

Atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto da saúde indígena

Primary Health Care attributes in the context of indigenous health
Atributos de la Atención Primaria de Salud en el contexto de la salud indígena

Esrón Soares Carvalho Rocha^I

ORCID: 0000-0002-1011-6053

Noeli das Neves Toledo^I

ORCID: 0000-0001-5624-1813

Rizoléia Marina Pinheiro Pina^I

ORCID:0000-0002-6114-4003

Márcia Cristina Rodrigues Fausto^{II}

ORCID: 0000-0003-0746-3684

Ana Luiza D’Viana^{III}

ORCID: 0000-0003-4498-899X

Rúbia Aparecida Lacerda^{III}

ORCID: 0000-0003-3848-3258

^IUniversidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil.

^{II}Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III}Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Fausto MCR, D’Viana AL, Lacerda, RA. Primary Health Care attributes in the context of indigenous health. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190641. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0641>

Autor Correspondente:

Esrón Soares Carvalho Rocha
E-mail: erocha@ufam.edu.br



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Antonio José de Almeida Filho

Submissão: 02-09-2019 **Aprovação:** 01-11-2019

RESUMO

Objetivos: avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde, comparando os serviços no Distrito Sanitário Especial Indígena e nas Secretarias Municipais de Saúde. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, na região do Alto Rio Negro, Amazonas, com 116 profissionais. Os dados foram coletados por meio do *Primary Care Assessment Tool*. Fez-se a categorização dos escores ($\geq 6,6$) - forte orientação e ($< 6,6$) - baixa orientação. O Teste Qui-Quadrado e de máxima verossimilhança para análise dos cruzamentos. A comparação entre os profissionais o Teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** foi observado escore geral maior no Distrito Sanitário Indígena (7,2). A mesma tendência foi observada individualmente nos atributos essenciais e derivados. **Conclusões:** este trabalho poderá subsidiar estratégias que impactem positivamente no modelo de gestão e processos de trabalho na perspectiva do fortalecimento da Atenção Primária ofertada à população rionegrina.

Descritores: Avaliação em Saúde; Saúde de Populações Indígenas; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives: to assess the attributes of Primary Health Care from the perspective of health professionals, comparing services in the Special Indigenous Health District and the Municipal Health Offices. **Methods:** a cross-sectional study in the Upper Rio Negro region, State of Amazonas, with 116 professionals. The data were collected through the Primary Care Assessment Tool. Scores were categorized (≥ 6.6) - strong orientation and (<6.6) - low orientation. The chi-square and maximum likelihood test for crossover analysis. The comparison between professionals the Kruskal-Wallis Test. **Results:** a higher overall score was observed in the Indigenous Health District (7.2). The same trend was observed individually in the essential and derived attributes. **Conclusions:** this work may support strategies that positively impact the management model and work processes from the perspective of strengthening the primary care offered to the population from Rio Negro.

Descriptors: Health Evaluation; Health of Indigenous Peoples; Primary Health Care; Community Health Nursing; Public Health Nursing.

RESUMEN

Objetivos: evaluarlos atributos de la Atención Primaria de Salud, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, comparando servicios en el Distrito Especial de Salud Indígena y los Departamentos Municipales de Salud. **Métodos:** este es un estudio transversal en la región del Alto Rio Negro, Amazonas, con 116 profesionales. Los datos fueron recolectados a través de la *Primary Care Assessment Tool*. Las puntuaciones se clasificaron (≥ 6.6) - orientación fuerte y (<6.6) - orientación baja. La prueba de chi-cuadrado y de máxima verosimilitud para el análisis cruzado. La comparación entre profesionales de la prueba de Kruskal-Wallis. **Resultados:** se observó una puntuación general más alta en el Distrito de Salud Indígena (7,2). La misma tendencia se observó individualmente en los atributos esenciales y derivados. **Conclusiones:** este trabajo puede apoyar estrategias que impacten positivamente el modelo de gestión y los procesos de trabajo desde la perspectiva del fortalecimiento de la Atención Primaria ofrecida a la población de Rio Negro.

Descritores: Evaluación en Salud; Salud de Poblaciones Indígenas; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Enfermería en Salud Pública.

INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido denominada Atenção Básica à Saúde (ABS), e se tornou a principal porta de entrada dos usuários para o sistema de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de organização induzido pelo Ministério da Saúde (MS), tendo como principal objeto de atuação a família e o seu espaço social no território⁽¹⁾.

Em consequência, o estabelecimento de vínculo com a população passa a ser uma das principais atribuições da ESF, possibilitando o compromisso e a continuidade da atenção. Tal princípio de atuação configura um novo modo de agir em saúde, possibilitando compartilhamento, entre as famílias e as equipes, da responsabilidade pelos cuidados de saúde ali ofertados, ao longo do tempo⁽²⁾.

A ESF é norteadora pelos atributos da APS que Starfield⁽³⁾ classifica como essenciais: o acesso de primeiro contato; a longitudinalidade; a integralidade; a coordenação da atenção e os atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A literatura científica internacional mostra diversos estudos que evidenciam que quando esses atributos se encontram presentes nos serviços, há melhoria na qualidade de atenção⁽⁴⁾.

Em 1999 foi criado no Brasil o subsistema de saúde indígena, regulamentado pela Lei nº 9.836/99, cuja gestão atual é feita pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do MS responsável por gerir uma rede de serviços de APS nas áreas indígenas, articulada com outros níveis de atenção do SUS⁽⁵⁾.

Ainda que a APS seja preconizada para toda a população, sua operacionalização em terras indígenas apresenta singularidades ligadas às diferenças linguísticas e culturais, além das barreiras geográficas e de acesso enfrentadas pela população. Entretanto, tais especificidades não são absolutas e precisam ser analisadas em contraponto às condições de oferta de ações de APS em redes municipais de saúde, seja para que se obtenha medidas de comparação, seja porque os problemas enfrentados pelas equipes que atuam nos DSEI são similares àqueles enfrentados pelas equipes de ESF que atuam em áreas rurais e outros locais de difícil acesso no país.

No âmbito geral da atenção básica, algumas iniciativas foram desenvolvidas pelo MS para avaliação e monitoramento em seus diversos aspectos, sobre a aplicabilidade das várias abordagens de avaliação em saúde. O instrumento de avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*) tem sido considerado por Malouin, Starfield, Sepulveda⁽⁴⁾ como capaz de avaliar os atributos da APS, bem como o desempenho das características estruturais e de processo da APS.

A literatura brasileira contempla alguns estudos que analisam o funcionamento do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro⁽⁶⁻⁷⁾. Em conjunto, suas análises demonstram que houve avanços na extensão de cobertura e no financiamento do setor, mas também irregularidades, baixa efetividade e pouca resolutividade das ações sanitárias realizadas no DSEI. Tais estudos não apresentam instrumentos de avaliação sistematizado ou validados para captar a realidade ali exposta.

Tal distrito demanda a necessidade de constante avaliação no que se refere ao modelo de atenção ofertada, bem como sua articulação com os sistemas municipais de saúde, o que leva a se pensar na necessidade de instrumentos integrados capazes de verificar, simultaneamente, o subsistema de saúde indígena e os

serviços da rede de saúde dos municípios de um mesmo território distrital, e de que formas esses pressupostos da atenção diferenciada e do modelo de atenção básica se desenvolvem no cotidiano.

A experiência de um dos autores no campo da saúde indígena permitiu a elaboração de uma hipótese inicial de que a presença e a extensão dos atributos da APS, medidas pelo instrumento PCATool, diferem entre os serviços de APS ofertados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena e os serviços de saúde municipal na região do Alto Rio Negro.

Assim sendo, as análises aqui propostas, ainda que tratem de realidades locais, tem potencial para contribuir no aprimoramento da oferta de atenção à saúde de populações rurais e fronteiriças, inclusive não indígenas.

Deve-se ressaltar a relevância do recorte aqui proposto, dada a inexistência de literatura que efetue comparações entre os serviços ofertados no subsistema de saúde indígena e nos serviços municipais de saúde que enfrentem condições similares de atendimento aos seus municípios, quer sejam população indígena ou população não indígena.

Em síntese, acreditamos que este estudo possa contribuir no apoio à melhoria e à inovação do processo de trabalho em área indígena e não indígena, orientando, assim, os gestores e profissionais de saúde para organizar seus serviços e ofertar ações de saúde em função das necessidades da população rionegrina, garantindo o acesso equânime, integral e de qualidade na região do Alto Rio Negro.

OBJETIVOS

Avaliar os atributos da APS na perspectiva dos profissionais de saúde, comparando os serviços de saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena e nas Secretarias Municipais de Saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, seguindo as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob número de Parecer nº. 1.084.040.

Desenho, cenário do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e quantitativo, realizado no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro (DSEI-ARN) e nos serviços de APS dos municípios de São Gabriel da Cachoeira (SGC), Santa Isabel do Rio Negro (SIRN) e Barcelos, no Amazonas, no período de junho a agosto de 2015. A escolha do DSEI-ARN está relacionada à sua importância no cenário da política indigenista do Amazonas, ao fato de possuir dois municípios com maior contingente indígena do país⁽⁸⁾ e às dificuldades de acesso geográfico que são característicos dos cenários rurais amazônicos. Já os serviços municipais de saúde estudados foram selecionados em função das interfaces que mantêm com o DSEI-ARN, uma vez que este se distribui entre esses três territórios municipais e guarda relações operacionais importantes com tais secretarias, já que elas recebem os pacientes

referenciados a partir de terras indígenas para atendimentos de saúde que não são ofertados pelo DSEI-ARN.

A região do Alto Rio Negro agrega um conjunto de três municípios, onde também se assentam as terras indígenas estudadas, formando uma extensa região (295.917,10 km²) conhecida como Alto/Médio Rio Negro, que representa 35% da área total do estado do Amazonas⁽⁸⁾. Ali vive uma população de aproximadamente 96.616 pessoas, destas 40.233 indígenas, sendo que 75% da população que vive em área rural se autodeclara indígena, de 25 (vinte e cinco) grupos étnicos em quatro troncos linguísticos (Tukano Oriental, Aruak, MakueYanomami)⁽⁹⁾. Os índices sociais da região estão bem abaixo da média nacional, com o Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM) variando de 0,47 em Santa Isabel do Rio Negro, 0,62 em São Gabriel da Cachoeira e 0,50 em Barcelos⁽⁸⁾.

População do estudo; critério de inclusão e exclusão

A população elegível correspondeu ao universo de 131 profissionais (médicos e enfermeiros) que atuavam na APS da região do Alto rio Negro. Desse total, 91 eram vinculados a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que atendem a população indígena que vive em aldeia e 40 às Secretarias de Saúde dos três municípios, que atendem a população, independente de as pessoas se reconhecerem ou não como indígenas. No período da aplicação da pesquisa, 5 profissionais encontravam-se afastados para tratamento de saúde e 10 em gozo de férias, resultando o número de 116 profissionais que participaram do estudo. A escolha desses profissionais se justifica por serem considerados os prestadores de cuidados primários de nível superior que compõem uma equipe mínima da ESF.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiros e médicos atuando há mais de 6 meses no DSEI e/ou na APS dos três municípios e possuir vínculo empregatício com as secretarias municipais de saúde e ou com a SESAI/DSEI. Como critério de exclusão: profissionais que se encontravam afastados das atividades no momento da coleta de dados com atestados médicos e/ou férias, não aceitarem participar do estudo, ou não estar inseridos na APS.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento *Primary Care Assessment* (PCATool – Brasil), versão profissionais de saúde, já validado no Brasil em 2010⁽¹⁰⁾. Este instrumento objetiva aferir a orientação à APS, e é composto por 77 itens divididos em 8 componentes, sendo 6 deles considerados atributos essenciais e 2 deles atributos derivados. Ficaram definidas como variáveis dependentes: acesso (componentes de estrutura e processo), longitudinalidade (componente de estrutura e processo), coordenação (componentes de estrutura e processo), orientação familiar e orientação comunitária, permitindo-se a construção de escores para cada dimensão (atributo) e seus componentes.

Em virtude disso, são estruturadas respostas seguindo a escala do tipo *Likert*, atribuindo-se escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). A fim de obter-se o escore da orientação da APS, calculou-se a média dos valores dos itens integrantes de cada atributo e seus componentes.

Os dados foram inseridos no Programa SPSS[®] (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 2.1 para *Windows*, no sistema de dupla digitação, com validação e checagem da consistência do banco de dados.

Análise dos resultados

A avaliação dos itens que compõem cada um dos atributos da APS foi feita por meio de cruzamento de variáveis do PCATool e do tipo de instituição dos profissionais (DSEI-ARN e SEMSA). O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para análise dos cruzamentos e, na impossibilidade da utilização desse teste, optou-se pelo teste de máxima verossimilhança. Para a comparação entre os dois grupos de profissionais, considerou-se a nota dos escores e o teste de Kruskal-Wallis, uma vez que os dados não possuíam distribuição normal. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Para o cálculo dos escores do atributo, calculou-se a média dos valores das respostas dos itens. Em seguida, para a avaliação dos itens dentro de cada atributo, as respostas dos itens foram reagrupadas em apenas duas categorias: "Com certeza, sim/provavelmente, sim" e "Com certeza, não/provavelmente, não".

Para a avaliação da classificação da APS obteve-se para cada questionário o escore de cada um dos atributos da APS, o escore essencial, escore derivado e o escore geral da APS, como descrito no Manual do Instrumento de Avaliação da APS do MS⁽¹⁰⁾.

Para avaliação do grau de orientação à APS fez-se a categorização dos escores em "Forte orientação para APS" e "Baixa orientação para APS" considerando: Valores ($\geq 6,6$) - forte orientação para APS e Valores ($< 6,6$) - baixa orientação para APS, para cada uma das dimensões analisadas. Em seguida, comparou-se a proporção do grau de orientação (forte/baixo) entre as instituições (DSEI-ARN e SEMSA).

RESULTADOS

Do universo de 131 profissionais elegíveis, 116 (88,5%) responderam, sendo 87 do DSEI-ARN e 29 da SEMSA. Destes, 84 eram (72%) enfermeiros e 32 eram (28%) médicos. A média de idade foi de 35 anos entre ambos profissionais.

Em relação ao agente contratante, 78,2% eram contratados por Organização Não Governamental (ONG), em regime CLT, e 19,5% pela administração direta, em regime de contrato por tempo de serviço. Quanto à forma de ingresso, apenas 17 (18,4%) afirmaram ter sido por meio de seleção pública e o restante 70 (80,4%) por outra forma de ingresso.

A Tabela 1 apresenta o resultado da classificação dos atributos dos dois grupos avaliados (DSEI-ARN e SEMSA). A comparação desses grupos foi feita por meio dos escores dos atributos, os escores essenciais e derivados evidenciaram que os dois grupos apresentaram forte orientação, mas o grupo do DSEI-ARN apresentou maiores valores nos dois escores (7,8 e 7,2), sendo essa diferença entre os valores estatisticamente significativa.

No atributo Acessibilidade, foi onde se encontrou o menor escore mediano dentre todos os atributos. Este foi observado entre os das SEMSA, com valor de 2,6 abaixo do valor de corte 6,6, indicando baixo grau de orientação da APS. Este valor diferiu significativamente ($p < 0,001$) do grupo de profissionais do DSEI-ARN que obteve mediana de 7,8, que, por sua vez, indica forte grau de orientação para esse atributo.

Tabela 1 - Escore dos atributos Essenciais e Derivados classificados como Forte e Baixo Escore Geral de APS, segundo os profissionais de saúde do DSEI-ARN e das SEMSA, no Alto Rio Negro, Amazonas, Brasil, 2016

Atributos da APS	Instituição										Valor de p
	DSEI-ARN (n=87)					SEMSA (n=29)					
	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	IC 95%	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	IC 95%	
Essenciais											
Acessibilidade*	3,7	10	7,8	7,6	[7,37,9]	1,1	6,7	2,6	2,7	[2,33,1]	0,001
Longitudinalidade	3,6	9,5	6,4	6,5	[6,26,8]	4,4	8,2	6,6	6,5	[6,16,9]	0,828
Coordenação/Integração de Cuidados*	4,4	10	7,2	7,2	[7,06,8]	3,9	8,9	6,7	6,7	[6,27,1]	0,05
Coordenação/Sistema de Informações*	3,3	10	6,7	7,1	[6,77,4]	5,6	10	8,9	8,4	[7,98,8]	0,001
Integralidade/Serviços Disponíveis	4,7	9,4	6,8	6,9	[6,77,1]	5,1	8,3	6,9	6,9	[6,67,3]	0,629
Integralidade/Serviços Prestados	2,7	10	6,9	6,8	[6,47,1]	5,6	10	7,8	7,8	[7,38,3]	0,009
Total Escore Essencial*	4,8	9,1	7,1	7	[6,87,2]	5,2	8,4	6,7	6,5	[6,26,7]	0,002
Derivados											
Orientação Familiar	4,4	10	8,9	8,5	[8,28,8]	4,4	10	8,9	8,8	[8,39,3]	0,262
Orientação Comunitária*	3,3	10	6,1	6,4	[6,16,8]	3,3	8,3	5,6	5,3	[4,85,8]	0,004
Total Escore Derivado	5,3	10	7,5	7,4	[7,27,7]	4,4	9,2	6,9	7,0	[6,77,4]	0,160
Escore Geral*	5	9,2	7,2	7,1	[6,97,3]	5,4	8,6	6,7	6,6	[6,46,9]	0,003

Nota: APS - Atenção Primária à Saúde; DSEI-ARN - Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro; SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde; *Atributos que apresentaram diferença significativa para o teste de Kruskal-Wallis no nível de 0,05.

O atributo longitudinalidade foi o único atributo essencial com baixo grau de orientação para APS no grupo DSEI-ARN, enquanto no grupo SEMSA foram os atributos acessibilidade e longitudinalidade. Ainda em relação aos atributos essenciais, destaca-se que os atributos coordenação/integração dos cuidados e coordenação/sistema de informações, apesar de apresentarem escores acima do ponto de corte, indicando forte grau de orientação para APS, houve diferença estatística e que o grupo DSEI-ARN apresentou melhor escore para o atributo coordenação/integração dos cuidados e o grupo SEMSA melhor escore para o atributo coordenação/sistema de informações.

Em relação ao atributo derivado, ambos os grupos apresentaram baixo grau de orientação para APS no atributo orientação comunitária que embora ambos tenham sido classificados como baixo grau de orientação, houve diferença estatisticamente entre os grupos e o grupo DSEI-ARN ficou mais próximo ao ponto de corte 6,6.

Para o Escore Derivado, não foi encontrada diferença entre os dois grupos, os dois valores estão acima do ponto de corte que é 6,6, sendo a mediana do DSEI-ARN igual a 7,5 e a das SEMSA igual a 6,9.

Finalmente, para o Escore Geral, encontrou-se diferença significativa ($p < 0,003$) entre os dois grupos, sendo o maior valor encontrado para o grupo do DSEI-ARN, com mediana igual a 7,2, e o menor para o das SEMSA, com 6,7, ambos definidos com forte grau de orientação para APS, ainda que para o grupo das SEMSA esse escore mediano seja limítrofe de 6,6, limite estabelecido como ponto de corte.

DISCUSSÃO

Analisando os dados por atributos evidenciou-se que, na experiência dos profissionais médicos e enfermeiros, o "acesso de primeiro contato - acessibilidade" foi o grupo das SEMSA que apresentou o menor escore mediano. Já o DSEI-ARN obteve a mediana acima do ponto de corte estabelecido no PCATool, indicando forte grau de orientação para esse atributo.

Algumas variáveis que compõem esse atributo contribuíram para indicar a baixa orientação para APS nos serviços ofertados

pelos SEMSA, como, por exemplo, o horário de funcionamento das unidades; a comunicação com a unidade e seus profissionais, a organização e estrutura dos serviços de saúde dos municípios do Alto Rio Negro, onde as unidades da ESF funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana e muitas não possuem telefone ou outra forma comunicação entre serviço e comunidade.

Esse resultado é semelhante aos encontrados em outros estudos⁽¹¹⁻¹⁵⁾, em que os resultados evidenciaram baixo escore para o atributo acesso, na perspectiva dos profissionais de saúde. Podemos dizer que, em seu conjunto, essas análises apontam para relação entre carência estrutural e organizacional dos serviços de saúde existentes nos municípios. Outra carência refere-se às formas de comunicação entre usuários e serviço e entre usuários e profissionais.

A literatura internacional que utilizou o mesmo instrumento mostra que este atributo também apresentou baixo escore em outros países, na perspectiva dos profissionais de saúde, como no caso do estudo realizado por Rodríguez-Villamizar, Acosta-Ramírez e Ruiz-Rodríguez⁽¹⁶⁾.

Quanto ao acesso no DSEI-ARN, este foi avaliado pelos profissionais de saúde como forte grau de orientação para APS. Esse resultado pode estar relacionado à organização dos serviços no interior das aldeias, como descrito na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena⁽⁵⁾, que informa a existência dos pólos-base que atuam como referência intermediária, recebendo pacientes encaminhados pelos agentes indígenas de saúde e, quando necessário, referenciando-os para os níveis de maior complexidade nas sedes municipais. Os profissionais de saúde que ali trabalham permanecem 30 dias seguidos em área indígena e, após esse período, são substituídos por outra equipe, que permanecerá em área pelo mesmo tempo. Não obstante, a permanência desses profissionais vem sofrendo descontinuidade por diversos fatores como, por exemplo, logística inadequada, insuficiência de insumos, rotatividade de profissionais, entre outros.

Apesar dessa avaliação positiva, o Relatório de Monitoramento das Ações de Atenção e Vigilância à Saúde do DSEI Alto Rio Negro, de 2014, aponta indicadores que refletem, de maneira geral, as dificuldades no acesso da população aos serviços de saúde no âmbito do território distrital.

O acesso da população indígena às ações de APS está indicado no relatório acima citado, por apenas dois indicadores, como: média anual de atendimento médico e de enfermagem por pólo-base, por habitante e por ano, que apontou o índice abaixo do pactuado no Plano Distrital.

O resultado alto encontrado na mediana (7,8) do acesso no DSEI-ARN diverge do estudo que analisou o acesso aos serviços de saúde e sua utilização por idosos residentes em áreas rurais no Brasil. Os dados evidenciaram que as barreiras de acesso eram maiores na área rural em comparação à urbana. De modo geral, observa-se menor acesso e conseqüentemente menor utilização de serviços de saúde pelas populações rurais, seja pela menor disponibilidade dos serviços, pelas grandes distâncias a serem percorridas ou pelas dificuldades de transporte⁽¹⁷⁾.

O estudo realizado por Kassouf⁽¹⁸⁾ também aponta na direção da dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, principalmente quando se compara área urbana e rural. Essa dificuldade está relacionada a vários fatores, como: más condições das estradas de acesso ao meio rural, barreiras geográficas, escassez de transporte para a locomoção da equipe de saúde às localidades rurais, falta de pontos de apoio adequados para o atendimento dos usuários em suas localidades⁽¹⁹⁾, tal como podem ser encontrados na região do Alto Rio Negro.

Os possíveis fatores que causaram melhor acesso no DSEI-ARN, em relação às secretarias municipais (SEMSA), podem estar relacionados à existência de uma política de saúde específica para população indígena, cuja infraestrutura consta Postos de Saúde e pólo-base utilizados como ponto de assistência, transporte para locomoção de pacientes e equipes de saúde, presença permanente de profissionais e, com isso, maior disponibilidade da oferta dos serviços de saúde.

Ao se considerar cada variável que compõe o atributo longitudinalidade, é possível que esse resultado esteja relacionado à alta rotatividade dos profissionais de saúde, pouca comunicação entre profissionais e usuários, pouco conhecimento dos profissionais sobre a família e situação laboral dos usuários encontrada na região do Alto Rio Negro. Esse resultado também foi encontrado em outros estudos que compararam as unidades com ESF e unidades tradicionais⁽¹⁴⁾.

O atributo coordenação/sistema de informação apresentou altos escores tanto no DSEI-ARN quanto nas SEMSA, ainda que com melhor desempenho das SEMSA, em contraposição à coordenação/integração do cuidado, em que o DSEI-ARN apresentou melhor escore, evidenciando que, nesse atributo, ambos serviços apresentam forte orientação para APS e que existem condições favoráveis no tocante à existência de registro e de disponibilidade das informações para o desenvolvimento da coordenação implantada na região do Alto Rio Negro. Para Starfield⁽³⁾, a coordenação tem como essência a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessas para o atendimento a necessidades atuais.

Referente à dimensão do atributo integralidade/serviços disponíveis, é possível observar que tanto o DSEI-ARN quanto as SEMSA apresentam forte orientação da APS. Contudo, das vinte e duas variáveis analisadas nesse atributo, cinco apresentaram significância estatística quando comparadas às respostas dos profissionais de saúde por instituição. Nota-se que, em ambas as

instituições, algumas ações de saúde ainda são pouco presentes na rotina dos serviços como, por exemplo, a identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos e remoção de unhas encravadas.

Algumas variáveis que constituem o atributo integralidade/serviços prestados evidenciam uma realidade preocupante em ambos os serviços de saúde, pela pouca importância na abordagem dos profissionais que atendem em ambos os serviços. Dentre as variáveis podemos destacar o manejo dos cuidados à família e os comportamentos das crianças.

Esse resultado indica a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais em relação aos cuidados no manejo das condições mais comuns e de grande impacto na saúde da população indígena e não indígena que vive nessa região.

Em geral, os dados da pesquisa são semelhantes aos estudos de natureza comparativa entre os serviços de saúde na APS^(11-12,14,20), que apontam resultados positivos, na visão dos profissionais, para a integralidade, tanto na forma de “serviços disponíveis” como “serviços prestados”.

A orientação familiar foi outro atributo avaliado nesse estudo, referindo-se ao reconhecimento do profissional acerca das ideias e opiniões dos pacientes sobre o plano de cuidado/tratamento e sobre as necessidades de saúde da família como um todo. Os dados encontrados sugerem que essas características estão presentes no processo de trabalho dos profissionais de saúde do Alto Rio Negro, uma vez que foi encontrado alto escore, independentemente de quais instituições os profissionais estavam vinculados.

Os altos valores atribuídos a esse atributo por profissionais de saúde também foi evidenciado em estudos realizados na APS⁽¹¹⁻¹²⁾, os quais podem ser atribuídos, segundo os autores, aos princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária, presentes nos modelos de atenção à saúde nos municípios.

A dificuldade no enfoque familiar encontrada também foi observada em outras pesquisas no âmbito da atenção básica, que utilizaram o PCATool – Brasil, versão profissional, onde os valores encontrados foram classificados como de baixo escore para esse atributo^(14,21). O contrário foi observado no estudo realizado por Chomatas⁽¹²⁾, no qual foi atribuído alto escore ao enfoque familiar, quando o mesmo utilizou a mesma metodologia para avaliar esse atributo, no âmbito da APS na rede básica de saúde no município de Curitiba.

No atributo orientação comunitária, os resultados mostraram baixo escore. Esse resultado deveu-se à avaliação negativa atribuída pelos profissionais do DSEI-ARN e SEMSA nas variáveis relacionadas à ausência de pesquisa para verificar a satisfação dos usuários, identificação dos problemas de saúde mais comuns no território de atuação do profissional, participação comunitária e o controle social nas ações e serviços de saúde de ambas as instituições, sendo a maior frequência positiva nas respostas dos profissionais do DSEI-ARN.

Já o escore derivado, em ambas as instituições, obteve altos valores, evidenciando que, na perspectiva dos profissionais que atuam na APS no Alto Rio Negro, a APS se faz presente nesses serviços de saúde.

Dessa forma, as dimensões da APS propostas por Starfield⁽³⁾, que se revestem de especial importância para a análise das

potencialidades quando avaliadas conjuntamente na comparação entre os dois grupos, conseguem alcançar valores satisfatórios no campo da APS na região do Alto Rio Negro. No entanto, há problemas de acessibilidade na APS da SEMSA, e nos dois tipos de serviços há problemas relativos à orientação comunitária, ambos serviços com baixa orientação e longitudinalidade com resultados no limite do ponto de corte.

Limitações do estudo

Embora esse estudo tenha alcançado seus objetivos, entende-se como possível limitação a avaliação apenas na perspectiva dos profissionais de saúde. Outra limitação é a escassez de estudos recentes, com diferentes abordagens metodológicas, a fim de indicar outras variáveis capazes de avaliar os serviços da APS em diferentes contextos amazônicos.

Contribuições para a área da enfermagem e saúde

Isso implicaria aos profissionais de enfermagem incorporar, no âmbito das ações de saúde, a capacidade de compreender (e agir de acordo com) as especificidades culturais da população; viabilizar formas de melhoria do acesso equitativo aos serviços de saúde e da qualidade da atenção; gerar impactos sobre os indicadores de saúde; oferecer informações epidemiológicas

específicas em relação à saúde das populações indígenas e propor estratégias de intervenção adequadas às realidades socioculturais.

CONCLUSÕES

Embora a SEMSA tenha alcançado escore muito próximo aos limites estabelecidos, os profissionais de ambas as instituições de saúde avaliaram positivamente os atributos da APS, principalmente os considerados como essenciais e derivados.

Os grupos do DSEI e SEMSA que atuam no ARN apresentaram Escore Geral elevado ($\geq 6,6$) em seis dos oito atributos avaliados, indicando forte orientação para a APS. Os atributos longitudinalidade e orientação comunitária foram os que apresentaram menor escore ($< 6,6$) na perspectiva dos profissionais do DSEI. Enquanto entre os profissionais da SEMSA os atributos com menor escore foram o de acessibilidade e orientação comunitária.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, a presença e a extensão dos atributos da APS estão presentes nos serviços de saúde do ARN, tanto aqueles que são ofertados pelo DSEI como pela SEMSA.

Os resultados do estudo apontam para a necessidade de se implantar estratégias efetivas que impactem positivamente no modelo de gestão e processos de trabalho, na perspectiva de serem fortemente norteados pelos atributos da APS, elevando os níveis de qualidade e atenção nos serviços ofertados à população rionegrina.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p.493 -545.
2. Gelinski CROG. A questão da co-responsabilidade prevista na estratégia saúde da família. *Pol Soc* 2011;10(19):97-114. doi: 10.5007/2175-7984.2011v10n19p97
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, Unesco; 2002. 726 p.
4. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009;18(6):44-8.
5. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a ed. Brasília: 2002. 40p.
6. Athias R, Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(2):425-31. doi: 10.1590/S0102-311X2001000200017
7. Garnelo L, Brandão LC. Avaliação Preliminar do Processo de Distritalização Sanitária Indígena no Estado do Amazonas. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, (Orgs). Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro; p.235-257, 2003.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde 2010: Brasil [Internet]. 2010[cited 2014 Mar 20]. Available from: www.ibge.gov.br/catálogos/indicadores
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro [Internet]. 2010[cited 2018 Mar 20]. Available from: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool- Brasil. Brasília; 2010a. 80 p.
11. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(9):1772-84. doi: 10.1590/S0102-311X2012000900015
12. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):294-303. doi: 10.5712/rbmf8(29)828
13. Silva AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fraccolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(nesp):126-32. doi: 10.1590/S0080-623420140000600018
14. Van Stralen, CJ, Belisário AS, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 (Supl. 1):S148-58. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300019

15. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93. doi: 10.1590/1983-1447.2016.03.61132
 16. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria em Salud: experiencia em municipios rurales en Santander, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2013;15(2):183-95.
 17. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2490-502. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000023
 18. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Econ Soc Rural*. 2005;43(1):29-44. doi: 10.1590/S0103-20032005000100002
 19. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Supp1):S100-S110. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300015
 20. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703. doi: 10.1590/S1413-81232006000300016
 21. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn AKV, Escrivão Jr Á. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41. doi: 10.1590/S1413-81232006000300012
-