

Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal

Evaluation of integrality in Primary Health Care by older users: a cross-sectional study

Vanessa Carvalho Leite Gama Rocha¹; Daniele Sirineu Pereira²; Geraldo Eduardo Guedes de Brito³; Maria Jaqueline Pereira⁴; Silvia Lanziotti Azevedo da Silva⁵

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a integralidade do cuidado segundo a percepção do idoso usuário da Atenção Primária à Saúde e sua associação com o uso dos serviços de saúde. Foi desenvolvido estudo transversal no município de Alfenas – Minas Gerais. A integralidade foi avaliada pelo questionário PCATool. As análises bruta e ajustada foram realizadas por regressão de Poisson. A amostra contemplou 166 idosos. A análise das medianas do número de respostas evidenciou elevado número de avaliações positivas; 57% da amostra relatou receber orientações sobre mudanças que ocorrem com o envelhecimento, mas apenas 13% relatou receber “orientações sobre incapacidade”. As medianas também apresentaram comportamento semelhante em todos os serviços. Conclui-se que idosos que usam mais os serviços não o percebem como mais integral, embora tenha sido evidenciada uma percepção positiva da oferta de ações pelos serviços avaliados.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Integralidade em Saúde. Estudos Transversais. Idoso.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the integrality according to the perception of older users of primary health care and associate it with the use of health services. To do so, a cross-sectional study was conducted in the municipality of Alfenas - Minas Gerais. Integrality was evaluated by PCATool questionnaire. The analyses were performed using Poisson regression. The sample consisted of 166 older people. Median analysis of the number of responses showed a high number of positive evaluations, and 57.0% reported receiving guidance about the changes that occur with aging. Nevertheless, only 13.0% reported receiving "disability guidelines". The medians also presented similar behavior in all services. There was no major perception of integrality within the older adults using the health services more often. However, a positive perception of the offer of actions by the evaluated services was evidenced.

KEYWORDS: Primary Health Care. Health Services Research. Integrality in Health. Cross-Sectional Studies. Aged.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: janeiro de 2021 – Aceito: março de 2021

¹ Mestra em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Alfenas (2018). Fisioterapeuta intensivista no Hospital Bom Pastor (Varginha-MG). E-mail: vanessarochafisio@gmail.com

² Fisioterapeuta. Mestra (2008) e doutora (2012) em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais e pós-doutora pela mesma instituição. Professora Adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

³ Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Família pela UNESA (2007) e doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE. Professor Adjunto IV do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

⁴ Fisioterapeuta formada pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL). Bolsista do programa PET- Saúde/ GRADUASUS pelo período de maio de 2016 a maio de 2018.

⁵ Fisioterapeuta. Mestra e doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-doutora pelo Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz MG (NESPE/Fiocruz-MG). Professora Adjunta da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma conquista da humanidade e um dos maiores desafios para a saúde pública mundial contemporânea, uma vez que ocasiona novas demandas por serviços sociais e de saúde, buscando combater as iniquidades em saúde sofridas por idosos¹. No caso do Brasil, a mudança nas realidades demográfica e epidemiológica aponta para a urgência de reorientação dos paradigmas de atenção à saúde, para que o idoso usufrua, com qualidade, do aumento de sua expectativa de vida².

No contexto da organização dos sistemas de saúde, o investimento na centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se em uma opção válida para a promoção de um envelhecimento ativo e funcional. A APS é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social³.

A conceituação da integralidade demanda esforços no meio acadêmico, uma vez que se trata de um termo polissêmico^{4,5}. De acordo com uma de suas definições⁵, ela é entendida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de atenção do sistema de saúde”. Busca assegurar ao usuário um cuidado que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação⁴. Assim, a integralidade possui relação com a organização do processo de trabalho em saúde, com vistas, entre outros, a ampliar o escopo de oferta de ações e serviços para atender às necessidades de saúde de um grupo populacional⁶.

Dado o seu caráter polissêmico, os estudos envolvendo a integralidade são desenvolvidos por meio da utilização de diversos desenhos metodológicos, adequados à concepção teórica e ideológica assumida. No contexto da avaliação da APS, um importante instrumento, adaptado e validado para diversos países do mundo, é o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Ele baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde⁷.

O PCATool avalia a APS segundo seus atributos, mediante a percepção dos usuários, gestores e profissionais de saúde. Neste instrumento, a integralidade, uma de suas dimensões, refere-se à presença da oferta de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação contextualizadas à APS³. De acordo com uma revisão sistemática⁸ sobre o desempenho mundial da APS a partir da avaliação do PCATool, é necessário o fortalecimento dos componentes processo e estrutura para melhorar a qualidade da APS e os piores desempenhos encontrados foram acesso de primeiro contato, orientação familiar, orientação comunitária e integralidade⁸.

Um estudo com gestores e enfermeiros atuantes na APS demonstrou que a integralidade foi o segundo item mais bem avaliado, em conjunto com a longitudinalidade, mas não avalia especificamente a população idosa e nem sobre a ótica do usuário⁹. Em relação à percepção do usuário, um estudo com participantes adultos demonstrou resultados positivos em relação ao primeiro contato, mas não acessibilidade e longitudinalidade, e não avaliou a integralidade¹⁰.

Mesmo com os atuais investimentos, ainda há escassez de conhecimento por parte da população idosa acerca dos serviços oferecidos pela APS, assim como a importância de cada uma das ações desenvolvidas^{11, 12, 13, 14}. Neste contexto, vale destacar que a demanda de utilização dos serviços da APS é bastante oriunda da população idosa. Ademais, são escassos na literatura resultados de pesquisa que abordem a avaliação da integralidade por meio do PCATool, a partir da percepção deste segmento populacional. Os resultados serão capazes de agregar conhecimentos sobre a inserção de elementos da integralidade no atendimento diário dos idosos, a partir da percepção dos mesmos e ajudar o profissional a refletir sobre sua prática diária no contexto da APS.

Dessa forma, o presente estudo buscou avaliar a integralidade segundo a percepção do idoso usuário da APS, por meio do PCATool e sua associação com o uso dos serviços de saúde, tendo como hipótese que idosos que usam mais o serviço teriam melhor percepção acerca da integralidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal com amostra representativa de idosos usuários da APS do município de Alfenas (Minas Gerais). O município, no momento do recrutamento da amostra, contava com 8.421 idosos acima de 60 anos; 4.005 idosos cadastrados em 14 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas entre 12 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e quatro regiões de saúde, cada uma delas com três UBSF. Em cada região, uma entre as três apresentava maior concentração de idosos em seu território adstrito.

Baseado em cálculo amostral para amostras aleatórias estratificadas por território e região de saúde, com 95% de confiança e 5% de erro, para este estudo, foi selecionada uma unidade em cada região de saúde pelo critério de maior concentração de idosos em seu território, totalizando 193 idosos, 48 em três unidades e 49 em uma delas. Em cada unidade, os idosos foram sorteados entre os cadastrados e convidados a participar da pesquisa.

Foram incluídos idosos que concordaram em receber a visita dos entrevistadores para aplicação dos instrumentos e que estavam adscritos à ESF. Foram excluídos idosos com alteração cognitiva detectada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), segundo pontos de corte de Bertolucci et al.¹⁵.

Caso o idoso não estivesse no momento da visita ou se recusasse a receber o entrevistador, o mesmo era substituído por outro idoso do mesmo território, sorteado em seguida.

O sorteio dos idosos ocorreu em 2017 e a coleta de dados foi iniciada e finalizada neste mesmo ano. Antes de iniciá-la, os entrevistadores foram treinados para aplicação dos instrumentos.

A caracterização dos idosos da amostra foi feita considerando variáveis sociodemográficas: sexo, idade, nível de escolaridade, cor, estado civil, renda, casa própria, número de moradores da residência. Foram consideradas também as variáveis clínicas como número de comorbidades, de medicamentos utilizados e de atividades que realizam sem ajuda.

Para avaliação do uso do serviço de saúde relatado pelos idosos, foi aplicado um questionário semiestruturado. Durante a entrevista, foi questionado ao idoso se ele realizou consultas médicas e odontológicas na UBSF, se recebeu visita domiciliar de algum membro da ESF, recebeu vacinas, realizou consultas no serviço secundário, usou serviços privados de saúde e se foi hospitalizado. Foi considerada hospitalização se o idoso permaneceu pelo menos 24 horas no ambiente hospitalar. Após a avaliação individual de cada item, foi considerado, como variável para análise, o uso de até três serviços ou quatro ou mais, dentre os avaliados.

A aplicação do questionário PCATool foi feita pelo mesmo avaliador. Trata-se de um instrumento de avaliação desenvolvido em 1997, inicialmente voltado para a Saúde da Criança e, posteriormente, utilizado também para Saúde do Adulto e Idoso, versão utilizada neste estudo. Foi validado e teve sua confiabilidade verificada por Harzheim et al. ¹⁶. Baseia-se nos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS): primeiro contato (acesso), longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária. As respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributo, da seguinte maneira: 1 = com certeza não, 2= provavelmente não, 3= provavelmente sim, 4= com certeza sim, 9= não sei/não lembro^{7,16}.

O PCATool é dividido, para avaliação dos atributos, em 10 componentes, identificados por letras: (A) Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde; (B) Acesso de Primeiro Contato – Utilização; (C) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; (D) Longitudinalidade; (E) Coordenação – Integração de Cuidados; (F) Coordenação – Sistema de Informações; (G) Integralidade – Serviços Disponíveis; (H) Integralidade – Serviços Prestados; (I) Orientação Familiar; (J) Orientação Comunitária. Foram utilizados os componentes (G) e (H) do instrumento, por tratarem diretamente de questões relacionadas à integralidade por meio do leque de serviços disponíveis e prestados no contexto da APS, ações que o serviço deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, promoção, prevenção, cura e reabilitação⁷.

Após a aplicação do instrumento, o resultado foi construído a partir da organização das respostas

1 e 2 consideradas como “percepção negativa da integralidade” e 3 e 4 “percepção positiva da integralidade”. Não foi calculado escore total dos blocos, mas o número de itens considerado como “percepção positiva” pelo idoso para uma análise mais informativa das percepções individuais, que não seria permitida pelo escore total. Esta forma de análise do instrumento tenta ainda minimizar uma análise superficial de um conceito complexo como integralidade, que pode acontecer em métodos quantitativos.

A descrição das amostras foi feita por medidas de média e desvio padrão para variáveis contínuas e percentuais para as variáveis categóricas. A avaliação da integralidade na APS na perspectiva dos idosos foi feita através da análise descritiva por percentual de resposta de cada pergunta do instrumento PCATool (Componentes G e H) referentes a possíveis demandas da população, aconselhamento profissional acerca de temas diversos e orientação familiar. Também foi calculada a mediana do número de avaliações positivas para os indivíduos que relataram o uso dos serviços investigados. As respostas “não sei/não lembro” foram excluídas desta análise.

As Razões de Prevalência (RP) para uso de cada serviço de saúde foram obtidas por modelos de Poisson brutos, individuais para cada desfecho, e ajustados pelas variáveis idade e sexo, para possível controle de algum viés. Em todos os modelos foram consideradas exposição o uso ou não dos serviços de saúde avaliados e o uso de até três ou mais de quatro entre os serviços questionados, e, como desfecho a integralidade, segundo a percepção do idoso, considerando o número de itens avaliados de forma positiva pelos mesmos, conforme o PCATool.

Para comparação da integralidade percebida pelos idosos entre cada serviço utilizado foram construídos Box Plots considerando quem relatou uso dos serviços. As análises foram feitas usando o software R (<https://www.r-project.org/>) versão 3.4.1, e foi considerado nível de significância $\alpha = 0,05$ e Intervalo de Confiança de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, parecer nº 1.775.338. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra utilizada para análise da percepção da integralidade na APS foi composta por 166 idosos adscritos a ESF, apresentando 27 perdas (14 óbitos, 8 recusas e 5 idosos não encontrados no domicílio), sendo 66% idosos do sexo feminino, com idade média 70,3 ($\pm 5,7$) anos. As demais características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra utilizada para análise da percepção da integralidade na Atenção Primária à Saúde (n= 166)

Variável	%(n)	média ± desvio-padrão
Sexo:		
Masculino	34% (55)	
Feminino	66% (111)	
Idade		70,37±5,78
Estado Civil:		
Vive com companheiro	65% (108)	
Não vive com companheiro	35% (58)	
Cor:		
Branca	60% (100)	
Parda	23% (38)	
Preta	17% (28)	
Escolaridade:		
Nunca frequentou a escola	27%(45)	
Frequentou escola	73%(121)	
Realiza Atividade Remunerada:		
Não	83% (139)	
Sim	17% (27)	
Dinheiro Suficiente para despesas		
Não	45% (75)	
Sim	55% (91)	
Número de moradores na residência		2,75±1,44
Casa Própria		
Não	7%(13)	
Sim	93%(153)	
Número de Comorbidades		4,15±2,59
Número de Medicamentos Utilizados		4,27±2,97
Número de Atividades que realiza sem ajuda		7,47±1,42

Fonte: elaborada pelos autores

No que se refere ao uso dos serviços de saúde, 93% (IC95%87,7-95,8) dos participantes relatou ter realizado pelo menos uma consulta médica e 92,1%(IC95%87,0-95,3) ter recebido visitas domiciliares. Ter recebido imunização por vacinas na ESF, foi declarado por 86,7% (IC95%80,7-91,1) da amostra e a utilização de serviços secundários de saúde por 69,2% (61,8-75,7). Em relação à consulta odontológica, 27% (IC95%20,3-33,6) relatou ter utilizado este serviço. A hospitalização nos últimos dois anos foi relatada por somente 16% (IC95%10,9-21,9) dos idosos e 14% (IC95%8,9-19,2) relatam a participação em atividades de grupo na ESF. Apenas 25% (IC95%18,7-31,7) dos participantes do estudo declaram ter tido acesso a serviços privados de saúde.

Em relação à avaliação da integralidade, segundo a percepção do idoso no atendimento na APS, 57% (IC95% 49,0-63,9) consideram que “com certeza, sim” e 16% (IC95%11,4-22,6) “provavelmente sim” existem orientações sobre envelhecimento nos serviços. Já sobre ter sido aconselhado sobre quedas, 76% (IC95%68,8-81,7) relatou que “com certeza, sim”, baseado no instrumento PCATool. Demais informações estão descritas na Tabela 2, com dados referentes aos Componentes G e H do instrumento, respectivamente.

Tabela 2 – Percentuais da avaliação da integralidade segundo questionário PCATool. Questões relacionadas à integralidade. Possíveis demandas da população (n= 166)

Pergunta	Com certeza, sim (4) n %(IC95%)	Provavelmente, sim (3) n %(IC95%)	Provavelmente, não (2) n %(IC95%)	Com certeza, não (1) n %(IC95%)	Não sei/Não lembro n %(IC95%)
Componente G: Se o usuário, segundo a sua percepção, se for necessário, terá o serviço disponível na Rede de Atenção					
1 - Respostas a perguntas sobre nutrição e dieta	91 55(47,5-62,1)	26 16(10,9-21,9)	3 2(0,6-5,1)	5 3(1,2-6,8)	41 24(20,9-34,3)
2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social	100 60(52,6-67,3)	25 15(10,4-21,2)	6 4(1,6-7,6)	2 1(0,3-4,2)	33 20(14,5-26,6)
3 – Programa de Suplementação Nutricional	51 31(24,2-38,1)	37 22(16,6-29,2)	17 10(6,4-15,7)	16 10(6,0-15,8)	45 27(20,9-34,3)

(Continuação)

Pergunta	Com certeza, sim (4)	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não (1)	Não sei/Não lembro
	n %(IC95%)	(3) n %(IC95%)	(2) n %(IC95%)	n %(IC95%)	n %(IC95%)
4 – Vacinas	162 97(93,3-99,0)	3 2(0,6-5,1)	1 1(0,1-3,3)	0	0
5 – Avaliação da Saúde Bucal	140 84(78,0-89,0)	13 8(4,6-12,9)	7 4(2,0-8,4)	1 1(0,1-3,3)	5 3(1,2-6,8)
6 – Tratamento Dentário	141 85(78,7-89,5)	13 8(4,6-12,9)	6 3(1,6-7,6)	1 1(0,1-3,3)	5 3(1,2-6,8)
7 – Aconselhamento em relação ao uso prejudicial de drogas	78 47(39,5-54,5)	22 13(8,9-19,2)	18 11(6,9-16,4)	13 8(4,6-12,9)	35 21(15,5-27,9)
8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental	104 63(55,0-69,6)	27 16(11,4-22,6)	3 2(0,6-5,1)	12 7(4,1-12,2)	20 12(7,9-17,8)
9 – Sutura de corte	148 89(83,5-93,0)	6 4(1,6-7,6)	2 1(0,3-4,2)	6 4(1,6-7,6)	4 2(0,9-6,0)
10- Aconselhamento sobre HIV	94 57(49,0-63,9)	22 13(8,9-19,2)	2 1(0,3-4,2)	10 6(3,3-10,7)	38 23(19,1-29,8)
11 – Avaliação de Problemas Auditivos	135 81(74,7-86,5)	13 8(4,6-12,9)	3 3(0,6-5,1)	4 2(0,9-6,0)	11 7(5,7-11,4)
12 – Avaliação de Problemas visuais	136 82(75,3-87,0)	22 13(8,9-19,2)	1 1(0,1-3,3)	4 2(0,9-6,0)	3 2(0,6-5,1)
13 – Colocação de Tala	133 80(73,3-85,4)	7 5(2,0-8,4)	2 1(0,3-4,2)	20 12(7,9-17,8)	4 2(0,9-6,0)

(Continuação)

Pergunta	Com certeza, sim (4)	Provavelmente, sim (3)	Provavelmente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/Não lembro
	n	n	n	n	n
	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)	%(IC95%)
14 – Remoção de Verrugas	89 54(46,0-62,0)	22 13(8,9-19,2)	2 1(0,3-4,2)	22 13(8,9-19,2)	31 19(13,4-25,2)
15 – Preventivo de Câncer do Colo de Útero	140 83(78,0-89,0)	6 4(1,6-7,6)	6 4(1,6-7,6)	6 4(1,6-7,6)	8 5(2,4-9,2)
17 – Cuidados pré-natais	135 81(74,7-86,5)	11 7(3,7-11,4)	2 1(0,3-4,2)	10 6(3,3-10,7)	8 5(2,4-9,2)
18 – Remoção de unha encravada	62 37(30,5-44,9)	31 19(13,4-25,2)	6 4(1,6-7,6)	21 13(8,4-18,5)	46 28(21,4-34,9)
19 – Aconselhamento sobre envelhecimento	94 57(49,0-63,9)	27 16(11,4-22,6)	20 12(7,9-17,8)	14 8(5,0-13,6)	11 7(3,7-11,4)
20 – Orientações sobre cuidados no domicílio	33 20(14,5-26,6)	19 11(7,4-17,1)	94 57(49,0-63,9)	14 8(5,0-13,6)	6 4(1,6-7,6)
21 – Orientações sobre incapacidade	21 13(8,4-18,5)	24 14(9,9-20,6)	98 59(51,4-66,2)	16 10(6,0-15,0)	7 4(2,0-8,4)
Componente H: Se o usuário, na consulta com o profissional, já teve aconselhamento sobre os temas abaixo					
1 – Conselhos sobre alimentação saudável	105 63(55,6-70,2)	15 9(5,5-14,3)	26 16(10,9-21,9)	16 10(6,0-15,0)	4 2(0,9-6,0)
2 – Segurança em casa (armazenamento de medicamentos)	88 53(45,4-60,4)	22 13(8,9-19,2)	40 24(18,2-31,1)	12 7(4,1-12,2)	4 2(0,9-6,0)

(Conclusão)

Pergunta	Com certeza, sim (4)	Provavelmente, sim (3)	Provavelmente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/Não lembro
	n %(IC95%)	n %(IC95%)	n %(IC95%)	n %(IC95%)	n %(IC95%)
4 – Maneiras de lidar com conflitos de família	20 12(7,9-17,8)	18 10(6,9-16,4)	112 68(60,0-74,1)	14 8(5,0-13,6)	2 1(0,3-4,2)
6 – Verificação dos níveis de colesterol	153 92(87,0-95,3)	6 4(1,6-7,6)	5 3(1,2-6,8)	2 1(0,3-4,2)	-
7 – Verificar e discutir os medicamentos que usa	117 70(63,1-76,8)	18 11(6,9-16,4)	18 11(6,9-16,4)	13 8(4,6-12,9)	-
8–Exposição a substâncias perigosas	19 11(7,4-17,1)	1 1(0,1-3,3)	119 71(64,4-77,9)	22 13(8,9-19,2)	5 3(1,2-6,8)
9 – Questionar sobre arma de fogo e orientações de segurança	5 3(1,2-6,8)	1 1(0,1-3,3)	119 71(64,4-77,9)	37 22(16,6-29,2)	4 2(0,9-6,0)
10 – Como prevenir queimaduras	18 11(6,9-16,4)	9 5(2,8-9,9)	114 68(61,2-75,2)	20 12(7,9-17,8)	5 3(1,2-6,8)
11 – Como prevenir quedas	126 76(68,8-81,7)	5 3(1,2-6,8)	19 11(7,4-17,1)	14 8(5,0-13,6)	2 1(0,3-4,2)
12 – Como prevenir osteoporose (só para mulheres)	65 60(50,2-68,3)	10 9(5,0-16,0)	15 13(8,5-21,4)	12 11(6,4-18,2)	6 5(2,5-11,4)
13 – Cuidado com problemas de menstruação ou menopausa (só para mulheres)	60 55(45,6-64,0)	9 8(4,4-14,9)	19 17(11,4-25,6)	13 12(7,1-19,3)	7 6(3,1-12,6)

Fonte: elaborada pelos autores

A Tabela 3 apresenta os valores das medianas do número de respostas positivas em relação à integralidade (Componentes G e H) para o uso de cada serviço de saúde, entre aqueles que relataram seu uso. Os valores foram semelhantes para todos os itens analisados, e considerados altos, indicando que para a maioria das perguntas há um número elevado de respostas consideradas como “percepções positivas”.

Tabela 3 - Mediana de respostas positivas acerca da percepção da integralidade para o uso de cada serviço de saúde, entre aqueles que relataram seu uso (n=166)

Variável Explicativa	Componente G		Componente H	
	Mediana	Intervalo Interquartilico	Mediana	Intervalo Interquartilico
Consultas Médicas	17	4[14;18]	6	1[5;6]
Consultas Odontológicas	16	4[14;18]	5	2[5;7]
Vacinas	17	4[14;18]	6	1[5;6]
Participação em Grupos de Atividade	18	4[14;18]	6	1.5[4.5;6]
Visita Domiciliar	17	4[14;18]	6	1[5;6]
Serviços Secundários	17	4[14;18]	6	2[4;6]
Uso de serviços privados de saúde	17	4[15;19]	6	1[5;6]
Hospitalização	17	3.75[14.25;18]	6	1[5;6]

Fonte: elaborada pelos autores

A Tabela 4 (na página seguinte) apresenta valores da Análise de Regressão de Poisson Bruta e Ajustada para os Blocos G e H do questionário PCA Tool. Os valores encontrados apontam para a não associação entre integralidade de acordo com usuários idosos e uso dos serviços de saúde da APS.

Tabela 4 - Associação entre Uso dos Serviços de Saúde e percepção em relação à Integralidade para Componentes G e H (n=166)

Variável Explicativa	RP Bruta (IC95%)	RP Ajustada (IC95%)
Componente G: Se o usuário, segundo a sua percepção, se for necessário, terá o serviço disponível na Rede de Atenção		
Consultas Médicas*	1,07(0,92-1,25)	1,07(0,92-1,24)
Consultas Odontológicas*	0,96(0,88-1,05)	0,96(0,88-1,05)
Vacinas*	1,01(0,90-1,13)	1,01(0,90-1,13)
Participação em Grupos de Atividade*	1,05(0,87-1,26)	1,10(0,99-1,23)
Visita Domiciliar*	1,12(0,97-1,30)	1,12(0,96-1,30)
Serviços Secundários*	1,00(0,92-1,09)	1,01(0,93-1,10)
Uso de serviços privados de saúde*	1,03(0,94-1,12)	1,03(0,94-1,12)
Hospitalização*	0,98(0,88-1,09)	0,97(0,87-1,08)
Número de vezes que utilizou serviço saúde**		
3 serviços	1,04(0,94-1,16)	1,04(0,93-1,15)
4 ou 5 serviços	1,05(0,94-1,18)	1,05(0,94-1,18)
Componente H***: Se o usuário, na consulta com o profissional, já teve aconselhamento sobre os temas abaixo		
Consultas Médicas	1,03(0,80-1,33)	1,03(0,81-1,34)
Consultas Odontológicas	1,03(0,89-1,19)	1,03(0,89-1,19)
Vacinas	1,02(0,84-1,24)	1,02(0,85-1,25)
Participação em Grupos de Atividade	1,00(0,99-1,00)	0,99(0,78-1,27)
Visita Domiciliar	0,99(0,78-1,27)	0,96(0,83-1,10)
Serviços Secundários	0,95(0,82-1,09)	0,97 (0,84-1,13)
Uso de serviços privados de saúde	0,98(0,84-1,14)	0,95(0,79-1,14)
Hospitalização	0,96(0,80-1,15)	0,98(0,82-1,17)
Número de vezes que utilizou serviço de saúde**		
3 serviços	1,00(0,84-1,19)	0,98(0,82-1,17)
4 ou 5 serviços	1,05(0,87-1,27)	1,05(0,87-1,28)

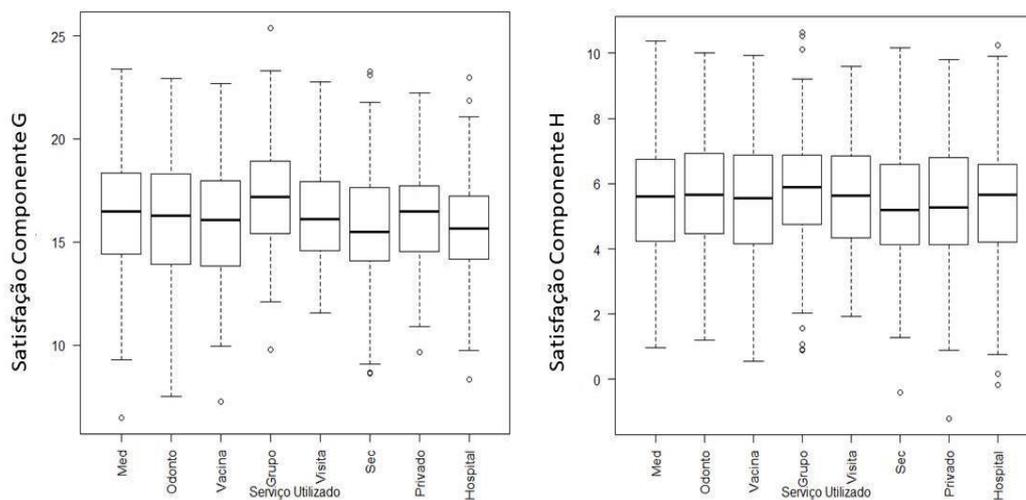
Legenda: Categoria de referência = Não; **categoria de referência = 1 ou 2 serviços, *** na contagem final não foram considerados os itens 11 e 12 por serem aplicáveis somente para mulheres

Fonte: elaborada pelos autores

A Figura 1 apresenta os resultados do questionário PCATool, componentes G e H referentes à integralidade. Observa-se que a mediana apresentou-se semelhante, indicando que, na amostra

utilizada, a integralidade no atendimento da APS não apresentou grandes diferenças em relação a cada serviço utilizado, independentemente do nível de atenção.

Figura 1 - Gráfico Box Plot referente às respostas do questionário PCATool Componentes G e H (n=166)



Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

A composição da amostra do presente estudo foi semelhante à de outros estudos que avaliaram o uso do serviço de saúde na APS^{17,18}. A avaliação da integralidade pelo instrumento PCATool revelou que os valores das medianas de número de respostas positivas (Componentes G e H) para o uso de cada serviço de saúde variam entre 16 e 18 em todos os itens analisados. Assim, foi evidenciada uma boa percepção da oferta de ações pelos serviços avaliados por este estudo. Porém, não foi verificada a associação entre a utilização dos serviços de saúde e a percepção positiva da integralidade.

A integralidade é um eixo prioritário das práticas em saúde, e um meio de concretizá-la como uma questão de cidadania é compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde^{18,19}. Isso implica que ela assume papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, e orienta o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade, além de congrega ações voltadas para promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação¹⁹. A questão que norteia grande parte dos estudos assim como este, de avaliação do sistema, gira em torno da

capacidade da APS se apresentar como responsável por garantir a integralidade²⁰.

Em revisão, Rodrigues et al.²¹ questionaram a efetividade da APS na garantia da integralidade da Rede, assim como suas potencialidades e desafios. Seus resultados apontam para uma dificuldade de coordenação entre os níveis, precário funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, dificuldade de cooperação entre profissionais dos diferentes níveis de atenção, assim como dificuldade de acesso à atenção secundária, todos aspectos inseridos na integralidade. O resultado deste estudo, em que a perspectiva do usuário em relação à integralidade no atendimento da APS não diferiu entre os assíduos e não assíduos, corroboram a sugerida dificuldade da APS em oferecer um atendimento integral, como apontado por Rodrigues et al.²¹. Sobre os idosos, alguns aspectos são considerados grandes barreiras e, também podem ser colocados como possíveis justificativas para os resultados do presente estudo. Idosos que usaram pouco o serviço apresentaram uma boa percepção dos mesmos oferecidos na RAS, mostrando que talvez falte a real compreensão da integralidade para garantir melhor entendimento.

No presente estudo, grande parte dos usuários referiu ter ciência dos serviços existentes na APS quando foram avaliadas questões relacionadas à integralidade. Em contrapartida, quando avaliado o uso efetivo dos serviços oferecidos, observou-se a procura substancialmente maior por consultas médicas, reforçando a ideia de um pensamento medicocêntrico. Faz-se necessário salientar que a abordagem dos usuários deve ser ampla e integral, com medidas curativas e preventivas, considerando o conceito ampliado de saúde, não privilegiando ações somente de diagnóstico e tratamento, configurando o atendimento integral²².

A APS é considerada base para a execução prática da integralidade, considerada com princípio da mesma¹⁰. Por ser a ESF o modelo de atenção que a estrutura, relaciona-se diretamente com multidisciplinariedade, já que para o alcance de uma abordagem integral, devem ser levados em conta os diversos profissionais alocados na equipe²². Tal reflexão relaciona-se com o presente estudo uma vez que os aspectos avaliados pelo PCATool incluem ações de várias categorias profissionais e que não existem diferenças nas avaliações entre aqueles que utilizam mais ou menos os serviços.

O estudo de Silva et al⁶ buscou discutir com profissionais de uma ESF da cidade de Belém, suas concepções acerca da integralidade e da abordagem multidisciplinar. Foram entrevistados 16 profissionais e seus resultados indicaram uma boa percepção sobre os conceitos, já que a maioria deles atribuiu à integralidade o significado de “ver o ser humano como um todo”, e conseguiram visualizar a relação desta com a abordagem multidisciplinar. Com auxílio de propostas de educação permanente sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações poderiam ser mais efetivas e melhor percebidas por usuários, incluindo idosos.

Baseadas no estudo das medianas, as medidas referentes aos participantes de grupos de atividades apresentaram-se ligeiramente superiores aos demais, indicando que embora uma pequena parcela dos idosos tenha relatado a participação nesta atividade preventiva, estes acabam reconhecendo melhor a integralidade dos serviços oferecidos. Tal resultado indica a necessidade da conscientização da população acerca dos cuidados preventivos salientados pelo Governo Federal, por meio da Política Nacional de Promoção de Saúde, assim como a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos. A inserção da população, em especial os idosos, nestas atividades pode ser um caminho para um acompanhamento do usuário, buscando atenção integral.

Em estudo, Nogueira et al.²³ buscaram analisar os aspectos que potencializam os grupos da APS por meio de questionamentos acerca do impacto do trabalho em grupo na vida de seus participantes. Foi utilizado, para análise, um grupo de promoção de saúde existente há 15 anos, cujas ações abrangiam atividades educativas, físicas, recreativas e de socialização. Os resultados apontaram forte vínculo e uma importante união entre os envolvidos garantindo o convívio social, contribuindo para o bem-estar biopsicossocial, componentes da integralidade. A integralidade é relacionada à promoção de saúde. Ela visa aumentar a autonomia e o poder de decisão dos usuários durante o processo do cuidado à saúde, e está presente em ações que objetivam fomentar a percepção da integralidade de indivíduos e coletivo, em busca de qualidade de vida e saúde²⁴.

Os resultados do modelo de Regressão de Poisson apontam para uma não associação entre cada uso dos serviços de saúde investigados, considerado exposição, e a percepção do idoso em relação à Integralidade no atendimento da APS, desfecho avaliado pelo número de itens do instrumento considerado positivo. Tanto os usuários assíduos, quanto os que pouco utilizaram os serviços, para integralidade, apresentaram igual percepção acerca dos serviços disponíveis, de acordo com o instrumento utilizado.

O PCATool já foi usado em outros estudos, como o de Sala et al.,²⁵ em que buscaram avaliar os processos de cuidado na APS sob o ponto de vista dos usuários em uma região do município de São Paulo. De forma alternativa à adotada neste estudo, levaram em consideração os critérios porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar e orientação comunitária. Os resultados revelaram que 90,1% dos usuários utilizam a APS como porta de entrada e 85,2% possuem ciência da importância da consulta com o médico de família antes de uma consulta com especialista. Nas questões relacionadas ao vínculo, 65,8% relatam ser atendidos sempre pelo mesmo profissional, facilitando os laços entre usuário-profissional, e 66,8% relatam um atendimento humanizado na APS.

Os métodos de avaliação dos usuários com o sistema foram analisados em um ensaio por Esperedião e Trad²⁶. Este ensaio debate que os métodos de avaliação da satisfação de usuários com

serviços de saúde muitas vezes são falhos, ao mostrarem sempre resultados muito positivos, que podem mascarar o real panorama. No presente estudo, não houve associação em relação à percepção da integralidade dos usuários assíduos e não assíduos, mas todas foram sempre muito positivas, o que tem relação com as reflexões feitas pelos autores.

Em revisão, Fracoli et al. ²⁷ buscaram verificar nas bases nacionais e internacionais os instrumentos mais utilizados para avaliar a APS. O PCATool apresenta-se como o mais utilizado para avaliação no Brasil. Em contrapartida, os achados revelaram um número limitado de estudos que se destinam à avaliação da APS, fato que se repetiu no presente estudo.

Foram identificadas como limitações do estudo a seleção das unidades com maior número de idosos no município, o que pode ter prejudicado a generalização para todo o município. A correta compreensão das questões pelos usuários idosos pode ter sido afetada pela escolaridade, mas esta limitação foi minimizada pela leitura presencial do entrevistador.

As análises da percepção do idoso em relação à integralidade são capazes de revelar pontos fortes e falhos do sistema, auxiliando assim na melhoria do serviço oferecido, garantindo um serviço de qualidade à população idosa usuária da APS, uma vez que não foram encontrados outros estudos com abordagem semelhante voltada para a população idosa.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que não houve associação entre o uso dos serviços de saúde e a integralidade, no contexto dos serviços oferecidos na APS e na RAS e que, segundo a percepção de usuários idosos, existe uma boa oferta de ações nos serviços de APS. Os resultados podem ser aplicados a qualquer realidade de APS, em busca de melhorar a prática profissional com o usuário idoso, dentro dos princípios da integralidade. Os resultados do estudo podem incentivar profissionais de saúde a de fato buscar um atendimento aos idosos baseado na integralidade dentro da APS, pois dessa forma ela seria melhor percebida por aqueles que usam os serviços.

REFERÊNCIAS

1. Barros MBA, Goldbaum M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. Rev Saúde Pública. 2018; 52(Sup 2):1s.
2. Dias FA, Gama ZAS, Tavares DAS. Atenção Primária à Saúde do Idoso: modelo conceitual de enfermagem. Cogitare Enf. 2017; 22(3):e53224.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. 2017. *Portaria Número 2.436: Política Nacional de Atenção Básica*

- (PNAB). Disponível em: [<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>] [acesso em março 2018]
4. Oliveira IC, Cutolo LRA. Integralidade: Algumas Reflexões. Rev Bras Educ Med 2018; 42(3):146-152.
 5. Mattos RA *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, Editora Abrasco, 2001.
 6. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. Interface. 2017; 21(62):589-599.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. 2010. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCA TOOL – Brasil*. [acesso em 2015 novembro]
Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf]
 8. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar OS, Prates LL, Mendonça ET, Costa GD, Cotta RMM. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciência Saúde Coletiva. 2017; 22(6):1881-1893.
 9. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers. Cad Saude Publica. 2015; 31(9):1941-1952.
 10. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa D.A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Ciência Saúde Coletiva. 2014; 19(11):407-4415.
 11. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia de Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde Debate. 2018; 42(1):18-37.
 12. Zanon LR, Zanin L, Florio FM. Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality. Rev Gaucha Enf. 2016; 64(4): 411-16
 13. Gomes TLCS, Higo EFR, Passos AHR, Soares MOM, Otani MAP, Souto BGA. A visão de estudantes de medicina e enfermagem sobre a integralidade na Atenção Primária. J Pshycol Diversity Health. 2018; 7(1):112-119.
 14. Veras RR, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciência Saúde Coletiva. 2018; 23(6):1929-36.
 15. Bertolucci PHF, Bruck SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiq. 1994; 52(1):1-7.
 16. Harzheim E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil Adultos. Rev Bras Med Fam Com. 2013; 8(2): 274-284.
 17. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. Cienc Saúde Coletiva. 2020; 25(6):2213 - 2226.
 18. Araujo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Junior HJBA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciencia Saúde Coletiva. 2014; 19(8):3521-3532.
 19. Kemper MLC, Martins JPA, Monteiro SFS, Pinto TS, Walter FR. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. Interface. 2015, 19(1):995-1003.

20. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para Atenção Básica brasileira. *Ciência Saúde Coletiva*. 2015; 20(6):1869-1878.
21. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispin JA, Pinto IC, Monroe AA, Arcrênio RA. A Atenção Primária à Saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência Saúde Coletiva*. 2014; 19(2):345-35.
22. Medeiros KKAS, Junior EPP, Bousquat A, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* 2017; 41(3):288-295.
23. Nogueira ALG, Munari DB; Fortuna CM, Santos LF. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(5):965-971.
24. Azevedo AVS, Silva MA, Magalhaes Reis TC. Promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas Nova Perspectiva Sistêmica. 2019; 28(63):55-66.
25. Sala A, Luppi CG, Simoes O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude Soc*. 2011; 20(4):948-960.
26. Esperedião M, Trad, LAB. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensio sobre a imposição da problemática *Saúde Debate*. 2018; 42(2):331-340.
27. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappelini VK, Almeida ACC Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência Saúde Coletiva*. 2011; 19(2):4851-4860.