. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.21722/rbps.v18i4.16729>

(34) Gage AD, Leslie HH, Bitton A, Jerome JG, Thermidor R, Joseph JP *et al*. Assessing the quality of primary care in Haiti. *Bull World Health Organ*. 2017;95(3):182-90. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179846>

(35) Silva EM, Portela RA, Medeiros ALE, Cavalcante MCW, Costa RTA. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. *Hygeia*. 2018;14(28):1-12. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.14393/Hygeia142801>

(36) European Commission. Tools and methodologies for assessing the performance of primary care. Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018. 71 p. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.2875/459903>