

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

MARIANA DE ALMEIDA PRADO FAGÁ

Estudo dos atributos de Atenção Primária na rede de  
saúde de São Carlos – SP.

São Carlos

2016

Mariana de Almeida Prado Fagá

Estudo dos atributos de Atenção Primária na rede de saúde de  
São Carlos – SP.

Dissertação de mestrado apresentada  
ao programa de pós-graduação em  
Gestão da Clínica como requisito  
parcial para conclusão do curso de  
mestrado profissional.

Orientador: Prof. Dr. Geovani Gurgel  
Acioli.

São Carlos

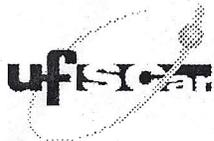
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F151e Fagá, Mariana de Almeida Prado  
Estudo dos atributos de atenção primária na rede  
de saúde de São Carlos - SP. / Mariana de Almeida  
Prado Fagá. -- São Carlos : UFSCar, 2016.  
111 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de  
São Carlos, 2016.

1. Avaliação. 2. Serviços de saúde. 3. Atributos de  
APS. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIANA DE ALMEIDA PRADO FAGÁ

**“Um Estudo dos Atributos de Atenção Primária em São Carlos/SP”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 10/06/2016**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

- Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano – UFSCar
- Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariana Maleronka Ferron - Unicid
- Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva – UFSCar

## DEDICATÒRIA

Dedico esse trabalho a minha mãe, Martha Brandão de Almeida Prado, e minha tia, Elisete Fagá, pelo exemplo de força, carinho e cuidado.

## **AGRADECIMENTOS**

Essa dissertação de mestrado é fruto do interesse pela Atenção Primária à Saúde despertado durante a residência de Medicina de Família e Comunidade no serviço de saúde comunitária do Hospital Nossa senhora da Conceição em Porto Alegre e aprofundado nos anos de trabalho como médica de família e comunidade nos municípios de São Paulo-SP, São Gabriel da Cachoeira-AM e São Carlos-SP.

Agradeço a todos os profissionais, gestores e usuários do SUS que participaram desse processo.

Agradeço ao meu orientador, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Geovani Gurgel Acioli, pela liberdade, confiança e incentivo na elaboração da dissertação.

Agradeço ao Coletivo Paulista de Investigação em Saúde (COPAIS), cuja ajuda foi fundamental para viabilidade desse trabalho.

Agradeço ao programa de pós graduação em gestão da clínica da UFSCar, especialmente aos professores que propiciaram o uso de metodologia de aprendizagem ativa e reflexiva, foi um grande aprendizado.

Agradeço especial à Cecília Malvezzi, Marco Antônio Silva Santos, Simone Rocha, Sebastian Kegel, Mariana Arantes Nasser e Willian Luna pelas conversas, reflexões e apoio durante esses anos de mestrado. E a todos os amigos historiadores, economistas, sociólogos, filósofos, sambistas, livreiros e artistas que estiveram presentes nessa caminhada.

À minha família, aos meus pais e irmãos, que apoiaram minha formação profissional com carinho e paciência, dando a liberdade necessária para que eu pudesse realizar minhas escolhas.

“As ideias e opiniões não ‘nascem’ espontaneamente no cérebro de um indivíduo: tiveram um centro de formação, de irradiação, de difusão, de persuasão, houve um grupo de homens ou até mesmo uma individualidade que as elaborou e apresentou na forma política de atualidade.”

(ANTÔNIO GRAMSCI).

“Não sou apenas objeto da História mas seu sujeito igualmente. No mundo da História, da cultura, da política, constato não para me adaptar mas para mudar (...). Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra.”

(PAULO FREIRE)

## RESUMO

Fagá, Mariana de Almeida Prado. **Estudo dos atributos de atenção primária na rede de saúde de São Carlos – SP**. São Carlos, 2016. Dissertação de mestrado em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

A força da orientação da atenção primária à saúde (APS) depende da presença e extensão de cada um dos seus atributos. A APS possui 4 atributos essenciais – acesso de primeiro contato, “longitudinalidade”, coordenação e integralidade – e três atributos derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. O instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde, o PCATool – versão profissionais, é capaz medir a força da APS dos serviços de saúde. Esta pesquisa pretende avaliar a presença e extensão dos atributos de APS nos serviços de atenção primária à saúde do município de São Carlos -SP. Participaram desse estudo profissionais de nível superior - médicos, dentistas e enfermeiros - de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 19 unidades de Saúde da Família (USF) localizadas em 5 regiões administrativas de saúde (ARES). O instrumento PCATool – versão profissionais, foi aplicado aos profissionais de cada unidade de APS, totalizando 64 questionários. Cada atributo foi avaliado através da média aritmética de seus itens e depois transformados em escala de 0 a 10. Valores acima de 6,6 são considerados alto. Os resultados mostraram que os atributos com melhor desempenho foram a Orientação Familiar (8,51), a Coordenação – Sistema de informação (8,07), a Integralidade – Serviços prestados (7,65), a Integralidade – Serviços disponíveis (7,26), longitudinalidade (7,20), a Coordenação – integração dos cuidados (7,11). Os piores desempenhos foram para orientação comunitária (5,92) e Acesso de primeiro contato (4,63). Os atributos “acesso de primeiro contato” e a orientação comunitária são os atributos mais frágeis tanto nas UBS quanto nas USF. As USF apresentaram desempenho significativamente melhor ( $p$  valor < 0,05) nos atributos acesso, coordenação- sistema de informações, integralidade, orientação comunitária e na escala para atributos essenciais e geral. Há necessidade de novos estudos para melhor compreensão dos aspectos envolvidos na diferença entre modelos.

Palavras-chave: Avaliação, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atributos de APS.

## ABSTRACT

Fagá, Mariana de Almeida Prado. **Study of primary care attributes in the San Carlos Health Network - SP. São Carlos, 2016.** Master's thesis in Clinical Management, Federal University of São Carlos, São Carlos, 2016

The strength of the orientation of the primary health care (PHC) depends on the presence and extent of each of its attributes. The APS has four essential attributes – “first contact access”, “longitudinality”, “coordination” and “integrality” - and three derived attributes - family orientation, community orientation and cultural competence. The tool used to assess the PHC, called PCAtool - professional version, is capable of measuring the strength of the PHC orientation in the healthcare setting. This paper aims to evaluate the presence and extension of the PHC attributes in the São Carlos-SP's primary healthcare network. For doing so, we had the participation of several “high educational level” professionals, such as doctors, dentists and nurses, from 12 Basic Health Unities (BHU) and 19 Family Health Unities (FHU) localized in 5 health districts (ARES). The PCAtool - professional version was applied to healthcare professionals in each healthcare unity, making a total of 64 answered forms. Each attribute was evaluated through the arithmetic mean score of its items and then was translated to a 0 to 10 scale. Values above 6.6 are considered high. The results showed that the attributes with better performance were the Family Orientation (8.51), the coordination - Information System (8.07), the integrality - Services provided (7.65), the integrality - Available services (7, 26) longitudinality (7.20), the coordination - integration of care (7,11).The worst performances were for community orientation ( 5.92) and first contact Login ( 4.63) . The attributes "first contact access" and community orientation are the weakest attributes both UBS as the USF. The USF performed significantly better ( $p$  value  $< 0.05$ ) in the attributes access, coordination-information system, integrality, community orientation and scale for essential and general attributes. There is need for further studies to better understand the issues involved in the difference between models.

Keywords: Evaluation, Health Services, Primary Health Care, PHC attributes.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais diferenças entre o modelo de atenção à Saúde convencional e o de Atenção Primária.....	12
Quadro 2.Itens do atributo Acesso de primeiro contato (A).....	39
Quadro 3. Itens do atributos Longitudinalidade (B). ....	40
Quadro 4.Itens do atributo coordenação – Integração dos Cuidados (C). ....	41
Quadro 5. Itens do atributo Coordenação – Sistema de Informações (D).....	42
Quadro 6. Itens do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (E) .....	43
Quadro 7. Itens do atributo Integralidade – Serviços prestados (F) .....	44
Quadro 8. Itens do atributo Orientação Familiar (G). ....	46
Quadro 9. Itens do atributo Orientação Comunitária (H). ....	47
Quadro 10. Correspondência entre o valor de escala e força do atributo .....	49

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Atributos da APS.....	15
Figura 2. Elementos constitutivos de uma RAS. ....	21
Figura 3. Mapa de ARES.....	33
Figura 4. Cartão Resposta. ....	38

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Proporção de categorias profissionais entrevistadas por ARES.	55
Gráfico 2. Relação entre valor de escala (0-10), modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o Atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade.	62
Gráfico 3 Relação entre valores de escala (0-10), modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo “longitudinalidade”.	67
Gráfico 4. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Coordenação – Integração dos cuidados.	71
Gráfico 5. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Coordenação – Sistema de informações.	74
Gráfico 6. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis.	78
Gráfico 7. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Integralidade – Serviços Prestados.	81
Gráfico 8. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Orientação Familiar.	83
Gráfico 9. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo “Orientação Comunitária”	87
Gráfico 10. Relação entre Valores de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para Escala Essencial.	89
Gráfico 11. Relação entre escala Valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para a escala geral.	89

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de UBS e USF em cada ARES .....	34
Tabela 2. Número de profissionais que trabalham na APS .....	52
Tabela 3. Perfil da amostra de entrevistados. ....	52
Tabela 4. Médias dos valores de escala, desvio padrão e porcentagem de serviços com baixo e alto valor de escala para cada atributo. ....	56
Tabela 5. Comparação das médias, desvio padrão do valor de escala e p-valor dos atributos no modelo UBS e modelo USF.....	58
Tabela 6. Média dos Valores para cada atributo do item “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”. ....	60
Tabela 7. Desempenho do atributo “Acesso” por ARES. ....	63
Tabela 8. Valores de escore para cada item do atributo “longitudinalidade”.....	64
Tabela 9. Desempenho do atributo “longitudinalidade” por ARES .....	67
Tabela 10. Média dos valores dos itens do atributo Coordenação- integração dos cuidados.....	69
Tabela 11. Desempenho do atributo Coordenação – Integração dos cuidados por ARES. ....	72
Tabela 12. Média dos valores dos itens do atributo Coordenação – Sistema de informação.....	72
Tabela 13. Desempenho do atributo Coordenação – Sistema de informação nas ARES. ....	74
Tabela 14. Média do valor dos itens do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis. ....	75
Tabela 15. Desempenho do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis nas ARES. ....	78
Tabela 16. Média do valor dos itens do atributo Integralidade - Serviços Prestados	79
Tabela 17. Desempenho do atributo Integralidade – Serviços Prestados por ARES. ....	81
Tabela 18. Média do valor dos itens do atributo “Orientação Familiar”. ....	82
Tabela 19. Desempenho do atributo Orientação Familiar nas ARES.....	84
Tabela 20. Média dos escores para os itens do atributo “Orientação Comunitária” ..	85
Tabela 21. Desempenho do atributo Orientação Comunitária nas ARES. ....	87

Tabela 22.Valor de Escala Essencial e Geral no modelo UBS e USF. ....	88
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APS: Atenção Primária à Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica.

PMM: Programa Mais Médicos.

eSF: equipe de saúde da família.

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial.

CMS: Conselho Municipal de Saúde.

FMS: Fundo Municipal de Saúde.

PT: Partido dos Trabalhadores

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

PCATool: Primary Care Assessment Tool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde).

AMQ: Avaliação da Melhoria da Qualidade

ARES: Administrações Regionais de Saúde.

CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

COPAIS: Coletivo Paulista de Investigação de Saúde.

CEP: Comitê de ética em pesquisa.

CER: Centro de Estudos do Risco.

## SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	9
1. INTRODUÇÃO .....	9
Antecedentes históricos da APS.....	9
Atributos característicos da APS. ....	13
A APS no Brasil. ....	15
Redes de Atenção à Saúde (RAS) .....	19
A APS e Rede de Atenção à Saúde em São Carlos.....	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	23
3. OBJETIVOS .....	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.2 Objetivos específicos .....	31
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
Desenho do estudo.....	32
Localização do estudo. ....	33
Amostra e coleta de dados .....	35
Descrição do instrumento PCA Tool – versão profissionais. ....	36
Análise estatística da avaliação dos serviços de saúde. ....	48
Aspectos Éticos .....	50
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
Perfil da amostra.....	51
Análise descritiva e inferencial dos atributos de APS. ....	56
Avaliação do “Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade” .....	59
Avaliação do atributo “longitudinalidade” .....	63

Avaliação do atributo Coordenação – Integração dos Cuidados e Sistema de Informação.....	68
Avaliação da Integralidade –Serviços disponíveis e Serviços Prestados. ....	75
Avaliação da “Orientação Familiar”.....	82
Avaliação da “Orientação Comunitária” .....	84
Avaliação da Escala Essencial e Escala Geral.....	88
6.Conclusão .....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	93
ANEXO A. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – VERSÃO PROFISSIONAIS.....	99
ANEXO B. CARTÃO RESPOSTA.....	109
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	110

## 1. INTRODUÇÃO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) possui inúmeros significados e passou por muitas derivações ao longo do tempo. Na sua visão mais abrangente refere-se a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto pela declaração de Alma-Ata.

Nos países que possuem sistemas de saúde universais, a APS corresponde a atenção ambulatorial de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, incluindo um amplo espectro de ações de saúde pública direcionados a cobrir condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população.

Em sua corrente mais filosófica, a APS agrega as implicações políticas e sociais com destaque para compreensão da saúde como direito humano e para necessidade de abordar determinantes sociais e políticos mais amplos, orientando processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Entretanto, a APS também pode ser interpretada como um conjunto de ações focais e seletivas, com cesta restrita de serviços, visando cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos outros níveis de atenção, em inglês denominada de “*selective primary care*” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A heterogeneidade de modelos e da força e extensão da Atenção Primária à Saúde coloca a necessidade de estudos que avaliem a qualidade dos serviços, servindo de apoio a implantação de modelos com maior potencial de impacto positivo frente às condições de saúde da população.

### **Antecedentes históricos da APS**

No final dos anos 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a Conferência Mundial de Cuidados Primários na cidade de Alma-Ata que produziu um importante documento: a Declaração de Alma-Ata, enfatizando a importância da APS.

Na declaração de Alma-Ata, a APS caracterizou-se por envolver aspectos

relacionados à educação em saúde, saneamento ambiental (especialmente de águas e alimentos), programas de saúde materno-infantis (inclusive imunizações e planejamento familiar), prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

A atenção à saúde foi entendida como atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo efetivas, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas da comunidade. Nessa perspectiva, a APS envolve também a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A concepção de atenção primária expressa na Declaração de Alma-Ata considera a APS como parte de um processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, implicada no ordenamento do sistema nacional de saúde (ALMA ATA, 1978).

No ano que seguiu a declaração de Alma-Ata, agências internacionais como Fundação Rockefeller, Banco Mundial e Fundação Ford criticaram seu caráter pouco propositivo e promoveram a Atenção Primária à Saúde Seletiva como estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A APS seletiva priorizava intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres, baseadas em quatro intervenções conhecidas como GOBI das iniciais em inglês: **G**rowth monitoring (Crescimento e desenvolvimento), **O**ral rehydration (reidratação oral), **B**reast feeding (aleitamento materno) e **I**mmunization (imunização). Essas ações foram apoiadas pelo Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF) e propagadas às nações em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Essa visão seletiva de APS difundida pela UNICEF, embora custo-efetiva, mostrou-se incapaz de ser implementada sem a presença de estrutura assistencial para acompanhamento regular de grupos de risco, pois para que as ações propostas pudessem se efetivar elas precisariam ser integradas a um sistema de saúde

universal, o que não aconteceu na maioria dos países onde o modelo escolhido foi o de APS seletiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A despeito da pouca efetividade dessas ações, a visão de “APS seletiva” foi hegemônica durante a década de 1980, baseada na oferta limitada de cuidados curativos especializados ou na prestação de serviços fragmentados por abordagens de controle de doenças com objetivos imediatistas e submetido a uma administração que facilitou a expansão de uma comercialização desregulada da saúde, tendências contrárias a uma resposta abrangente e equilibrada às necessidades de saúde, gerando inúmeros vícios aos sistemas de saúde (OMS, 2008).

Movimentos sociais em âmbito mundial, entre eles o movimento para a saúde dos povos (People’s Health Movement), reagiram à concepção seletiva de APS exigindo uma atenção primária abrangente conforme preconizado por Alma-Ata, capaz de atuar sobre os determinantes sociais e políticos através da criação de sistemas universais de saúde apoiados em políticas inclusivas e compromissos financeiros e legais, no ano 2000 lançam a Carta dos Povos pela Saúde (PHM, 2000).

A atenção primária abrangente passa a ser considerada um arranjo assistencial importante aos países que almejam um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada, nos quais a saúde seja um direito de cidadania (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na década de 1990 e 2010, são produzidas evidências mais robustas mostrando melhor eficiência e efetividade dos sistemas de saúde orientados por uma visão abrangente de APS (STARFIELD, 2004; MACINKO, GUANAIS, SOUZA, 2006; MACINKO, HARRIS, 2015).

Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes mostrou que os países com uma orientação mais forte para atenção primária possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (STARFIELD; 2002).

As principais mudanças necessárias para converter o modelo assistencial convencional em atenção primária mais ampla, conforme a definição elaborada em Alma-Ata, implica passar de um enfoque centrado na doença orientada para tratamento por episódios e por problemas específicos para uma atenção focada na

saúde que utilize ações de promoção, prevenção e cura, de forma continuada, abrangente, multiprofissional e incentivando a colaboração inter-setorial, a autonomia dos sujeitos e a participação popular (STARFIELD, 2002).Quadro 1.

*Quadro 1. Principais diferenças entre o modelo de atenção à Saúde convencional e o de Atenção Primária.*

<b>CONVENCIONAL</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>
<b>ENFOQUE</b>	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
<b>CONTEÚDO</b>	
Tratamento	Promoção da Saúde
Atenção por episódios	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
<b>ORGANIZAÇÃO</b>	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório Individual	Equipe
<b>RESPONSABILIDADE</b>	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

FONTE: STARFIELD, 2002

Países como Reino Unido, Espanha, Canadá, Holanda, Cuba, Costa Rica e Portugal, passaram por reformas ou criação de sistemas nacionais de saúde baseados em APS abrangente. Países com APS abrangente e forte apresentam melhores indicadores de saúde com menores investimentos em saúde em relação a países com APS fraca (como os Estados Unidos da América) (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003).

Na América do Sul, países como Brasil, Venezuela, Bolívia e Uruguai também passaram por processos de renovação da APS a partir dos anos 2000 com a reformulação ou criação de Sistemas Públicos de Saúde de caráter universal em resposta aos pacotes das reformas neoliberais dos anos 90 que priorizaram o modelo seletivo de APS (PEREIRA et al, 2012). O termo atenção básica à saúde é usado como substituto do termo Atenção Primária à Saúde, pois que nesses países o termo “atenção primária” foi mais associado ao enfoque seletivo.

Após o ano 2000, o debate sobre APS é renovado por iniciativa da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Essas agências internacionais propõem que seus Estados membros adotem uma série de recomendações para fortalecer a APS como parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde.

Em 2005, a OMS divulga o documento *Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas* e em 2008 divulga seu Relatório Mundial de Saúde, *Atenção Primária à saúde: Agora Mais que Nunca*, comemorando os 30 anos da Declaração de Alma Ata. Nesses documentos a APS tem sido reiterada como estratégia para reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde.

As preocupações atuais das reformas da APS incluem a transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal para proteção social e preocupação com a saúde de todos os membros de uma comunidade. A APS deve coordenar uma resposta integrada às expectativas e necessidades das pessoas, ampliando o espectro de riscos e de doenças abrangidas, promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais (OMS, 2008).

Atualmente, a APS é considerada a base para um modelo assistencial de sistemas de saúde universais (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012) e estratégia estruturante dos serviços de saúde por mostrar maior efetividade e capacidade de diminuir as inequidades em saúde (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005).

### **Atributos característicos da APS.**

A partir da década de 90 começam a acumular evidências de que ao aumentar a orientação dos serviços de APS em direção à resposta das necessidades de saúde de pessoas e comunidades que buscam a atenção médica convencional, o serviço de saúde se aproximará da visão de atenção primária de Alma-Ata e em direção a maior equidade (STARFIELD, 2002).

Em uma abordagem mais centrada na atenção individual, Bárbara Starfield (2002), desenvolveu uma abordagem para caracterizar a APS abrangente nos países industrializados. Essa abordagem, reconhecida e difundida também no Brasil, considera como características específicas da APS a prestação de serviços de

primeiro contato; o acompanhamento do paciente ao longo do tempo, garantia de cuidado integral, coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades de saúde, incluindo as menos frequentes e mais complexas (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Starfield sugeriu uma classificação para avaliar a força da orientação de atenção primária na qual seis características dos serviços de saúde foram elencadas: a extensão com que pessoas buscam o primeiro atendimento com seu médico de atenção primária antes de ir a qualquer outro lugar; a força das relações entre as pessoas e seu médico de atenção primária; como a unidade de atenção primária tratou de necessidades comuns; o grau de coordenação entre a atenção primária e outros serviços de saúde; a orientação familiar e a orientação comunitária da atenção primária (STARFIELD, 2002).

A APS foi conceituada por meio de quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, que é a "acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema"; a longitudinalidade, que "pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo"; a integralidade, que implica "fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde"; e a coordenação, que é a "disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento". A autora também definiu três atributos derivados: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002). Figura 1.

Figura 1. Atributos da APS.



FONTE: ADAPTADO DE STARFIELD, 2002

As evidências mostraram que tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, quanto maior for a presença e extensão desses atributos melhor será a qualidade da atenção primária. Os sistemas de saúde com orientação em atenção primária mostram-se mais efetivos e mais capazes de lidar com inequidades em saúde (STARFIELD, 2002)).

### **A APS no Brasil.**

No Brasil, na década de 1970 emergiram experiências sanitárias que difundiram um projeto de reforma da assistência médica, estimulando a participação popular em conformidade com as proposições de APS propostas pela Declaração de Alma-Ata, esse movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira.

Na década de 1980, o país entrava em processo de redemocratização e o movimento de Reforma Sanitária ganhou força. Em 1986, houve a realização da oitava conferência nacional de saúde com participação efetiva de quase todas as instituições

que trabalhavam no setor da saúde assim como aquelas representativas da sociedade civil.

Em 1988 foi promulgada uma nova constituição e a saúde foi definida constitucionalmente como “um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas”. A constituição de 1988 lançou as bases legais para criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, que tem como princípios a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, equidade, resolutividade e participação social.

Com o advento do SUS, surgiu a necessidade de reorganizar os serviços de atenção primária à saúde de forma regionalizada e descentralizada. No início da década de 90, o governo brasileiro criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas regiões Norte e Nordeste e em áreas rurais e periferias de centros urbanos, o PACS priorizava ações seletivas voltadas às populações carentes, através de medidas focadas na redução de mortalidade materno-infantil por doenças infectocontagiosas e desnutrição.

As ações eram realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pessoas leigas da comunidade, que eram supervisionados por enfermeiros e foram sendo gradualmente capacitados. O programa mostrou impacto nos indicadores de mortalidade materno infantil, porém as desigualdades se ampliavam e continuavam a marcar profundamente a vida da população com reflexos no setor saúde. Entretanto o PACS mostrou-se, embora com algumas ações custo-efetivas, incapaz de lidar com determinantes sociais e econômicos mais amplos.

Em 1993, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) com o propósito de ampliar as ações do PACS e colaborar na organização do SUS. Inicialmente o programa focalizou as ações em populações pobres com cesta restrita de serviços, conforme uma visão mais seletiva da APS.

Mais tarde, em 1997, a Saúde da Família foi explicitada como estratégia pelo Ministério da Saúde e, em 2003, a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) passou a ser apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que previa financiamento internacional para o setor por sete anos.

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que incorporou os atributos da APS abrangente, colocando-a como porta de entrada e centro ordenador do SUS.

Aspectos relevantes da estratégia (ESF) compreendem a territorialização com adscrição da clientela, criação de vínculo equipe-usuário, o aumento da oferta de serviços de saúde, trabalho em equipe multiprofissional, co-responsabilização, integralidade, resolutividade, inter-setorialidade e estímulo a participação social.

A ESF expandiu-se ao longo de toda década de 2000 e em 2011 atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros, com 32 mil equipes e cobertura populacional de 52% (cerca de 100 milhões de habitantes), mas no final dos anos 2000 e início da década de 2010 a expansão da cobertura era pequena, com crescimento de apenas 1,5% da cobertura ao ano (BRASIL, 2015).

No início de 2011, a APS foi alçada à condição de prioridade de governo e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi reformulada. Neste mesmo ano foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), somado a ações como Política de Educação Permanente (BRASIL, 2015).

Ainda em 2011, o governo federal junto a representação dos secretários municipais e estaduais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) – órgão do maior controle social do SUS com representação de usuários, sociedade civil, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde – apontam como prioridade a ampliação da APS e estabelecimento de diretrizes aprovadas pelo CNS na resolução nº439, entre elas destacam-se:

1 - Mobilizar todos os esforços e forças sociais para aumentar a destinação de recursos financeiros para a Atenção Básica ou APS.

2 - Garantir por meio das três esferas do governo ações necessárias para que a APS, inclusa ou não na Estratégia de Saúde da Família, seja efetivamente a principal porta de entrada do SUS, com agenda aberta e acolhimento humanizado em todas as UBS, capaz de prestar atenção integral resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de coordenar e garantir o cuidado do usuário mesmo quando ele necessita de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em outras redes e níveis de atenção.

3 – Intensificar os esforços e criar novas políticas que garantam profissionais da saúde em todas as regiões e localidades do País, principalmente nas mais vulneráveis e de difícil acesso, universalizando, de fato, o direito à saúde.

Em julho de 2013, em resposta as estas reivindicações populares associadas a dificuldades dos gestores municipais conseguirem fixar médicos na APS, o Ministério da Saúde lança o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

No ano da criação do programa, o Brasil tinha uma proporção de médicos por habitantes significativamente inferior a necessidade da população e esses estavam mal distribuídos no território de forma que a população mais pobre tivesse dificuldades em acessá-los. Além disso, O país formava menos médicos do que a criação anual de empregos nos setores público e privado (BRASIL, 2015).

Em dois anos do programa toda a demanda das prefeituras que aderiram ao Programa foi atendida, sendo que 63 milhões de brasileiros estão sendo beneficiados com a presença dos médicos em 4.058 municípios. A expansão da oferta de médicos está acompanhada por investimentos federais para melhoria da infraestrutura dos postos de Saúde e mudança na formação médica (BRASIL, 2015).

A Lei do Programa Mais Médicos determinou um prazo de cinco anos para dotar as Unidades Básicas de Saúde com qualidade de equipamentos e infraestrutura através do Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), criado em 2011, que triplicou seu orçamento e virou um dos eixos estruturantes do PMM, junto com o provimento emergencial de médicos e mudanças na formação médica (BRASIL, 2015).

Vale lembrar que mesmo com a expansão da ESF, ainda há uma grande diversidade de modelos e da intensidade como a APS apresenta-se nos diferentes cenários nacionais. No SUS são ofertados serviços ambulatoriais de primeiro nível por postos e centros de saúde genericamente denominadas de Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e/ou Unidades de Saúde da Família (USF).

As UBS tradicionais contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologistas-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Há também presença de médicos de diversas especialidades (dentre os quais dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas,

etc.), distribuídos irregularmente pelas unidades. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços. Neste caso não há adscrição da clientela, e a delimitação da área de abrangência se refere exclusivamente as ações de vigilância à saúde (ELIAS et al, 2006).

### **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**

Para que a APS seja de fato abrangente ela precisa estar integrada a uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e funcionando como ordenadora. Na concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) a APS é a porta de entrada do sistema de Saúde e seu centro de comunicação, responsabilizando-se pela integração dos cuidados oferecidos a população de um determinado território (MENDES, 2014)

As RAS são arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas, articulados de forma complementar e com base territorial, tendo a APS como seu centro de comunicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Essa abordagem visa enfrentar a fragmentação da atenção oferecida pelo SUS que impede o sistema de cumprir seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular.

A sua população, a estrutura operacional e os modelos de atenção são os componentes constitutivos de uma RAS, essa deve ter uma população que vive em um território conhecido pelo serviço de saúde que irá cadastrar as famílias e vinculá-las àquele serviço que tem responsabilidade sanitária sobre o território. Uma população sobre responsabilidade de uma RAS deve ser conhecida e registrada em sistema de informação potente (MENDES, 2014).

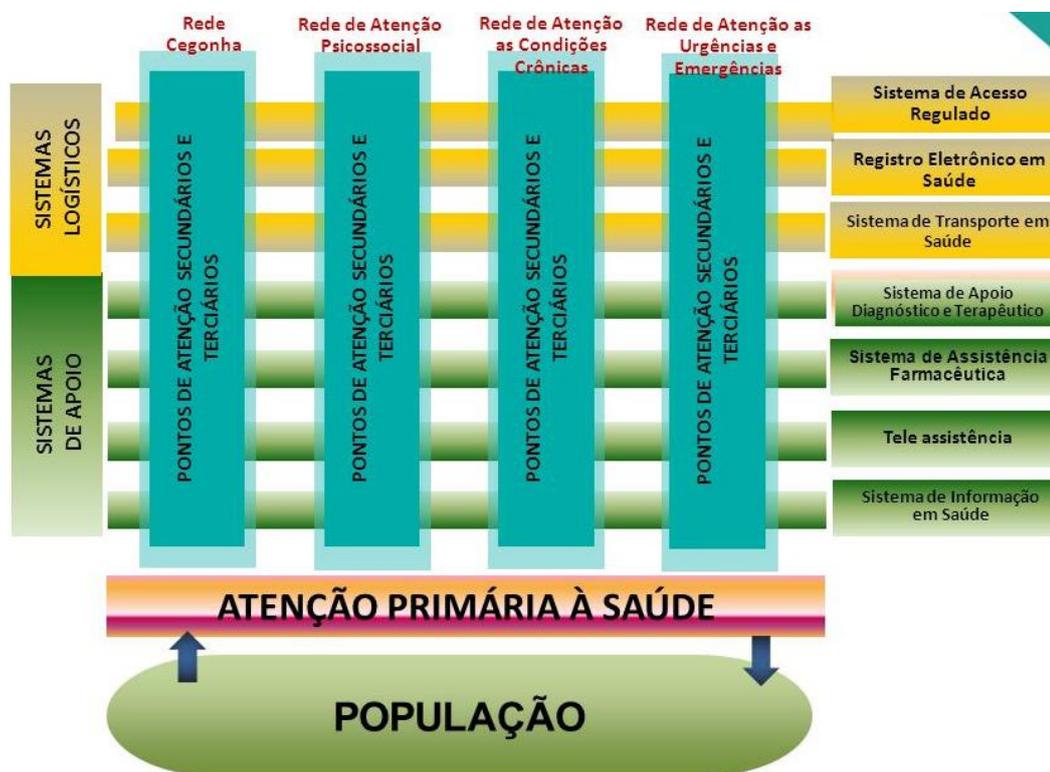
A estrutura operacional de uma RAS deve contar com pontos de atenção secundário e terciários, sistemas logísticos (sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte sanitário), os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde) e o sistema de governança, além de modelos de atenção para doenças agudas e crônicas (MENDES, 2014).

Sua estruturação dependerá da disponibilidade e da acessibilidade aos serviços de saúde, levando em conta características sócio demográficas da população, como envelhecimento e maior prevalência de condições crônicas. O Ministério da Saúde sugere a organização de Redes Temáticas de Saúde, como Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção às pessoas com Doenças crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

Os componentes temáticos de uma rede ainda podem se subdividir em linhas de cuidado, um exemplo para isso: na rede de atenção a doenças crônicas podemos ter uma linha de cuidado às doenças cardiovasculares, a doenças renais ou respiratórias (MAGALHÃES JR, 2014).

Entretanto, há heterogeneidade da qualidade da atenção prestada na APS, assim como os desafios de ampliar a sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil, especialmente no caso das doenças crônicas (CONASS, 2015).

Figura 2. Elementos constitutivos de uma RAS.



FONTE: PREFEITURA DE FORTALEZA

### A APS e Rede de Atenção à Saúde em São Carlos.

Os rumos das políticas de saúde nacional tiveram impacto na organização dos serviços da cidade de São Carlos.

Após a década de 80, com o surgimento do SUS, o município conseguiu iniciar a formação da rede de atenção básica e ampliar a oferta de serviços prestados. No final da década de 1990, as ações municipais relacionadas à saúde visaram adequação ao SUS e a municipalização da saúde, nesse período cria-se o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Fundo Municipal de Saúde (FMS).

No início de 2001, São Carlos tinha apenas quatro equipes de Saúde da Família. Nesse houve expansão da Estratégia Saúde da Família e nas duas gestões consecutivas.

Em 2001, a nova gestão municipal propôs um governo participativo para fortalecer o papel do município e das Administrações Regionais. Inicia-se um novo processo de estruturação da Rede Básica de Saúde.

De 2001 a 2008, o número de USF passou de 4 para 15 e a gestão deixou como meta para seu sucessor a ampliação de 50% da cobertura de ESF. Essa meta não conseguiu ser cumprida pelas duas gestões posteriores, hoje São Carlos mantém cobertura de pouco mais de 30% para ESF.

Em 2007, é inaugurado o Hospital Escola Municipal que viria compor a Rede de Atenção à Saúde do Município e começa a primeira turma do curso de medicina da UFSCar. O Hospital foi federalizado em 2014 e atualmente é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Todas as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família integram a Rede Saúde Escola de Cuidados à Saúde cuja gestão deve ser compartilhada através do conselho de parceria entre gestão municipal de saúde, Secretária Municipal de Saúde (SMS) e a gestão dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde da UFSCar.

A parceria tem o objetivo de construir uma rede de serviços articulada com a estratégia de saúde da família visando uma reestruturação do modelo de atenção à saúde em São Carlos.

O projeto de São Carlos pretende um enfrentamento ao modelo biomédico, hegemônico do setor saúde que não deu conta de determinantes sociais mais amplos. A proposta de parceria com a UFSCar visa uma mudança na formação profissional focada na especialização e fragmentação do indivíduo, aproximando as ações primárias dos cursos de graduação da área da saúde, consolidando a integração serviço-ensino-aprendizagem (SANTOS JUNIOR, 2008).

O projeto não avançou, hoje o município conta com 19 equipes de saúde da família que cobrem aproximadamente 30% da população, e 12 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) que deveriam estar em processo de transição para a Estratégia Saúde da Família.

Apesar das dificuldades, em São Carlos as USF e UBS tradicionais desenvolvem atividades curriculares regulares dos alunos da graduação, ações para

capacitar os preceptores dos serviços vinculados à Estratégia Saúde da Família; pesquisa voltada à qualificação da Atenção Primária; revisão de protocolos adequados à Atenção Básica e às necessidades do SUS, entre outras atividades de ensino, pesquisa e extensão, envolvendo alunos da graduação e residência, tutores e preceptores.

Por serem cenários de ensino-aprendizagem aos diversos cursos de graduação, os serviços de saúde estão organizados para que seus profissionais sejam estimulados a repensar suas práticas e atuem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, isso coloca a necessidade de pesquisas que avaliem a acessibilidade, o vínculo, resolutividade e reorganização da assistência.

Portanto, ao considerar a amplitude das ações a serem empreendidas, vários atores devem compor este processo de mudança coletiva, gerando impactos em toda a rede. O comprometimento e a participação por parte de todos que compõem o SUS são peças fundamentais para um projeto de saúde ser bem sucedido.

No bojo das políticas nacionais, em 2014 o município de São Carlos recebeu 26 médicos colaboradores para o Programa Mais Médicos para o Brasil como parte de um pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

O PMMB prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para unidades onde há escassez e ausência de profissionais, em contrapartida o município deveria aumentar a cobertura da APS através da expansão da ESF e/ou parametrização das UBS tradicionais.

Os médicos colaboradores estão atuando nas UBS e USF do município e muitos participaram dessa pesquisa.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

O quadro referencial utilizado nessa pesquisa de avaliação da qualidade dos serviços de saúde foi desenvolvido por Donabedian (1966).

Para o autor avaliação por resultados como, por exemplo, as avaliações de mortalidade, recuperação e sobrevida são bastante concretas e têm grande precisão por serem relativamente fáceis de medir oferecendo muitas vantagens na avaliação da qualidade da atenção médica, entretanto, alguns resultados são difíceis de medir,

entre eles estão a atitude e a satisfação dos pacientes, a readaptação social e a reabilitação física.

Quando apenas os resultados são considerados em conjunto podem ser indicativos de boa ou má atenção mas não permitem conhecer o que determinou um bom ou mau desempenho.

Para Donabedian, o problema é que quando se tratava de avaliação em saúde, ou se utiliza somente componentes técnicos da ação em saúde (resultados) ou se analisa somente a qualidade das relações interpessoais entre o médico e o paciente (processo).

Assim, em 1966, Donabedian propõe uma avaliação da qualidade da atenção à saúde baseada em três dimensões que formarão o tripé “estrutura, processo e resultado”, ele propõe que esses três componentes sejam avaliados em conjunto e que se atente para a relação de causalidade entre eles.

**Estrutura:** corresponde aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais.

**Processo:** corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes.

**Resultados:** são as mudanças verificadas no estado de saúde das pessoas que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio, bem como mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos e a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado.

O instrumento que utilizamos nesse estudo foi proposto por Starfield (2002) a partir desse referencial de avaliação de serviços proposto por Donabedian (1966), a tríade “estrutura-processo-resultado”.

Para Starfield (2012), a qualidade da atenção significa o quanto as necessidades de saúde estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas referentes à saúde.

O instrumento descreve o processo de atenção como um conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de

saúde. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010).

O PCATool é utilizado para avaliar a força e a extensão da APS com base em seus quatro atributos essenciais – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação – e os três derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

O instrumento possui quatro versões - para usuários crianças, para usuários adultos e outra para profissionais e gestores. Algumas dessas versões já foram traduzidas e adaptadas em vários países, incluindo o Brasil, a Espanha, o Canadá, a Coreia do Sul, Hong Kong e a Argentina (HAUSER et al, 2013).

No Brasil, uma adaptação do instrumento foi realizada por Almeida e Macinko (2006) a partir de estudo realizado em Petrópolis-RJ que resultou na validação das versões usuários crianças. Os autores também validaram a “versão profissionais” utilizando uma amostra de 33 profissionais, com modificações em relação ao formato original do instrumento. Os atributos essenciais e derivados foram mantidos, à exceção de Competência Cultural, que foi substituída por itens que avaliaram a formação profissional (HAUSER et al, 2013).

Hauser et al (2013) realizaram nova tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do PCATool - versão profissionais utilizando metodologia diversa da utilizada por Almeida e Macinko e concluíram o PCATool-Brasil versão profissionais captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado.

Assim, o PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais de saúde. Na versão de Hauser et al (2013) também não está incluída a avaliação do atributo derivado Competência Cultural.

Embora os resultados tenham mostrado que alguns itens não possuem todas as propriedades psicométricas desejáveis, optou-se por mantê-los no instrumento devido à importância conceitual para a definição de APS proposta por Starfield, e servirem de referência na comparação com sistemas de saúde de outros países

(HAUSER et al, 2013) principalmente no caso dos atributos essenciais Acesso de Primeiro Contato e Coordenação.

Esse trabalho utiliza a essa versão validada por Hauser et al (2013) por ser a versão presente no Manual do Instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool, disponibilizado pelo ministério da saúde desde 2010.

Em uma revisão sistemática de literatura qualitativa seguida de metassíntese, Fracoli et al (2014) buscou pelos principais instrumentos de coleta de dados validados utilizados para avaliar a APS em bases de dados nacionais e internacionais (LILACS, CidSaúde, BDenf, MEDCARIB, PAHO, MEDLINE e bibliotecas eletrônicas Cochrane e SciELO). Foram excluídos todos os instrumentos não validados, apenas 33 artigos utilizavam instrumentos validados, desses 24 foram excluídos por avaliar a qualidade de vida de grupos específicos e treinamento de profissionais da APS. Sobraram apenas 8 estudos para síntese qualitativa. Os autores identificaram 5 principais instrumentos, sendo eles; WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde) e PCATools (Primary Care Assessment Tool). Fracoli et al (2014) concluíram, após analisar os cinco instrumentos validados que foram encontrados na busca bibliográfica, que para avaliar a Saúde da Família no Brasil o instrumento que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica é o PCATool por adequar-se melhor aos objetivos de produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica à qual se está vinculado, e que servirá como fator orientador de decisão, já que o PCATool prevalece como instrumento mais utilizado no Brasil para avaliar a APS, devido o seu reconhecimento, aceitação e sua validação em vários países como Estados Unidos, Espanha e outros.

Figueiredo et al (2008) realizaram análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, o estudo analisou o grau de concordância entre o PCATool e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) e evidenciou uma baixa concordância entre os escores obtidos pelo AMQ e pelo PCATool, apesar de ambos enfocarem aspectos

avaliativos relacionados a estrutura e processo dos serviços de saúde, assim como foi proposto por Donabedian.

A comparação entre os valores dos atributos em cada instrumento evidencia escores mais altos para AMQ, à exceção dos atributos derivados. As maiores diferenças foram encontradas nos atributos longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária e acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, sendo a maior disparidade encontrada neste último. Na avaliação AMQ, o acesso de primeiro contato obtém alto escore, condição que pode estar relacionada a percepções diferentes sobre o conceito de acesso pelos instrumentos pesquisados. Outra possível justificativa, que cabe aos demais atributos, decorre do fato dos padrões de análise da AMQ serem baseados em aspectos normativos da Política Nacional de Atenção Básica.

Os achados do estudo sugerem não ser possível a utilização dos padrões do AMQ como forma de mensurar todos os atributos de APS definidos por Starfield, apesar do AMQ de ter sido elaborado e validado em amplo processo, no qual foi avaliada sua relevância, confiabilidade e mensurabilidade, faltam estudos que associem altos escores na AMQ a desfechos positivos em saúde.

Para Stein (2013) a ferramenta Primary Care Assessment Tool (PCATool) tem propriedades de mensuração excelentes, enquanto a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) necessita validar suas propriedades. O PCATool deve ser a ferramenta escolhida pelos gestores e pesquisadores para a avaliação da qualidade da Atenção Primária em Saúde.

O instrumento PCATool versão profissionais foi utilizado para avaliação de serviços em várias cidades brasileiras. Pesquisas compararam a opinião dos usuários e/ou dos profissionais em serviços com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e UBS tradicional (MACINKO et al, 2004, ELIAS et al, 2006; VAN STRALEN et al, 2008, IBÁÑEZ et al, 2006, OLIVEIRA et al, 2007; CASTRO et al, 2012, CHOMATAS et al, 2013).

Outros estudos avaliaram o desempenho da APS entre profissionais e usuários de serviços de APS, avaliando uma dimensão específica do instrumento (CARNEIRO et al, 2014; REIS et al, 2013).

<b>Citação</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>População estudada</b>	<b>Principais Resultados</b>
<i>Macinko et al, (2004)</i>	Comparação da performance dos modelos ESF e UBS tradicionais	Médicos e enfermeiras que trabalham nas UBS tradicionais e ESF de Petrópolis- RJ.	-ESF mostrou escores mais altos na maioria dos atributos. - Necessidade de melhorar acesso de primeiro contato, coordenação e orientação comunitária em ambos os modelos.
<i>Elias et al (2006)</i>	Comparação entre ESF e UBS por estrato de exclusão social.	Gerentes, médicos e enfermeiros de 384 unidades e 1.117 usuários de 6 unidades selecionadas no município de São Paulo.	- Não há diferenças na comparação entre ESF e UBS para profissionais e gestores. -Melhor avaliação do ESF do que das UBS tradicionais para os usuários. -Melhor desempenho dos serviços na avaliação de profissionais e gestores do que na do usuário. -Baixo de desempenho da acessibilidade.
<i>Ibañez et al (2006)</i>	Avaliação do desempenho da APS no Estado de São Paulo	62 municípios do Estado de São Paulo com mais de 100.000 habitantes Profissionais (médicos e enfermeiros) e usuários de ESF e UBS tradicional. Os serviços foram separados por clusters por complexidade da produção ambulatorial e indicadores sociais	- Maior satisfação nos clusters com indicadores sociais mais favoráveis em todas as dimensões do questionário, com exceção do elenco de serviços (integralidade) e orientação comunitária. - Profissionais que trabalham no ESF fazem melhor avaliação. - Nos municípios com indicadores menos favoráveis é possível evidenciar que as dimensões vínculo (longitudinalidade), elenco de serviços (integralidade), orientação familiar e comunitária foram melhor avaliadas pelos profissionais da ESF.
<i>Oliveira (2007)/ dissertação de mestrado</i>	Avaliar a presença e extensão dos atributos	Usuários adultos das UBS tradicionais, ESF, SSC do hospital Conceição, CSE Murialdo e Cassi.	Todos os tipos de serviços apresentam grau de orientação em APS significativamente superior ao da UBS tradicional.

	de APS nos diferentes tipos de serviços.		
<i>Van Stralen et al (2008)</i>	Análise da percepção da performance da APS em unidades com e sem PSF.	Profissionais e usuários de serviços de atenção primária de sete municípios com mais de 100.000 habitantes do estado de Goiás e dois do Mato Grosso do Sul.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhor avaliação para ESF.</li> <li>-Baixo valor do acesso para os dois modelos (nesse caso pior para ESF).</li> <li>-Melhor vínculo na ESF (<math>p &lt; 0,05</math> entre os profissionais de nível superior)</li> <li>-Sem diferença no atributo coordenação.</li> <li>-Melhor desempenho para Orientação familiar e comunitária na ESF (<math>p &lt; 0,05</math> para os usuários)</li> <li>-Diferença entre avaliação dos usuários e a dos profissionais (usuários menos positiva)</li> </ul>
<i>Castro et al, (2012)</i>	Avaliação da qualidade da APS pelos profissionais: comparar diferentes tipos de serviços	Médicos e enfermeiros que trabalham no ESF, UBS tradicional, o SSC do hospital conceição e CSE Murialdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSC mostrou maiores escores.</li> <li>-CSE Murialdo obteve avaliação significativamente superior a UBS mas sem diferença significativa com ESF.</li> <li>-ESF teve escores geral e essencial significativamente superior que a UBS.</li> <li>-Na ESF os atributos acesso, integralidade, serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária tiveram diferença significativa.</li> <li>-Sem diferença para o atributo longitudinalidade e coordenação-sistema de informação</li> </ul>
<i>Chomatas et al, (2013)</i>	Avaliar a presença e extensão dos atributos de APS em Curitiba.	Médicos e enfermeiras que trabalham na ESF e UBS tradicionais de Curitiba	-ESF apresentou escores significativamente maiores para os atributos longitudinalidade, integralidade serviços disponíveis e serviços prestados, orientação familiar e comunitária.
<i>Reis et al, 2013</i>	Avaliar o atributo Acesso de primeiro contato	30 gestores, 80 profissionais e 882 usuários da ESF de São Luís – MA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação ruim para o atributo acesso.</li> <li>- Piores itens foi o não funcionamento das unidades após as 18 horas e nos finais de semana.</li> <li>-Avaliação de gestores e profissionais divergem da dos usuários, gestores avaliam mais favoravelmente o atributo.</li> </ul>

<i>Carneiro et al (2014)</i>	Avaliar o atributo Coordenação	98 profissionais e 607 usuários dos centros de saúde da família de Sobral- CE	-Deficiência na contrarreferência. -Profissionais tem conhecimento sobre a procura de seus usuários a serviços especializados. - Avaliação positiva do uso do prontuário familiar.
------------------------------	--------------------------------	---	--

*Fonte: elaboração própria*

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Identificar, avaliar e comparar atributos essenciais e derivados da atenção primária por meio da aplicação do PCA Tool aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas).

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Comparar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS entre os modelos de UBS tradicional e USF.
- Caracterizar o perfil dos profissionais que participaram da pesquisa.

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS.**

### **Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de delineamento transversal, descritivo-analítico, de abordagem quantitativa com profissionais médicos, enfermeiros e dentistas dos serviços públicos de APS no município de São Carlos -SP.

O estudo compreende a aplicação de um instrumento para avaliação dos serviços de atenção primária, o PCATool (Primary Care Assessment Tool - Instrumento de avaliação da Atenção Primária), versão profissionais. O instrumento é auto avaliativo e será aplicado aos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde que compõem a rede de serviços de atenção primária do município de São Carlos - SP.

Os serviços de atenção primária constituem-se como porta de entrada preferencial do Sistema Municipal de Saúde, cada unidade é responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área de abrangência, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes e quais os indivíduos e grupos mais suscetíveis ao risco de morbidade e/ou mortalidade.

As equipes das Unidades Básicas de Saúde tradicionais oferecem atendimento ambulatorial em pediatria, clínica geral, ginecologia, enfermagem e odontologia, algumas UBS tradicionais contam com provimento de médicos de família do Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB). As equipes das Unidades de Saúde da Família (USF) são constituídas por médico, muitos com especialização em medicina de Família e Comunidade incluindo os médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de consultório dentário.

Para avaliação dos serviços de Atenção Primária do Município de São Carlos utilizamos o PCATool - versão profissionais (Primary Care Assessment Tool – Instrumento de avaliação da atenção primária) que mede a presença dos atributos essenciais e derivados da APS em um serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

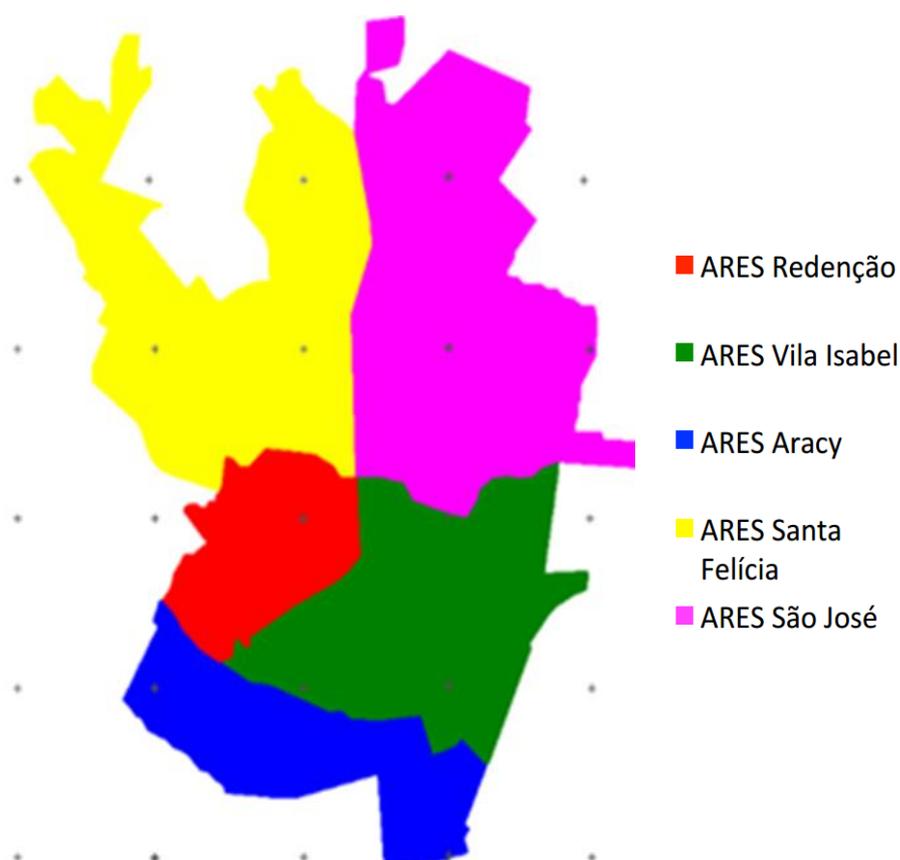
O instrumento foi aplicado à população de profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) que trabalham nos estabelecimentos de saúde da rede de atenção primária de São Carlos-SP.

### **Localização do estudo.**

O estudo foi realizado no município de São Carlos, interior do Estado de São Paulo, situado na região sudeste. São Carlos tem uma população de 221.950 habitantes distribuída em uma área de 1.136.907 Km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 195,15 habitantes/Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

O território sanitário está dividido em 5 regiões administrativas de saúde, as Administrações Regionais de Saúde (ARES). Figura 3

*Figura 3. Mapa de ARES*



*Fonte: UFSCar*

A Tabela 1 mostra o número de UBS e USF presentes em cada ARES.

*Tabela 1. Número de UBS e USF em cada ARES*

ARES	UBS	USF	TOTAL
<b>SÃO JOSÉ</b>	3	6	9
<b>VILA ISABEL</b>	3	3	6
<b>ARACY</b>	1	5	6
<b>SANTA FELÍCIA</b>	3	4	7
<b>REDENÇÃO</b>	2	1	3
<b>TOTAL</b>	12	19	31

*Fonte: elaboração própria*

A rede de APS do município de São Carlos conta com 31 estabelecimentos de saúde, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS) e 19 Unidades de Saúde da Família (USF), localizados nas cinco regiões administrativas: ARES São José, ARES Santa Felícia, ARES Aracy, ARES Redenção e ARES Vila Isabel, como mostra a Tabela 1.

**ARES 1 – Cidade Aracy:** UBS Cidade Aracy, USF Aracy (equipe 1), USF Aracy (equipe 2), USF Antenor Garcia, USF Presidente Collor, USF Petrilli.

**ARES 2 – Vila Isabel:** UBS Azulville, UBS Cruzeiro do Sul, UBS Vila Isabel, USF Cruzeiro do Sul (equipe 1), USF cruzeiro do Sul (equipe 2), USF Jardim Gonzaga.

**ARES 3 – Redenção:** UBS Jardim Botafogo, UBS Redenção, USF Jardim São Carlos.

**ARES 4 – Vila São José:** UBS Maria Stella Fagá, USF Maria Stella Fagá (equipe 1), USF Maria Stella Fagá (equipe 2), UBS São José, UBS Vila Nery, USF Astolpho, USF Jardim Munique, incluindo as dos subdistritos rurais - USF Santa Eudóxia e USF Água Vermelha.

**ARES 5 – Santa Felícia:** USF Jockey Clube, USF Guanabara, UBS Parque Delta, UBS Santa Felícia, UBS Santa Paula, USF Romeu Tortorelli, USF Santa Angelina.

Nesse estudo avaliamos os 31 estabelecimentos de saúde que compõem a rede de APS do município através da aplicação do instrumento PCATool para profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas).

Segundo dados do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) estão trabalhando na APS 239 profissionais nas três categorias elegidas para o estudo: médicos, dentistas e enfermeiros. Sendo que 180 trabalham na UBS tradicional e 59 nas USF.

Após leitura, concordância e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) os profissionais receberam o instrumento PCATool para auto aplicação, o entrevistador oferecerá ajuda para esclarecer dúvidas a respeito dos itens com base nas orientações do Manual do Instrumento de Atenção Primária à saúde elaborado pelo Ministério da Saúde em 2010.

### **Amostra e coleta de dados**

Foram incluídos no estudo todos os serviços de atenção primária à saúde (UBS e USF) que estavam funcionando no período compreendido entre janeiro a agosto de 2015.

A população base foi a população de profissionais de nível superior que trabalham nas unidades básicas tradicionais e nas unidades de saúde da família que, segundo dados do CNES, correspondiam a 239 profissionais.

Calculamos uma amostra aleatória simples de 53 participantes, considerando erro amostral de 10% e nível de confiança de 90%.

O instrumento foi oferecido aos profissionais junto com a oferta de esclarecimentos de dúvidas e/ou supervisão presencial no momento do preenchimento, os profissionais eram recrutados conforme categoria profissional e estarem presentes nos serviços no momento que o pesquisador estivesse em campo. Tanto nas USF como nas UBS, pelo menos um médico e um enfermeiro eram contatados.

Parte dos dados foram coletados por pesquisadores do Coletivo Paulista de Investigação da Saúde, COPAIS, que realizaram a coleta no ainda no final de 2014 como parte do projeto de pesquisa que cartografou os serviços de saúde do município.

Os pesquisadores receberam capacitação para aplicação do instrumento durante as reuniões do coletivo. Os dados eram digitados em planilha Excell® para posterior cálculo de escores e valores de escala. As entrevistas duravam cerca de 30 minutos, e, nas USF o contato foi mais fácil com os profissionais tanto pela carga horária que cumprem os profissionais, de 40 horas semanais, como pela presença de reuniões semanais de equipe, nas quais o instrumento pode ser apresentado e preenchido pelos médicos, enfermeiros e dentistas.

Após aprovação do projeto no comitê de ética em pesquisa (CEP) da UFSCar, o instrumento foi aplicado aos profissionais das unidades de saúde faltantes, essa nova fase da coleta ocorreu de junho a agosto de 2015.

#### **Critérios de Inclusão**

Ser profissional de nível superior (médico, enfermeiro e dentista) que atuando nos serviços de saúde, UBS e USF, há pelo menos 1 mês.

#### **Critérios de exclusão**

Profissional de nível superior atuando na equipe da UBS ou da USF há menos de 1 mês ou se recusar a responder a entrevista.

#### **Descrição do instrumento PCA Tool – versão profissionais.**

O instrumento de Avaliação da Atenção Primária, o PCATool – Primary Care Assessment Tool, foi criado com o objetivo de medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS.

Apresenta originalmente 3 versões: uma destinada a crianças (PCATool versão crianças), uma destinada a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão adulto) e uma destinada a profissionais de saúde, coordenadores e gerentes de serviços de saúde (BRASILIA,2010).

O instrumento foi adaptado à realidade brasileira após passar por processo de tradução, adaptação, avaliação da validade e da fidedignidade do PCATool versão profissionais (HAUSER et al, 2013).

Os itens desse instrumento estão distribuídos nos quatro atributos essenciais da APS, permitindo avaliar o Acesso de Primeiro Contato, a Longitudinalidade (a relação profissional com o paciente ao longo do tempo), a Coordenação dos Serviços e a Integralidade dos Serviços Disponíveis e Prestados, e os três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Entretanto, no Brasil está disponível uma adaptação do PCA Tool para profissionais de saúde na qual foi excluído o atributo competência cultural (HAUSER et al, 2013).

Para esse estudo utilizamos a versão para profissionais que foi criada em espelho da versão PCATool adulto, com acréscimo de itens do atributo integralidade da versão para criança, conforme sugerido pelo Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool – PCA Tool – Brasil (BRASÍLIA, 2010).

O instrumento utiliza uma concepção que descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O instrumento é composto por 77 itens que compõem os 8 atributos da APS, o instrumento está organizado da seguinte maneira:

**1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A).** Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).

**2. Longitudinalidade (B).** Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).

**3. Coordenação – Integração de Cuidados (C).** Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).

**4. Coordenação – Sistema de Informações (D).** Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).

**5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E).** Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).

**6. Integralidade – Serviços Prestados (F).** Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).

**7. Orientação Familiar (G).** Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).

**8. Orientação Comunitária (H).** Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

O PCATool mede a presença e a extensão de cada atributo da APS por meio de uma escala Likert, ("com certeza sim", "provavelmente sim", "provavelmente não", "com certeza não" e "não sei/não lembro"), possibilitando construir escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo. Figura 4.

*Figura 4. Cartão Resposta.*

<b>Com certeza, sim</b>	<b>Provavel- mente, sim</b>	<b>Provavel- mente, não</b>	<b>Com certeza, não</b>	<b>Não sei/ não lembro</b>
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

*Fonte: Ministério da saúde, 2010.*

Este cartão resposta é exibido ao profissional e cada resposta é lida pelo entrevistador no início da entrevista para que o profissional que irá responder as questões do instrumento se habitue às respostas possíveis. Após esse procedimento o entrevistador oferece o questionário ao entrevistado.

O atributo Acesso de Primeiro Contato (A) possui 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9), como mostra o Quadro 2, que serão pontuados de acordo com a categoria escolhida no cartão resposta (Figura 4).

*Quadro 2. Itens do atributo Acesso de primeiro contato (A).*

- A1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?
- A2. Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos alguns dias da semana, até as 20 horas?
- A3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?
- A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem necessário?
- A5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?
- A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?
- A7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende na mesma noite?
- A8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?
- A9. Na média, seus pacientes têm que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

O item A9 deve ter seu valor invertido, pois foi formulado de maneira que quanto maior o valor resposta, menor é a orientação para APS. Logo, este item deve ter seu valor invertido para: (valor 4 = 1), (valor 3 = 2), (valor 2 = 3) e (valor 1 = 4) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O escore para esse atributo é calculado pela média aritmética dos itens. Para o atributo acesso, por exemplo, usamos a seguinte fórmula:

$$Escore (A) = \frac{A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7 + A8 + A9}{9}$$

O atributo “longitudinalidade” (B) é formado por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13), como mostra o Quadro 3

*Quadro 3. Itens do atributos Longitudinalidade (B).*

- B1. No seu serviço de saúde os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?
- B2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?
- B3. Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?
- B4. Se os pacientes têm alguma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?
- B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?
- B6. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?
- B7. Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?
- B8. Você sabe quem mora com seus pacientes?
- B9. Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?
- B10. Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?
- B11. Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?
- B12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?
- B13. Você sabe todas as medicações que seus pacientes estão tomando?

O escore para o atributo longitudinalidade (B) será calculado pela soma dos valores dos seus itens dividido pelo número de itens, como mostra a fórmula:

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6 + B7 + B8 + B9 + B10 + B11 + B12 + B13)/13$$

O atributo “Coordenação” é avaliado em duas dimensões – Integração de cuidados (C) e Sistema de Informação (D), como mostra a Quadro 4 e Quadro 5.

*Quadro 4. Itens do atributo coordenação – Integração dos Cuidados (C).*

- C1. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?
- C2. Quando seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute com seus pacientes os diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?
- C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?
- C4. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?
- C5. Você recebe do especialista informações úteis sobre o paciente encaminhado?
- C6. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados dessa consulta?

*Quadro 5. Itens do atributo Coordenação – Sistema de Informações (D).*

- D1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?
- D2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?
- D3. Os prontuários dos pacientes estão disponíveis quando você os atende?

Para o cálculo dos escores para as duas dimensões do atributo Coordenação – C e D – utilizamos as fórmulas:

$$Escore (C) = \frac{C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6}{6}$$

$$Escore (D) = \frac{D1 + D2 + D3}{3}$$

O atributo Integralidade também possui duas dimensões – Serviços disponíveis (E) e Serviços Prestados (F), os itens estão descritos no Quadro 6 e Quadro 7.

*Quadro 6. Itens do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (E)*

- E1. Aconselhamento nutricional.
- E2. Imunizações
- E3. Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.
- E4. Avaliação da saúde bucal.
- E5. Tratamento dentário.
- E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.
- E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).
- E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental.
- E9. Sutura de um corte que necessite de pontos.
- E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.
- E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).
- E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)
- E13. Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).
- E14. Remoção de verrugas.
- E15. Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau).
- E16. Aconselhamento sobre como parar de fumar.
- E17. Cuidados pré-natais.
- E18. Remoção de unha encravada.
- E19. Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões.
- E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).
- E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.
- E22. Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

*Quadro 7. Itens do atributo Integralidade – Serviços prestados (F)*

- F1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.
- F2. Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.
- F3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.
- F4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.
- F5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.
- F6. Teste de sangue para verificar os níveis de colesterol.
- F7. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.
- F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.
- F9. Pergunta se o paciente tem arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.
- F10. Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.
- F11. Como prevenir quedas.
- F12. Prevenção de osteoporose em mulheres.
- F13. Cuidados de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.
- F14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.
- F15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperada para cada faixa etária.

Antes da aplicação do instrumento para avaliação do atributo integralidade – serviços prestados (F), o entrevistador deverá perguntar se o profissional atende pessoas de todas as idades ou somente crianças e adolescentes ou somente adultos.

Se o profissional atende pessoas de todas as idades, ele deve responder todos os itens desse atributo (F1 a F15). Se ele atende apenas crianças não deve responder aos itens F4 a F13, e se ele atende apenas adultos não deve responder os itens F14 a F15.

Para o cálculo do escore do atributo Integralidade – Serviços disponíveis (E) composto por 22 itens, utilizamos a seguinte fórmula:

$$\text{Escore } E = (E1 + E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E8 + E10 + E11 + E12 + E13 + E14 + E15 + E16 + E17 + E18 + E19 + E20 + E21 + E22) / 22$$

Para o cálculo do escore do atributo Integralidade – Serviços Prestados (F), composto pelos itens F1 a F15, utilizamos o seguinte procedimento e fórmulas:

Se o profissional de saúde atende todas as faixas etárias, calcule da seguinte forma:

$$\text{Escore } F = (F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6 + F7 + F8 + F9 + F10 + F11 + F12 + F13 + F14 + F15) / 15$$

Se o profissional de saúde atende somente crianças, calcule da seguinte forma:

$$\text{Escore } F = \frac{F1 + F2 + F3 + F14 + F15}{5}$$

Se o profissional de saúde atende somente adultos, > 18 anos, calcule assim:

$$\text{Escore } F = (F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6 + F7 + F8 + F9 + F10 + F11 + F12 + F13) / 13$$

Os atributos derivados, orientação familiar (G) e orientação comunitária (H), seus escores serão calculados pela média aritmética dos itens, de modo semelhante ao que fizemos com os atributos essenciais. A orientação familiar é composta por 3 itens, como mostra o Quadro 8.

*Quadro 8. Itens do atributo Orientação Familiar (G).*

- G1. Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?
- G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que possam ocorrer na família dos pacientes?
- G3. Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?

O cálculo do escores do atributo Orientação Familiar (G) seguirá a seguinte fórmula:

$$Escore\ G = \frac{G1 + G2 + G3}{3}$$

A orientação comunitária (H) é outro atributo derivado constituído por 6 itens, como mostra o Quadro 9.

*Quadro 9. Itens do atributo Orientação Comunitária (H).*

- H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?
- H2. Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?
- H3. Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?
- H4. Faz pesquisas com pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?
- H5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?
- H6. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho gestor, conselho de usuários).

Para o cálculo de escore do atributo derivado Orientação Comunitária (H), utilizamos a fórmula abaixo:

$$\text{Escore } H = \frac{H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6}{6}$$

Quando a soma de respostas em branco com respostas “9” “não sei/não lembro”, ver Figura 4, atingir 50% ou mais do total de itens de um atributo (“A” a “H”), o escore deste componente não será calculado e ficará em branco no banco de dados. Quando a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Essa transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

## **Análise estatística da avaliação dos serviços de saúde.**

Os escores médios de cada atributo da APS por tipo de serviço serão estimados a partir da resposta dos profissionais. Inicialmente, todos os profissionais entrevistados terão os escores dos atributos da APS e também os Escores Essencial e Geral calculados. Para o cálculo do escore essencial utilizamos a soma dos escores médios dos atributos essenciais dividido pelo número de atributos.

E para o cálculo do Escore Geral utilizamos a soma de todos os atributos, essenciais e derivados, dividido pelo número de atributos.

$$Escore\ Geral = \frac{A + B + C + D + E + F + G + H}{8}$$

Esses escores, originalmente variando em escala de 1 a 4, serão transformados em escala de 0 a 10, segundo a fórmula:

$$Escala = \frac{(Escore\ obtido - 1) \times 10}{3}$$

O escore igual a ou maior de 6,6 será considerado alto escore de APS. Esse valor foi escolhido por corresponder, na escala de 1 a 4, ao escore 3 ("provavelmente sim") (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Nesse modelo, considerou-se o tipo de serviço, UBS tradicional ou USF, a ARES na qual o serviços está inserido e a categoria profissional do entrevistado (médico, dentista ou enfermeiro) e o sexo dos entrevistados. A força de cada atributo foi medida pela resposta aos itens dos atributos, pelos os cálculos dos escores de cada atributo e dos escores essencial e geral, que variou de 1 a 4, e a conversão dos escores para escala de 0 a 10, sendo que um valor na escala acima de 6,6 foi

considerado alto por correspondera “provavelmente sim” ou valor 3 no cálculo do escore. Quadro 10.

*Quadro 10. Correspondência entre o valor de escala e força do atributo*

Escala	Força do atributo
<b>6,6 a 10</b>	Alto
<b>6,5 a 0</b>	Baixo

Os dados foram inseridos em um banco de dados do programa Excel®. O primeiro passo foi trabalhar os dados para traçar o perfil da amostra: quantos serviços participaram da pesquisa? Em qual ARES se localizavam? Quantos profissionais de UBS e USF participaram? Qual a quantidade de médicos, dentistas e enfermeiros na amostra? Qual o sexo e a nacionalidade dos participantes?

A seguir foi feita uma análise descritiva dos dados considerando média do valor das escalas dos atributos, o desvio padrão e a força da orientação da APS, tanto no município como um todo como por ARES, categoria profissional e tipos de serviços (UBS e USF).

O terceiro passo foi fazer a análise inferencial na qual comparamos as respostas por tipos de serviço, UBS e USF.

Com a finalidade de testar formalmente se houve mudança na pontuação média nas diversas escalas segundo o tipo de unidade (UBS e USF) foi testada a normalidade via Teste de Shapiro Wilks e após aplicou-se teste t (teste de hipóteses) para as escalas que apresentavam normalidade e teste de Mann-Whitney para as demais, ao nível de significância de 5% (p-valor de 0,05).

O estudo contou a consultoria de um grupo de pesquisadores do Centro de Estudos do Risco – CER – um laboratório de pesquisa do Departamento de Estatística da UFSCar criado em 2004 com o objetivo de reunir pesquisadores e usuários de métodos estatísticos de diversos ramos, tanto para as análises descritivas quanto às análises inferenciais.

## **Aspectos Éticos**

O projeto do estudo proposto foi submetido, através da plataforma Brasil, ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos em 17/04/2015, CAAE: 43593215.1.0000.5504, aprovado em 13/05/2015.

As entrevistas foram realizadas após leitura, concordância e assinatura do termo de consentimento livre e informado.

Os resultados serão enviados aos gestores e trabalhadores das unidades de saúde que participaram do estudo após a conclusão do trabalho.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Organizamos os resultados em dois tópicos distintos visando responder a todos os objetivos propostos. O primeiro descreve o perfil da população do estudo, o segundo as análises descritivas por ARES e modelo de serviço, UBS e USF, e o resultado das análises inferenciais entre os modelos de UBS e USF para cada um dos atributos.

### **Perfil da amostra.**

O município de São Carlos conta com 31 estabelecimentos de saúde na rede de atenção primária à saúde nos quais convivem os dois modelos: de UBS tradicional e de USF.

Esse estudo buscou avaliar todos os estabelecimentos através da aplicação do instrumento PCATool aos profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas).

No levantamento do número de profissionais feito a partir dos dados do CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde) constatamos que a rede de atenção básica do município conta com 239 profissionais das três categorias selecionadas para as entrevistas (médicos, enfermeiros e dentistas).

Para o cálculo da amostra aleatória simples consideramos uma população de 239 indivíduos, erro amostral de 10% e nível de confiança de 90%. A amostra calculada foi de 53 indivíduos, foram entrevistados 64 profissionais.

Houveram recusas de 3 médicos, 1 enfermeiro e 1 dentista e não havia enfermeiro contratado em 2 estabelecimentos de saúde contatados. Conseguimos entrevistar pelo menos um profissional de nível superior em 30 estabelecimentos de saúde, apenas 1 serviço não foi representado por nenhum profissional.

Os dados do CNES mostram que a quantidade de profissionais é maior no modelo de UBS tradicional, com uma proporção maior de médicos em relação as outras categorias.

Na USF também tem a maioria dos profissionais de nível superior na categoria de médicos apesar das equipes deverem ser composta por um médico e um enfermeiro, sendo que nesse modelo não vemos uma proporção tão grande de médicos em relação as outras categorias se compararmos com a UBS. **Erro! Fonte de referência não encontrada.**

*Tabela 2. Número de profissionais que trabalham na APS*

	<b>USF</b>	<b>UBS</b>	<b>TOTAL DE PROFISSIONAIS</b>
<b>MÉDICOS</b>	23	122	145
<b>ENFERMEIROS</b>	19	26	45
<b>DENTISTAS</b>	17	32	49
<b>TOTAL DE PROFISSIONAIS</b>	59 (25%)	180 (75%)	239

*Fonte: elaboração própria*

A Tabela 3 mostra os dados que compõem o perfil da amostra de entrevistados quanto ao local de trabalho, categorias profissionais e colaboração com o PMMB.

*Tabela 3. Perfil da amostra de entrevistados.*

<b>Local de trabalho</b>	<b>% das categorias profissionais entrevistadas</b>	<b>Participação dos médicos colaboradores do PMMB.</b>	<b>Participação dos médicos colaboradores do PMMB entrevistados na UBS</b>	<b>Participação de médicos colaboradores do PMMB entrevistados nas USF</b>
39% UBS	47% médicos	71% médicos sem vínculo com PMMB	91% médicos colaboradores do PMMB	60% médicos sem vínculo com o PMMB
61% USF	42% enfermeiros	29% colaboradores do PMMB	9% médicos sem vínculo com o PMMB	40% médicos colaboradores do PMMB.
	11% dentistas			

*Fonte: elaboração própria*

Os pesquisadores realizaram 64 entrevistas no total, sendo 61% dos entrevistados nas USF e 39% nas UBS.

O resultado mostra que apesar do maior número de profissionais trabalharem nas UBS houve menor participação destes na pesquisa. A participação maior dos profissionais da USF pode ter ocorrido em decorrência da carga horária no trabalho e da organização do processo de trabalho, já que nas USF os trabalhadores cumprem regime de 40 horas semanais e na UBS tradicional 20 horas semanais ou cumprimento de número de atendimento. Além disso, nas USF acontecem reuniões de equipe semanalmente na qual toda a equipe participa e nesse período não realizam atendimentos, o que facilitou o contato com o entrevistador, tanto para explicar sobre a pesquisa e avaliação quanto para que os profissionais conseguissem tempo para responder o instrumento. Os indivíduos que participaram da pesquisa foram escolhidos pela disponibilidade em responder no momento da visita do pesquisador as unidades, a outros foi oferecido o questionário para auto avaliação sem a presença do pesquisador, que voltava em outro momento para pegar as respostas e tirar eventuais dúvidas, alguns profissionais alegaram falta de tempo para participar da pesquisa.

Do total da amostra, 30 entrevistados foram médicos correspondendo a 47% da amostra, 27 enfermeiros ou 42% da amostra e 7 dentistas ou 11% da amostra.

Embora os médicos sejam maioria há uma grande diferença da adesão desses por modelo de atenção. Nas UBS apenas um médico sem vínculo com o PMMB respondeu, todas as outras entrevistas foram realizadas com médicos colaboradores do PMMB que estão alocados nesses serviços.

Os enfermeiros foram a categoria profissional que mostrou maior adesão, proporcionalmente ao número de profissionais, para responder o instrumento em ambos os modelos de serviços.

Entre os médicos a maior parte foi de colaboradores do Programa Mais Médicos. Dos 30 médicos entrevistados, 19 são colaboradores do programa, 11 não estão vinculados ao PMMB. Os médicos colaboradores foram facilmente contatados nos serviços e se dispuseram a participar da pesquisa.

A diferença maior em relação a participação dos médicos colaboradores do Programa Mais Médicos aconteceu entre os profissionais que trabalham no modelo de UBS tradicional. Dos 11 médicos entrevistados nas UBS, apenas um não participava do PMMB.

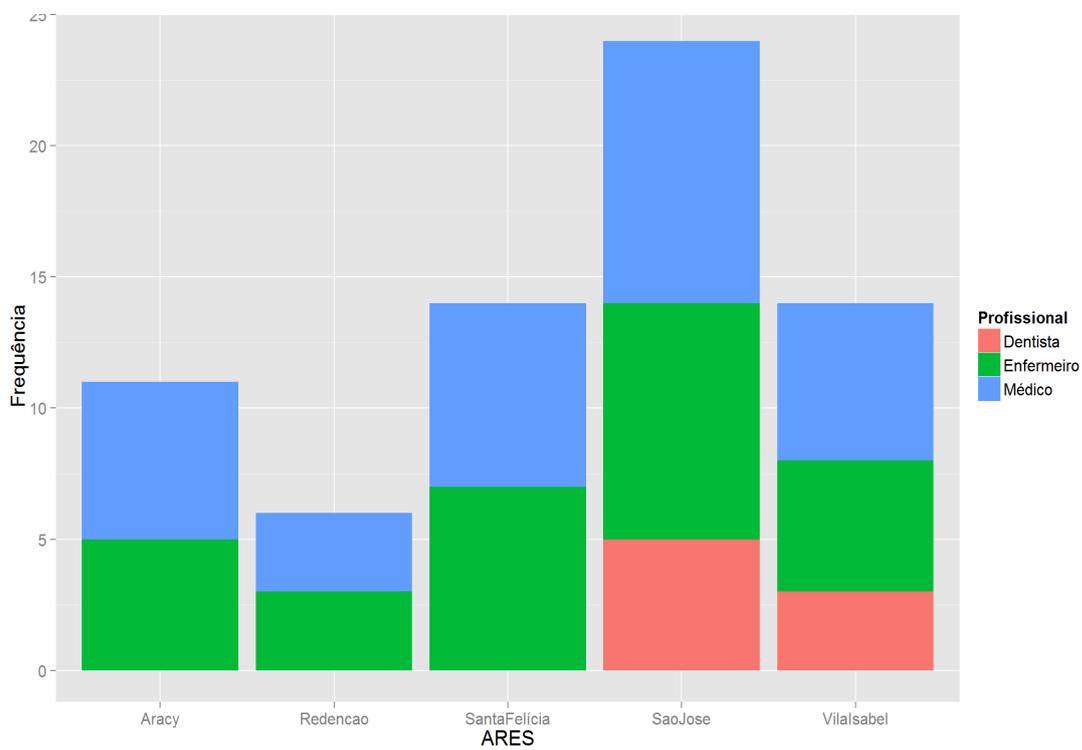
Nas USF 11 médicos entrevistados são brasileiros, 8 colaboradores do PMMB, sugerindo maior adesão para avaliação entre os médicos colaboradores do PMMB e também nos que trabalham em USF.

O Gráfico 1 mostra a porcentagem de entrevistados por ARES, a maior parte foi realizada na ARES São José, que conta com o maior número de serviços.

Conseguimos realizar entrevistas a profissionais de todos os serviços nas ARES Vila Isabel e Redenção, houve recusa do médico e enfermeiro de 1 unidade do ARES Aracy e 1 enfermeira não estava contratada no momento da pesquisa. Na ARES São José houve recusa de 2 médicos e 1 dentista, e na ARES Santa Felícia não havia enfermeiro contratado em uma das equipes.

Realizamos entrevistas com 3 profissionais (médico, dentista e enfermeiro) na USF Astolpho, USF Água Vermelha, 4 profissionais foram entrevistados na USF Santa Eudóxia, todas na ARES São José. Na ARES Vila Isabel houve disponibilidade de 3 profissionais da equipe 2 da USF Cruzeiro do Sul e da USF Gonzaga.

Gráfico 1. Proporção de categorias profissionais entrevistadas por ARES.



Fonte: elaboração própria.

## **Análise descritiva e inferencial dos atributos de APS.**

A Tabela 4 mostra os resultados obtidos na totalidade dos serviços de saúde pesquisados.

*Tabela 4. Médias dos valores de escala, desvio padrão e porcentagem de serviços com baixo e alto valor de escala para cada atributo.*

<b><i>Atributos de APS</i></b>	<b><i>Média dos valores de escala</i></b>	<b><i>Desvio Padrão</i></b>	<b><i>Alto Valor</i></b>	<b><i>Baixo Valor</i></b>
<i>Acesso de primeiro contato – Acessibilidade</i>	<b>4.63</b>	1.09	5%	95%
<i>Longitudinalidade</i>	7.20	1.41	72%	28%
<i>Coordenação - Integração de cuidados</i>	7.11	1.68	75%	25%
<i>Coordenação - Sistema de informação</i>	8.07	1.62	91%	9%
<i>Integralidade - Serviços Disponíveis</i>	7.26	1.49	72%	28%
<i>Integralidade - Serviços Prestados</i>	7.65	1.53	77%	23%
<i>Orientação Familiar</i>	8.51	1.72	91%	9%
<i>Orientação Comunitária</i>	<b>5.92</b>	2.13	46%	54%
<i>Escala Essencial</i>	6.93	1.11	67%	33%
<i>Escala Geral</i>	6.98	1.15	69%	31%

*Fonte: elaboração própria*

O atributo Acesso de Primeiro contato – Acessibilidade” e “orientação comunitária” apresentam média com baixo valor de escala, ou seja, abaixo de 6,6, o que na escala likert corresponde a “provavelmente não” no cartão de respostas.

Há fragilidade da orientação de APS para esses dois atributos e uma maior dispersão de respostas para a orientação comunitária. O atributo “Acesso de primeiro contato - Acessibilidade” foi avaliado por apenas 5% dos entrevistados como acima de 6,6 no valor de escala e o atributo orientação comunitária foi avaliado com valor baixo por 54% dos entrevistados. Os demais atributos tiveram alto valor de escala na Tabela 4.

Na comparação entre os modelos de serviços de saúde, UBS e USF, a USF têm maior valor de escala para todos os atributos. Tabela 5.

Tanto o atributo “Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade” quanto o atributo “Orientação Comunitária” são frágeis também no modelo USF.

O modelo UBS tem baixo valor de escala também para integralidade – serviços disponíveis e na escala essencial e geral. Nas USF os maiores valores foram para os atributos Coordenação - sistema de informações e orientação familiar, sendo que para orientação familiar o valor é próximo ao obtido pelas UBS.

Nas UBS três atributos tiveram baixo valor de escala, são eles: Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, Integralidade – serviços disponíveis, Orientação comunitária, impactando a escala para os atributos essenciais.

Com a finalidade de testar formalmente se houve mudança na pontuação média nas diversas escalas segundo o tipo de unidade (UBS vs USF) foram feitas as seguintes análises: para as escalas que apresentaram normalidade (Sistema de informação e Orientação familiar), utilizou-se o teste t. Para os demais, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. A normalidade foi testada via Shapiro Wilks.

Ao nível de significância de 5%, conclui-se que as escalas Acesso de primeiro contato, Coordenação -Sistema de informação, Integralidade - Serviços disponíveis, Integralidade - Serviços Prestados, Orientação Comunitária, Escala Essencial, Escala Geral apresentaram diferenças.

*Tabela 5. Comparação das médias, desvio padrão do valor de escala e p-valor dos atributos no modelo UBS e modelo USF.*

ATRIBUTOS DE APS	UBS		USF		P-valor
	Média	DP	Média	DP	
<b>ACESSO</b>	<b>*4,04</b>	1,03	<b>*5,00</b>	0,98	0,001
<b>LONGITUDINALIDADE (B)</b>	7,16	1,57	7,22	1,31	0,783
<b>COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DO CUIDADO (C)</b>	6,64	1,85	7,41	1,51	0,096
<b>COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES (D)</b>	*7,47	1,68	*8,46	1,48	0,02
<b>INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS (E)</b>	<b>*6,19</b>	1,36	*7,94	1,13	0,001
<b>INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS (F)</b>	*7,04	1,69	*8,01	1,31	0,027
<b>ORIENTAÇÃO FAMILIAR(G)</b>	8,18	2,07	8,72	1,43	0,262
<b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA(H)</b>	<b>*4,96</b>	2,47	<b>*6,55</b>	<b>1,61</b>	0,005
<b>ESCALA ESSENCIAL</b>	<b>*6,28</b>	1,13	*7,34	0,88	0,001
<b>ESCALA GERAL</b>	<b>*6,35</b>	1,13	*7,38	0,94	0,001

\*p valor<0,005

Fonte: elaboração própria

## **Avaliação do “Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade”**

Para organizar o SUS de forma integrada possibilitando atenção de melhor qualidade com menor custo é preciso estabelecer um ponto de primeiro contato com o sistema de saúde, capaz de articular cuidados preventivos e curativos e integrar a rede de cuidados primários e especializados (MENDES, 2011).

A APS funciona como porta de entrada do sistema de saúde, ofertando serviços próximos ao local de moradia dos usuários, favorecendo o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada na pessoa e não na doença.

Starfield (2002), diferencia acesso de acessibilidade. Para ela, acessibilidade se refere as condições que facilitam as pessoas chegarem até os serviços, enquanto acesso estaria mais relacionado ao uso oportuno dos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde.

Os itens do instrumento que avaliam “Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade” foram propostos para avaliar a estrutura e o processo de trabalho. Eles questionam horário de atendimento, possibilidade de atendimento aos finais de semana e a noite, atendimento telefônico e tempo de demora para consulta.

Para Campos et al (2014), o acesso é dificultado por problemas na organização do serviço, no uso do acolhimento como barreira, pela falta de recursos humanos e dificuldades em dar seguimento ao tratamento.

Para Chomatas (2013), o baixo escore do atributo “acesso de primeiro contato - acessibilidade” em pesquisas utilizando o PCATool mostra que os serviços e as equipes não estão organizados para atender os usuários fora do horário de atendimento. Outros trabalhos que avaliam a ESF como porta de entrada demonstram fragilidade dessa característica (REIS et al, 2013; IBAÑEZ et al, 2006)

De fato, no Brasil, a forma de organização dos serviços é definida pelas normas da administração municipal e muitas unidades de APS não estão abertas nos finais de semana, não possuem atendimento fora do horário comercial e o contato por telefone e email não parece ser habitual.

Em São Carlos os serviços pesquisados não funcionam de sábado e domingo e apenas algumas USF realizavam atendimento uma vez na semana até as 20 horas, melhorando sua pontuação no item A2.

Os itens melhor avaliados foram aqueles relacionados ao acolhimento, ou seja, quando o serviço está aberto e algum paciente adoece ele é atendido no mesmo dia (A3), percebemos que o desempenho das UBS é superior ao das USF nesse item, demonstrando talvez um processo de organização do serviço que privilegia o pronto-atendimento, já que as consultas agendadas para check-up ou rotina de programas têm pior pontuação que no modelo USF.

Outros itens bem avaliados referem-se à facilidade com que os usuários conseguem marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (A8) - nesse caso o desempenho das USF é superior, talvez por ter uma agenda de ações programáticas para hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças bem definida. Foi bem avaliado o aconselhamento rápido pelo telefone (A4), o que não corresponde aos achados de outros estudos usados o PCATool que apontam fragilidade nesse item (OLIVEIRA, 2007).

Todos os outros itens tiveram valor médio abaixo de 3, o que corresponde a baixo valor de escala (lembrando que o item A9 teve seu valor invertido conforme orientação do Manual para aplicação do PCATool). Tabela 6.

*Tabela 6. Média dos Valores para cada atributo do item “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”.*

<b>Itens do Atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”</b>	<b>Média do valor dos itens nos serviços</b>	<b>Média do valor dos itens no modelo UBS.</b>	<b>Média do valor dos itens no modelo USF</b>
<b>A1. Seu serviço de saúde está aberto de sábado e domingo?</b>	1,12	1,08	1,15
<b>A2. Seu serviço está aberto, pelo menos alguns dias da semana até as 20 horas?</b>	2,36	1,28	3,05
<b>A3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?</b>	3,67	3,76	3,62

<b>A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido por telefone quando julgam necessário?</b>	3,33	3,13	3,46
<b>A5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?</b>	2,11	2,08	2,13
<b>A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?</b>	1,25	1,17	1,31
<b>A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém do seu serviço o atende na mesma noite?</b>	1,30	1,33	1,28
<b>A8. É fácil para o paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?</b>	3,59	3,48	3,67
<b>A9. Na média seus pacientes têm que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)</b>	2,75	2,63	2,82

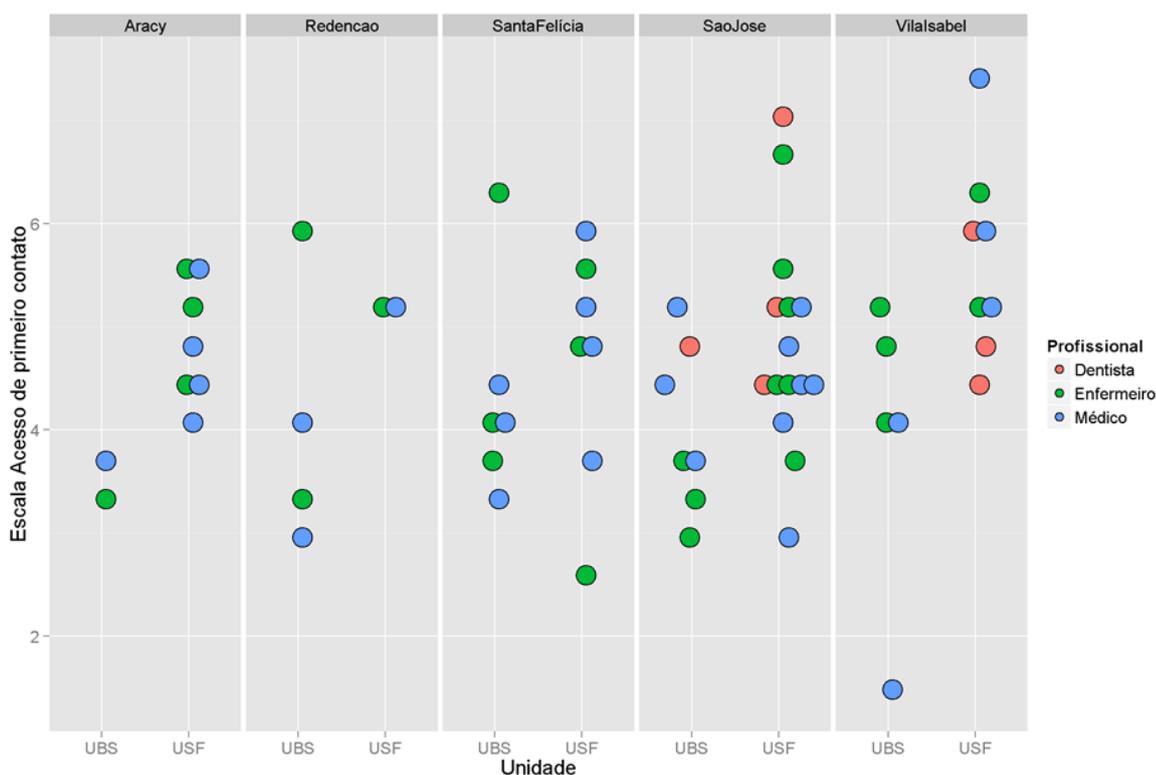
*Fonte: elaboração própria*

Outra forma de avaliar a distribuição das respostas é utilizando gráficos de pontos no qual cada observação ou pessoa entrevistada representa um ponto em uma escala horizontal, permitindo visualizar a distribuição dos dados ao longo desse eixo. Separamos as observações por ARES e colorimos os pontos conforme a categoria profissional de cada entrevistado. No eixo horizontal, dividimos os valores da escala em intervalos de escala, sendo marcado um ponto para cada uma das avaliações dos atributos.

Para o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, o Gráfico 2 mostra uma maior concentração das respostas entre os valores de 4 a 6 na escala

vertical, com uma maior de dispersão nas respostas acontecendo na ARES Vila Isabel, onde ocorreu a pior e a melhor avaliação para o serviço, sendo a pior para o modelo de UBS tradicional e o melhor para o modelo de USF.

*Gráfico 2. Relação entre valor de escala (0-10), modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o Atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade.*



*Fonte: elaboração própria*

Os maiores valor de escala foram dados por profissionais de USF. É possível visualizar que a maioria das respostas apresenta baixo valor de escala para o atributo acesso nos serviços.

Este gráfico pode orientar a mapear os serviços que apresentaram maior fragilidade e ajudar o gestor a priorizar processos de organização do trabalho que ajudem a concretizar a porta de entrada pela APS.

A Tabela 7 mostra que todas as ARES apresentam padrão de resposta parecido para esse atributo, com grande predominância de baixo valor de escala.

*Tabela 7. Desempenho do atributo “Acesso” por ARES.*

ARES	ATRIBUTOS DE APS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ALTO	BAIXO
<b>ARACY</b>	Acesso de primeiro contato	4.57	0.79	0%	100%
<b>REDENÇÃO</b>	Acesso de primeiro contato	4.45	1.18	0%	100%
<b>SANTA FELÍCIA</b>	Acesso de primeiro contato	4.50	1.07	0%	100%
<b>SÃO JOSÉ</b>	Acesso de primeiro contato	4.58	1.03	9%	91%
<b>VILA ISABEL</b>	Acesso de primeiro contato	4.99	1.41	8%	92%

*Fonte: elaboração própria*

Os resultados desta pesquisa e outras feitas com o PCATool mostram que para melhorar os resultados para esse atributo há necessidade de adaptação do instrumento a realidade brasileira ou uma mudança no modelo de atenção, aumentando o vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto-atendimento. (CHOMATAS, 2013).

### **Avaliação do atributo “longitudinalidade”**

“Longitudinalidade” refere-se, no contexto da APS, a uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários das unidades de saúde.

Para que a “longitudinalidade” ocorra não é necessário que haja continuidade no atendimento individual, pois alterações na continuidade da atenção não necessariamente interrompem a relação entre profissionais e usuários. O conceito envolve a existência de um local, um indivíduo ou uma equipe de indivíduos associados que sirva como fonte de atenção por um determinado período de tempo, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde. (STARFIELD, 2002).

O atributo longitudinalidade avalia se os pacientes são atendidos pelo mesmo profissional (B1), se há comunicação adequada (B2 e B3), se há tempo suficiente para uma escuta qualificada (B5), se os pacientes se sentem confortáveis na consulta (B6),

se o profissional conhece o paciente como pessoa (B7), se conhece a família do paciente (B8), histórico de saúde (B9 e B10), se é o profissional conhece as medicações que o paciente faz uso e as eventuais dificuldades para adquirirem medicamentos (B12 e B13). Todas as perguntas avaliam a capacidade do serviço criar vínculo com o paciente, responsabilizando por seu cuidado ao longo do tempo.

*Tabela 8. Valores de escore para cada item do atributo “longitudinalidade”.*

<b>Itens do atributo “Longitudinalidade”</b>	<b>Média dos escores nos serviços</b>	<b>Média dos escores no modelo UBS</b>	<b>Média dos escores no modelo USF</b>
<b>B1. No seu serviço de saúde os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?</b>	3,13	2,72	3,38
<b>B2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?</b>	3,53	3,76	3,38
<b>B3. Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?</b>	3,42	3,52	3,36
<b>B4. Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?</b>	3,03	2,88	3,13
<b>B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre suas preocupações ou problemas?</b>	3,73	3,88	3,64
<b>B6. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis para lhe contar suas preocupações ou problemas?</b>	3,58	3,76	3,46
<b>B7. Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?</b>	3,28	3,36	3,23
<b>B8. Você sabe quem mora com seus pacientes?</b>	2,58	2,20	2,82
<b>B9. Você entende quais problemas são os mais</b>	3,30	3,56	3,13

<b>importantes para os pacientes que você atende?</b>			
<b>B10. Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?</b>	2,72	2,48	2,87
<b>B11. Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?</b>	2,56	2,60	2,54
<b>B12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?</b>	3,19	3,24	3,15
<b>B13. Você sabe todas as medicações que seus pacientes estão tomando?</b>	3,02	2,96	3,05

*Fonte: elaboração própria*

A longitudinalidade recebeu boa avaliação nos serviços em geral, com uma média ligeiramente superior nas USF, sugerindo um bom vínculo da unidade com os usuários em geral. Os serviços parecem funcionar como fonte regular de cuidado, responsabilizando-se pelo cuidado ao longo do tempo. Nas USF o trabalho dos ACS pode ser um fator de aproximação do usuário e suas famílias com o serviço de saúde e pode ter influenciado o desempenho melhor desse modelo.

Embora alguns itens que apresentem fragilidade como conhecer aspectos relativos a rede social como emprego, com quem o paciente mora e as medicações que usa e histórico de saúde, o resultado não mostrou diferença significativa entre os dois modelos, resultado parecido com o encontrado no estudo de Castro et al (2012) em Porto Alegre.

Nas UBS tradicionais os pacientes consultam diretamente com o especialista focal e nem sempre será o mesmo profissional que irá atendê-lo a cada necessidade, esse aspecto pode enfraquecer o vínculo e contribuir para pior desempenho do atributo nesse tipo de serviço. Nessa pesquisa também pode ter ocorrido um resultado próximo entre os modelos USF e UBS devido a maior parte dos entrevistados médicos das UBS serem médicos cubanos colaboradores do Programa Mais Médicos.

Além disso, a estabilidade dos profissionais nos serviços melhora a compreensão dos profissionais ao avaliar as necessidades de uma pessoa e

proporcionam maior satisfação dos usuários durante os atendimentos, pela consolidação da relação médico-paciente (GIOVANELLA, 2011).

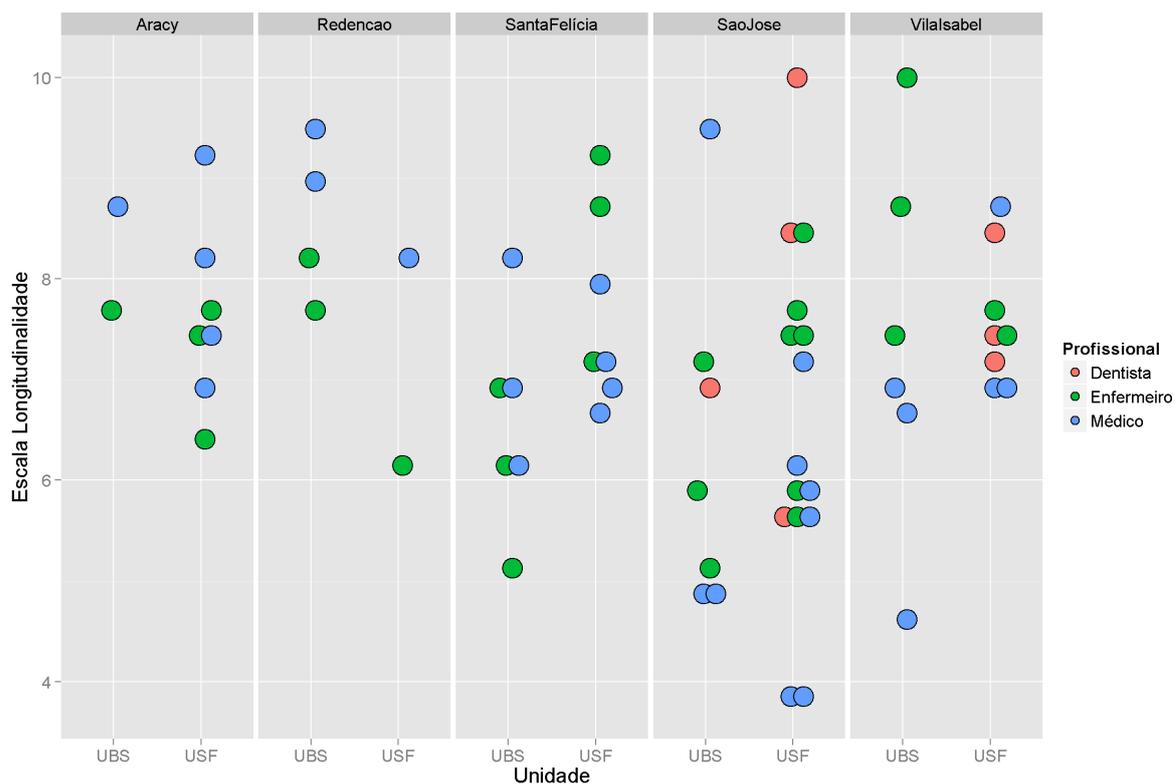
Os médicos colaboradores do PMMB têm formação em Medicina Geral e Integral ou Medicina de Família e Comunidade, especialidade na qual a criação de vínculos com usuários e comunidade são competências essenciais a serem desenvolvidas na formação.

A formação de vínculo e o cuidado ao longo do tempo pode estar mais associado a formação do profissional do que ao modelo de atenção, entretanto é uma fragilidade desse estudo não ter avaliado a formação em atenção primária de todos os profissionais que responderam ao questionário.

Outros aspectos podem influenciar o resultado da avaliação desse atributo. Frank (2015) aplicou o PCATool a usuários cuidadores de crianças e avaliou que o modelo UBS teve melhor desempenho que USF por alguns aspectos relacionados a maior rotatividade de profissionais nos serviços, o modo de cuidar na ESF que vai de encontro com o imaginário da população e, muitas vezes, do próprio profissional da saúde que podem considerar que não ter mais o especialista constitui uma perda para o atendimento à saúde. O resultado em São Carlos não aponta para diferenças significativas entre os dois modelos - as análises inferenciais confirmam essa impressão.

Quanto a distribuição das respostas por modelo de serviço, ARES e categoria profissional, para o atributo “longitudinalidade” (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**) observamos uma maior concentração de respostas entre os valores 6 a 8, as respostas que obtiveram valor abaixo de 6,6 foram dadas, na maioria, por profissionais da ARES São José. As piores avaliações para ARES São José foram feitas por profissional médico de USF. Na Ares Aracy e Redenção não houveram respostas abaixo de 6 e nessas duas ARES os médicos avaliaram melhor esse atributo que os enfermeiros.

Gráfico 3 Relação entre valores de escala (0-10), modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo “longitudinalidade”.



Fonte: elaboração própria

Tabela 9. Desempenho do atributo “longitudinalidade” por ARES

<b>ARES</b>	<b>Atributos de APS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Alto</b>	<b>Baixo</b>
Aracy	Longitudinalidade	7.75	0.87	89%	11%
Redenção	Longitudinalidade	8.12	1.16	83%	17%
Santa Felícia	Longitudinalidade	7.18	1.12	77%	23%
São José	Longitudinalidade	6.53	1.66	45%	55%
Vila Isabel	Longitudinalidade	7.51	1.25	93%	7%

Fonte: elaboração própria

Apenas a ARES São José teve média no valor de escala abaixo de 6,6 para esse atributo.

## **Avaliação do atributo Coordenação – Integração dos Cuidados e Sistema de Informação.**

Para Starfield (2002), coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”, o profissional da APS deve ajudar o paciente a utilizar o sistema de saúde como um todo. Esse atributo é essencial para que tanto a longitudinalidade quanto a integralidade se efetivem e a função de primeiro contato não se torne uma função puramente administrativa.

Para Mendes (2011) a APS deverá ter papel de coordenação de uma rede de atenção à saúde, defendendo seus pacientes e lhes garantindo alcançar outros pontos de atenção de maneira efetiva, superando a fragmentação do sistema de saúde. Para isso, uma RAS deve dispor de um bom sistema de comunicação entre os pontos de atenção.

Para Giovanella et al (2009), integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que envolvem sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

O melhor desempenho da Coordenação está relacionado à territorialização e adscrição da clientela, informação de histórias clínicas, presença de centrais de marcação de consultas, equipes de especialistas com apoio para APS, criação de redes de gestão regional e/ou municipal, entre outras (CONILL, FAUSTO, 2007).

O instrumento PCATool avalia a coordenação em duas dimensões: Integração do Cuidado e Sistema de informações

A coordenação - integração dos cuidados avalia se o profissional tem conhecimento das consultas que os pacientes fazem a especialistas e/ou serviços especializados (C1), se o profissional sabe fazer um encaminhamento adequado ao serviço especializado (C2), se o paciente recebe ajuda de alguém do serviço para agendamento de exames e consultas com especialistas (C3), se o profissional envia informações ao especialista (C4), se recebe do especialista informações úteis sobre o paciente (C5) e se conversa com o paciente sobre o resultado da consulta (C6).

Esse item foi bem avaliado em ambos os modelos, com desempenho superior nas USF, mas a falta de conhecimento das consultas aos especialistas e da contrarreferência parece ser um problema enfrentado por ambos. Os serviços também foram bem avaliados quanto a ter alguém que auxilie os pacientes a marcar consulta e a referência é comumente feita. Porém as análises inferenciais não mostraram diferenças significativas para esse atributo.

Para que a coordenação se efetive também é importante contar com bom sistema de transferência de informações entre os pontos de atenção da RAS.

Almeida et al (2010) apontam a referência e contrarreferência como instrumento de integração de serviços de saúde. Em seus estudos também perceberam que fluxos de referência e contrarreferência encontram-se formalmente implantados, porém a contrarreferência não é comumente praticada. O mesmo resultado foi encontrado nesta pesquisa.

*Tabela 10. Média dos valores dos itens do atributo Coordenação- integração dos cuidados.*

<b>Itens do atributo Coordenação-Integração dos Cuidados</b>	<b>Média do valor do item nos serviços</b>	<b>Média do valor do item no modelo UBS</b>	<b>Média do valor do item no modelo USF</b>
<b>C1. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas e serviços especializados?</b>	2,75	2,76	2,74
<b>C2. Quando seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute com seus pacientes os serviços onde eles poderiam ser atendidos?</b>	3,23	3,00	3,38
<b>C3. Alguém do seu serviço ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?</b>	3,87	3,88	3,87
<b>C4. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes</b>	3,82	3,60	3,97

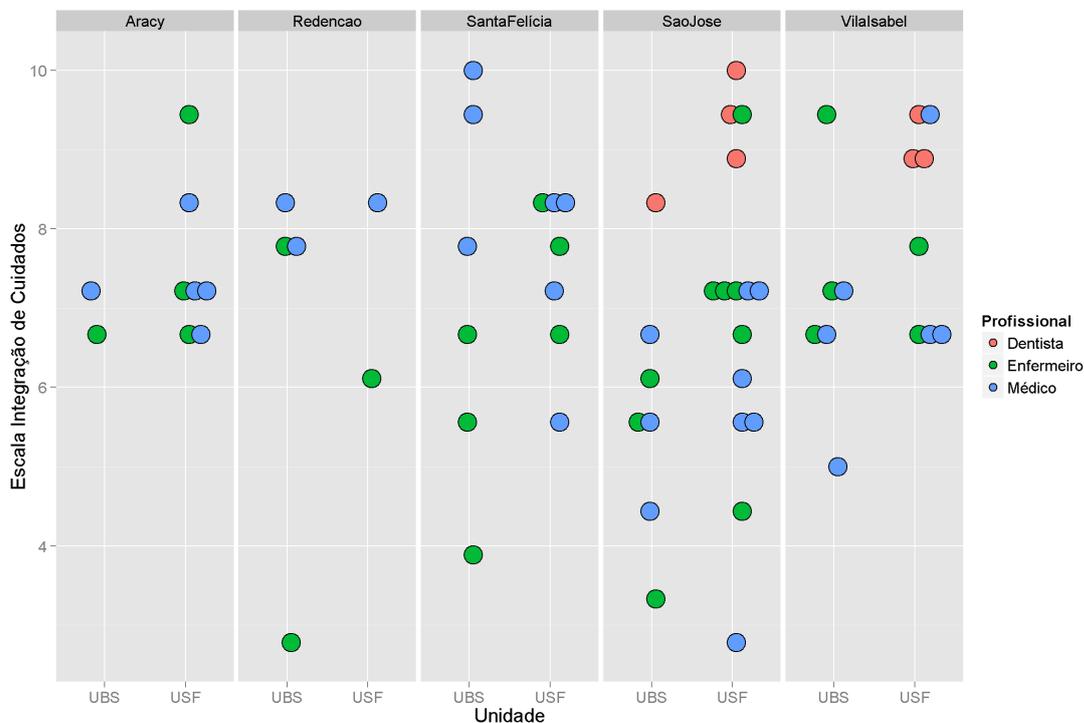
<b>fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?</b>			
<b>C5. Você recebe do especialista informações úteis sobre o paciente encaminhado?</b>	1,87	1,68	2,00
<b>C6. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?</b>	3,29	3,04	3,46

*Fonte: elaboração própria*

Outra fragilidade apontada pelo estudo se refere ao fato dos profissionais terem pouco conhecimento sobre as consultas que seus pacientes fizeram aos especialistas, comprometendo também a integralidade do cuidado. Existe uma lacuna no fornecimento de contrarreferência mas também no conhecimento a respeito do que aconteceu com o paciente quando este acessou outros pontos de atenção, sugerindo falha na responsabilização do cuidado.

O modelo de saúde da família teve desempenho ligeiramente inferior nesse item, apesar de contar com ACS que trabalham em um território adscrito realizando visitas periódicas e se responsabilizando por avisar o usuário sobre as marcações de consultas e trazer informações para a equipe obtidas diretamente com o usuário sobre seu fluxo dentro do sistema.

Gráfico 4. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Coordenação – Integração dos cuidados.



Fonte: elaboração própria

A maior parte das respostas está entre 6 e 8 no valor de escala, podemos observar que os dentistas tendem a dar maior valor de escala também para esse atributo. A ARES Santa Felícia e Vila São José acumulam a maior quantidade de baixo valor para esse escore, e as USF mostram maior força na orientação para esse atributo. Gráfico 4.

Outros estudos (IBANEZ ET AL, 2006; STRALEN, 2008, CARNEIRO ET AL, 2014) mostram divergências entre os valores encontrados para este atributo entre profissionais e usuários, os usuários consideram que os profissionais não pareceram interessados na qualidade do cuidado que foi prestado pelo especialista, sendo a avaliação dos usuários menos positiva nesse aspecto.

*Tabela 11. Desempenho do atributo Coordenação – Integração dos cuidados por ARES.*

ARES	ATRIBUTOS DE APS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ALTO	BAIXO
ARACY	Integração dos cuidados	7.41	0.92	100%	0%
REDENÇÃO	Integração dos cuidados	6.85	2.16	67%	33%
SANTA FELÍCIA	Integração dos cuidados	7.35	1.68	77%	23%
SÃO JOSÉ	Integração dos cuidados	6.59	1.92	55%	45
VILA ISABEL	Integração dos cuidados	7.62	1.38	93%	7%

*Fonte: elaboração própria.*

O componente Coordenação - Sistema de informações é avaliado através dos itens que questionam se os pacientes trazem documentos de outros serviços (D1), se é permitido ao usuário examinar seus prontuários (D2) e se os prontuários estão disponíveis no momento do atendimento (D3). Esse atributo ficou com escore alto nos serviços em geral, sendo que na ESF apresentou desempenho superior.

*Tabela 12. Média dos valores dos itens do atributo Coordenação – Sistema de informação.*

<b>Itens do atributo Coordenação – Sistema de informação</b>	<b>Média do valor do item nos serviços</b>	<b>Média do valor do item no modelo UBS</b>	<b>Média do valor do item no modelo USF</b>
<b>D1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex: Boletins de atendimento em emergência ou relatório hospitalar)?</b>	3,06	2,84	3,21

<b>D2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?</b>	3,30	2,92	3,54
<b>D3. Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?</b>	3,96	3,96	3,87

*Fonte: elaboração própria*

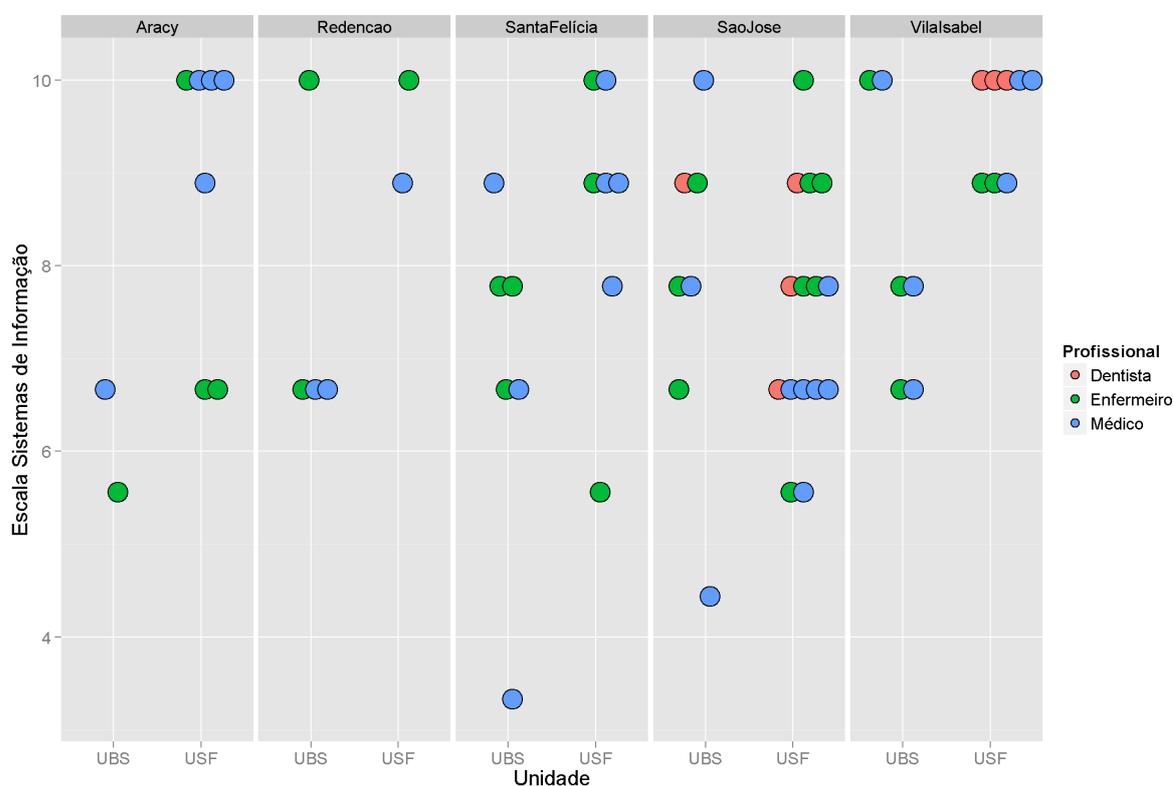
Esse componente do atributo teve boa avaliação nos dois modelos entretanto os itens D1 e D2 não conseguiram valor médio igual ou acima de 3 no modelo UBS, mostrando que o cuidado pode estar também não sendo tão efetivo pois não há solicitação de registros de atendimentos em outros serviços ou permissão para que o paciente tenha acesso ao seu prontuário, apesar do prontuário comumente estar presente durante o atendimento – observamos que para esse item o desempenho da UBS foi ligeiramente superior.

O modelo de UBS utiliza mais comumente o prontuário individual e a USF dispõe de prontuário familiar no qual estão reunidas todas as informações de saúde dos membros da família. Nas UBS há profissionais contratados exclusivamente para ações técnico-administrativas entre elas o cuidado com arquivamento e disponibilidade dos prontuários e nas USF esse trabalho é realizado pelos ACS no município de São Carlos.

Há necessidade de estudos que avaliem melhor a utilização do modelo de prontuário individual e familiar, quais as dificuldades que envolvem o uso desse tipo de registro e sua disponibilização para o usuário.

No Gráfico 5 para o atributo Coordenação – Sistema de informação notamos uma concentração de respostas acima de 6,6 indicando uma maior força desse atributo entre os serviços. Muitos profissionais avaliaram com nota máxima esse atributo. O pior desempenho foi de uma UBS na ARES Santa Felícia. Há uma maior quantidade de valores iguais, indicando maior homogeneidade na atribuição de valor para a escala de valor desse atributo.

Gráfico 5. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Coordenação – Sistema de informações.



Fonte: elaboração própria

Tabela 13. Desempenho do atributo Coordenação – Sistema de informação nas ARES.

Todas as ARES tiveram um alto valor de escala para esse atributo conforme mostra a Tabela 13.

ARES	Atributos de APS	Média	Desvio Padrão	Alto	Baixo
Aracy	Sistema de informação	8.27	1.85	89%	11%
Redenção	Sistema de informação	8.15	1.67	100%	0%

<i>Santa Felícia</i>	Sistema de Informação	7.78	1.87	85%	15%
<i>São José</i>	Sistema de informação	7.58	1.44	86%	14%
<i>Vila Isabel</i>	Sistema de Informação	8.97	1.27	100%	0%

Fonte: elaboração própria

### **Avaliação da Integralidade – Serviços disponíveis e Serviços Prestados.**

Para Starfield (2002), integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize recursos para abordá-las, assim a integralidade é importante pois assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde, disponibilizando uma variedade de serviços que possa atender as necessidades comuns à população atendida.

No PACTool o atributo integralidade possui duas dimensões – Serviços disponíveis e Serviços Prestados.

*Tabela 14. Média do valor dos itens do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis.*

<b>Itens do atributo integralidade – Serviços Disponíveis</b>	<b>Média do valor do item nos serviços</b>	<b>Média do valor do item no modelo UBS</b>	<b>Média do valor do item no modelo USF</b>
<b>E1.Aconselhamento nutricional</b>	3,06	3,00	3,10
<b>E2.Imunizações</b>	3,95	3,96	3,95
<b>E3.Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício da assistência social.</b>	3,30	3,12	3,41
<b>E4.Avaliação da saúde bucal.</b>	3,77	3,80	3,74
<b>E5.Tratamento dentário</b>	3,59	3,44	3,69
<b>E6.Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais</b>	3,67	3,48	3,79
<b>E7.Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)</b>	3,03	2,32	3,49
<b>E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental</b>	3,20	2,80	3,47

<b>E9. Sutura de um corte que necessite de pontos.</b>	2,61	1,80	3,13
<b>E10. Aconselhamento e solicitação de teste antiHIV</b>	3,92	3,84	3,97
<b>E11. Identificação de problemas auditivos.</b>	2,60	2,48	2,68
<b>E12. Identificação de problemas visuais.</b>	2,78	2,36	3,05
<b>E13. Colocação de tala</b>	1,78	1,48	1,97
<b>E14. Remoção de verrugas</b>	1,86	1,20	2,28
<b>E15. Exame preventivo para câncer de colo de útero.</b>	3,83	3,64	3,95
<b>E16. Aconselhamento sobre como parar de fumar</b>	3,20	2,88	3,41
<b>E17. Cuidados pré-natais</b>	3,75	3,44	3,95
<b>E18. Remoção de unha encravada</b>	2,16	1,52	2,56
<b>E19. Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões.</b>	3,31	2,76	3,67
<b>E20. Aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento.</b>	3,48	3,28	3,62
<b>E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.</b>	3,62	3,24	3,87
<b>E22. Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex. leite e alimentos)</b>	3,78	3,76	3,79

*Fonte: elaboração própria*

Esse atributo mostrou maior diferença na avaliação entre os modelos de UBS e modelo de USF, no modelo USF os serviços disponíveis que integram a avaliação são mais frequentemente oferecidos embora persista alguma fragilidade em relação a oferta de procedimentos como colocação de tala, remoção de verrugas, remoção de unha encravada e avaliação da acuidade auditiva. A diferença foi significativa ( $p$  valor  $<0,05$ ).

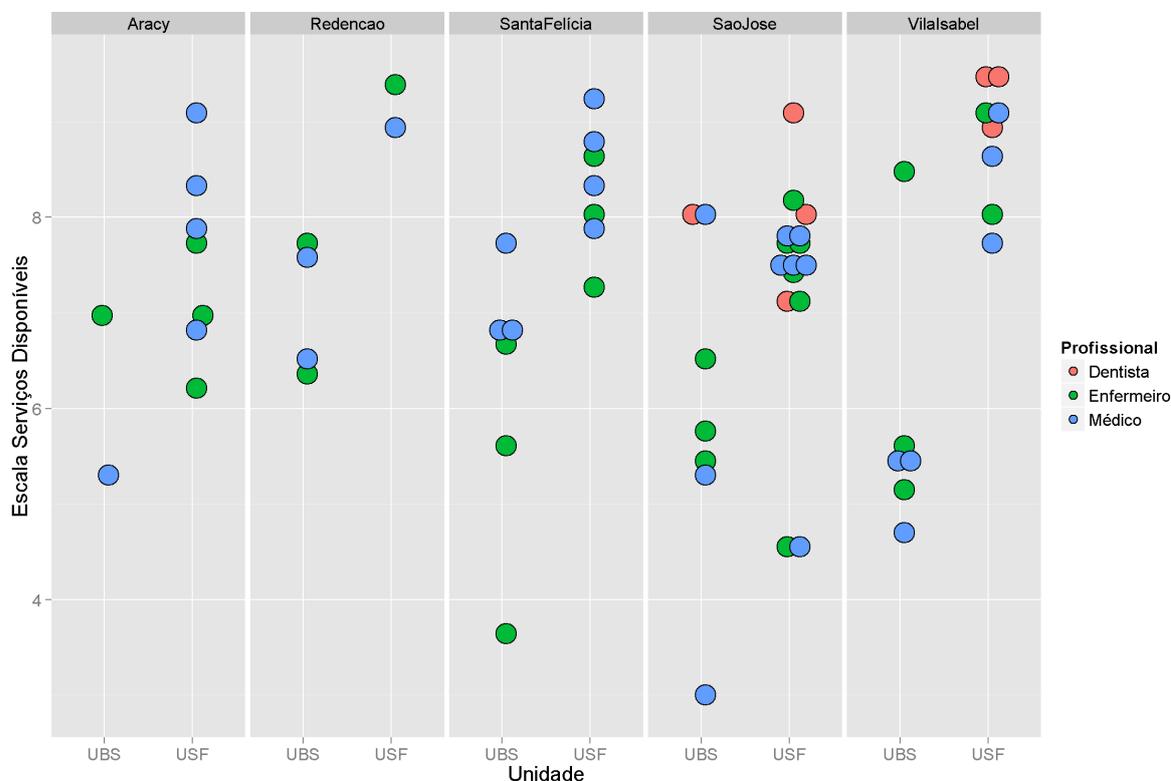
O modelo UBS tem média abaixo de 3 para esses itens e pior avaliação também nos itens que questionam ações relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas, tabagismo, aconselhamento sobre saúde mental, avaliação de acuidade visual e

orientações em caso de incapacidade. O valor de escala para o modelo UBS ficou abaixo de 6,6 indicando que o atributo é fraco para esse modelo de atenção.

Como a maioria das entrevistas com médicos nas UBS foi realizada com médicos do programa mais médicos com formação em medicina geral e integral, as respostas podem ter sofrido impacto positivo. O modelo de UBS tradicional oferece atendimento com especialistas focais (pediatra, ginecologistas e clínico geral para atendimento à saúde do adulto) que realizam procedimentos específicos da área, enquanto a formação em medicina de família ou medicina geral e integral abarca as condições mais comuns em atenção primária sem foco específico em uma especialidade.

No Gráfico 6 observamos que para o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis há maior concentração de respostas acima de 6,6 no modelo USF e valores baixos de escala entre os profissionais médicos e enfermeiros do modelo UBS. A ARES Aracy e Redenção apresentam menor dispersão dos valores e a ARES São José possui a maior dispersão com concentração grande de respostas positivas para o modelo USF.

Gráfico 6. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis.



Fonte: elaboração própria

O desempenho desse componente teve média com alto valor de escala nas ARES mas com uma porcentagem considerável de baixo valor.

Tabela 15. Desempenho do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis nas ARES.

<b>ARES</b>	<b>Atributos de APS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Alto</b>	<b>Baixo</b>
Aracy	Integralidade - Serviços Disponíveis	7.26	1.14	78%	22%
Redenção	Integralidade - Serviços Disponíveis	7.75	1.23	83%	33%
Santa Felícia	Integralidade - Serviços Disponíveis	7.34	1.50	85%	15%
São José	Integralidade - Serviços Disponíveis	6.90	1.50	73%	27%
Vila Isabel	Integralidade - Serviços Disponíveis	7.52	1.82	64%	36%

Fonte: elaboração própria

O componente Serviços Prestados do atributo Integralidade refere-se a ações orientadas para toda população ou populações selecionadas, são atividades primárias preventivas como o uso de cinto de segurança e capacetes, segurança no lar, orientações sobre alimentação saudável, etc.

Tais intervenções são atividades de saúde pública e requer o conhecimento preexistente sobre probabilidade do risco, tais ações podem ser desempenhadas tanto pelo serviço de saúde quando por um esforço da saúde pública através de campanhas publicitárias ou atividades de educação em saúde, por exemplo.

Aspectos estruturais relevantes que influenciam o atributo estão relacionados a treinamento e motivação dos funcionários na unidade de saúde, a adequação das informações disponíveis e sua transferência, os incentivos financeiros e a clara definição da população abrangida pela unidade (STARFIELD, 2002).

A Tabela 16 mostra que os serviços apresentam pior desempenho em itens relacionados a perguntas sobre porte de arma de fogo, aconselhamento sobre uso de cinto de segurança, uso assento para crianças no carro e como evitar queda de crianças de altura, tanto no modelo UBS como no modelo USF esses itens ficaram com média abaixo de 3. O modelo UBS ainda teve pior desempenho nas atividades de orientação de queimaduras, exposição de substâncias perigosas no lar, no trabalho e na vizinhança.

*Tabela 16. Média do valor dos itens do atributo Integralidade - Serviços Prestados*

<b>Itens do atributo Integralidade – Serviços Prestados</b>	<b>Média do valor do item nos serviços</b>	<b>Média do valor do item no modelo UBS</b>	<b>Média do valor do item no modelo USF</b>
<b>F1.Conselhos sobre alimentação saudável e sobre dormir suficientemente</b>	3,80	3,68	3,87
<b>F2.Segurança do lar, ex: como guardar medicamentos com segurança.</b>	3,53	3,44	3,59
<b>F3.Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro,</b>	2,67	2,52	2,77

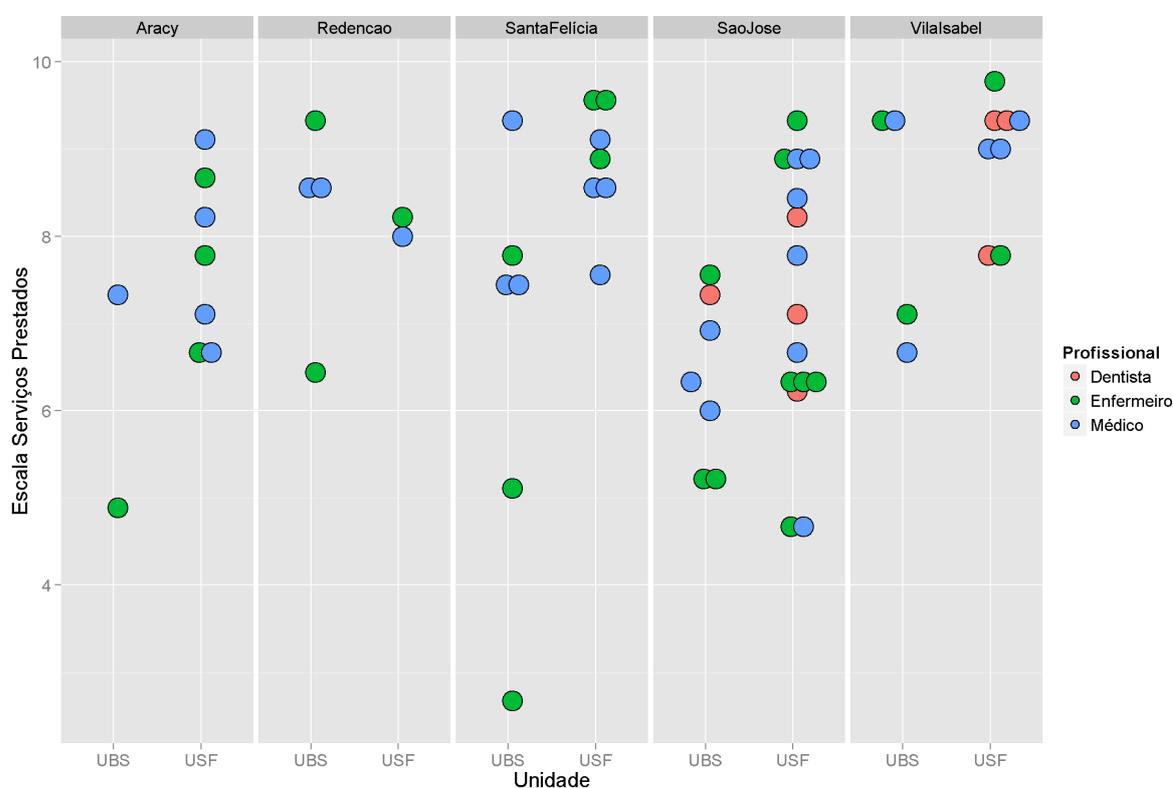
<b>evitar que crianças tenham queda de altura.</b>			
<b>F4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir.</b>	3,44	3,48	3,41
<b>F5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.</b>	3,71	3,65	3,74
<b>F6. Teste de sangue para verificar níveis de colesterol.</b>	3,81	3,65	3,90
<b>F7. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.</b>	3,77	3,65	3,85
<b>F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança.</b>	2,98	2,83	3,08
<b>F9. Pergunta se o paciente tem arma de fogo em casa</b>	1,47	1,35	1,54
<b>F10. Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.</b>	2,98	2,87	3,05
<b>F11. Como prevenir quedas</b>	3,48	3,27	3,59
<b>F12. Prevenção de osteoporose em mulheres</b>	3,36	3,09	3,51
<b>F13. Cuidados de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.</b>	3,67	3,50	3,77
<b>F14. Maneiras de lidar com comportamento das crianças</b>	3,38	3,14	3,51
<b>F15. Mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança esperado para a idade</b>	3,48	3,00	3,40

*Fonte: elaboração própria*

As ações elencadas no instrumento podem ser desempenhadas por qualquer profissional da equipe de saúde, não são atividades exclusivas de nenhuma categoria, entretanto notamos que aquelas associadas a prevenção primária podem estar sendo negligenciadas, as relacionadas a prevenção secundária com possibilidade de rastreamento de um diagnóstico específico como atraso de desenvolvimento e crescimento nas crianças, alterações de comportamento, problemas com climatério ou ciclo menstrual são mais comumente desempenhadas pelas equipes, talvez sejam percebidas como ações nas quais sejam mais específicas dos serviços de saúde e os profissionais entendam como ações que estão no escopo da APS.

No Gráfico 7 para o atributo Integralidade – Serviços Prestados há uma maior concentração de valores acima de 6,6, os valores mais baixos foram para a avaliação dos enfermeiros de UBS, apenas um profissional de USF avaliou esse atributo com valor abaixo de 6. As ARES Vila Isabel e Redenção obtiveram uma maior concentração de valor alto para esse atributo. A ARES Santa Felícia apresentou maior dispersão no valor de escala.

Gráfico 7. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Integralidade – Serviços Prestados.



Fonte: elaboração própria

Tabela 17. Desempenho do atributo Integralidade – Serviços Prestados por ARES.

ARES	Atributos de APS	Média	Desvio Padrão	Alto	Baixo
Aracy	Integralidade - Serviços Prestados	7.38	1.27	89%	11%
Redenção	Integralidade - Serviços Prestados	8.18	0.97	83%	17%
Santa Felícia	Integralidade - Serviços Prestados	7.81	1.97	85%	15%

São José	Integralidade - Serviços Prestados	6.97	1.41	55%	45%
Vila Isabel	Integralidade - Serviços Prestados	8.65	1.03	100%	0%

Fonte: elaboração própria.

### **Avaliação da “Orientação Familiar”.**

O atributo derivado da APS “orientação familiar” implica considerar a família como sujeito da atenção e conhecer a importância da família na experiência com o adoecer e como o local mais importante de desenvolvimento da pessoa.

Um serviço de saúde com forte orientação familiar e comunitária favorece o planejamento e execução de ações, permitindo que o cuidado de enfermagem e dos demais profissionais da saúde seja mais efetivo. A integração da família no cuidado à saúde da criança, assim como, a integração entre dos serviços de saúde e seus profissionais no cuidado da família amplia a relação entre sujeitos, remodelando o enfoque da assistência à saúde (ARAÚJO et al, 2014).

O atributo é avaliado pela PCATool perguntando aos profissionais da APS se eles perguntam aos pacientes sobre suas ideias em relação ao planejamento e o tratamento do cuidado do paciente ou membro da família (G1), se pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer na família dos pacientes (G2) e se o profissional está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar (G3).

*Tabela 18. Média do valor dos itens do atributo “Orientação Familiar”.*

<b>Itens do atributo Orientação Familiar</b>	<b>Média do valor do item nos serviços</b>	<b>Média do valor do item no modelo UBS</b>	<b>Média do valor do item no modelo USF</b>
<b>G1. Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família</b>	3,27	3,12	3,36
<b>G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que possam ocorrer na família dos pacientes.</b>	3,67	3,56	3,74

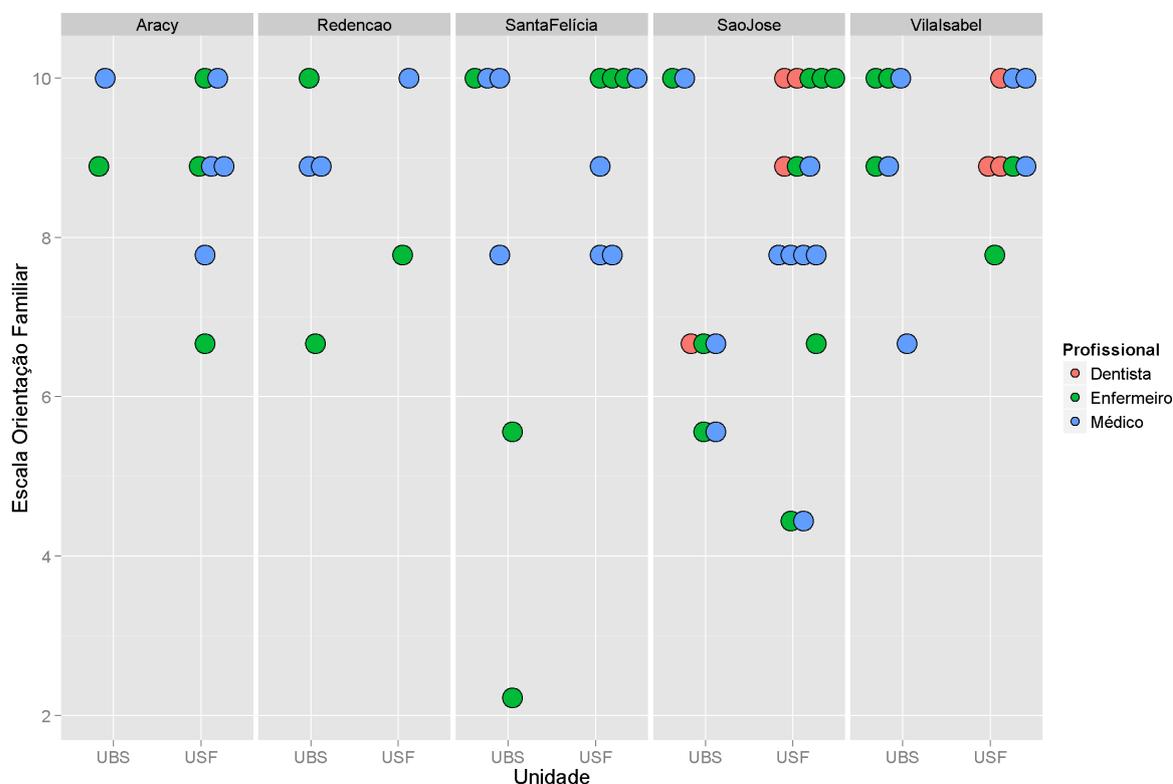
<b>G3. Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar.</b>	3,72	3,68	3,74
--	------	------	------

Fonte: elaboração própria

Na Tabela 18 podemos observar que esse atributo foi muito bem avaliado pelos serviços, com média um pouco superior no modelo USF. Esse resultado difere do encontrado em estudos realizados em Minas Gerais e São Paulo (ARAÚJO ET AL, 2014).

O atributo orientação familiar atingiu valor máximo na escala em todas as ARES, houve uma maior dispersão nos valores na ARES São Felícia e São José, apenas um profissional de USF atribuiu baixo valor para esse atributo. A maioria das respostas com valor máximo de escala estão concentradas nas USF. Gráfico 8.

Gráfico 8. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo Orientação Familiar.



Fonte: elaboração própria

*Tabela 19. Desempenho do atributo Orientação Familiar nas ARES.*

<b>ARES</b>	<b>Atributos de APS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Alto</b>	<b>Baixo</b>
Aracy	Orientação Familiar	8.89	1.11	100%	0%
Redenção	Orientação Familiar	8.70	1.30	100%	0%
Santa Felícia	Orientação Familiar	8.46	2.34	85%	15%
São José	Orientação Familiar	7.93	1.89	82%	18%
Vila Isabel	Orientação Familiar	9.13	0.99	100%	0%

Fonte: elaboração própria

### **Avaliação da “Orientação Comunitária”**

A “Orientação Comunitária” é um atributo derivado da APS. Segundo Starfield (2002) refere-se ao “conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços”

O atributo orientação comunitária avalia se o serviço faz visitas domiciliares (H1), se tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade (H2), se ouve opiniões e ideias da comunidade (H3), se faz pesquisas de satisfação (H4), se faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde (H5) e se tem usuários no conselho local de saúde (H6).

Em São Carlos os serviços mostraram baixo escore para esse atributo mesmo quando estratificamos por modelo de serviço.

Também percebemos que o desempenho do modelo de saúde da família tem desempenho melhor, porém não consegue alcançar um escore alto.

De fato, os serviços não costumam fazer pesquisas de satisfação e muitos não têm usuários no conselho local de saúde ou conselho gestor, mostrando uma

fragilidade também da participação popular e controle social, apesar da PNAB citar como princípios da APS o estímulo a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Os itens melhor pontuados para esse atributo no modelo saúde da família são a realização de visitas domiciliares - que atinge escore máximo - e conhecimento dos problemas da comunidade, embora os serviços não avaliaram bem ou não disponham de dispositivos de escuta da população acerca de suas ideias, opiniões e satisfação. O resultado melhor da ESF pode se dever ao fator do trabalho do ACS fazer vistas aos domicílios para atualização de cadastros e vigilância à saúde, permitindo às equipes acessarem dados demográficos e epidemiológicos do seu território.

Outro dado que chama a atenção é a presença de usuários no conselho local de saúde, no modelo de UBS tradicional há um alto valor para esse item e na USF não, isso pode acontecer pela extensão territorial e tamanho da população de uma UBS se comparada com as USF, mas o dado aponta a necessidade de futuras pesquisas para entender como ocorre a participação popular nos serviços de atenção básica, principalmente nos que utilizam a ESF.

*Tabela 20. Média dos escores para os itens do atributo “Orientação Comunitária”*

<b><i>Itens do atributo “Orientação Comunitária”</i></b>	<b><i>Média do valor do item nos serviços</i></b>	<b><i>Média do valor do item no modelo UBS</i></b>	<b><i>Média do valor do item no modelo USF</i></b>
<b><i>H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?</i></b>	3,59	2,76	4,00
<b><i>H2. Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?</i></b>	2,97	2,52	3,26
<b><i>H3. Seu serviço de saúde ouve as opiniões e ideias da comunidade de como</i></b>	2,95	2,64	3,16

<b>melhorar os serviços de saúde?</b>			
<b>H4. Faz pesquisa com seus pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?</b>	2,38	1,96	2,55
<b>H5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?</b>	2,32	1,72	2,71
<b>H6. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde.</b>	2,56	3,32	2,05

*Fonte: elaboração própria*

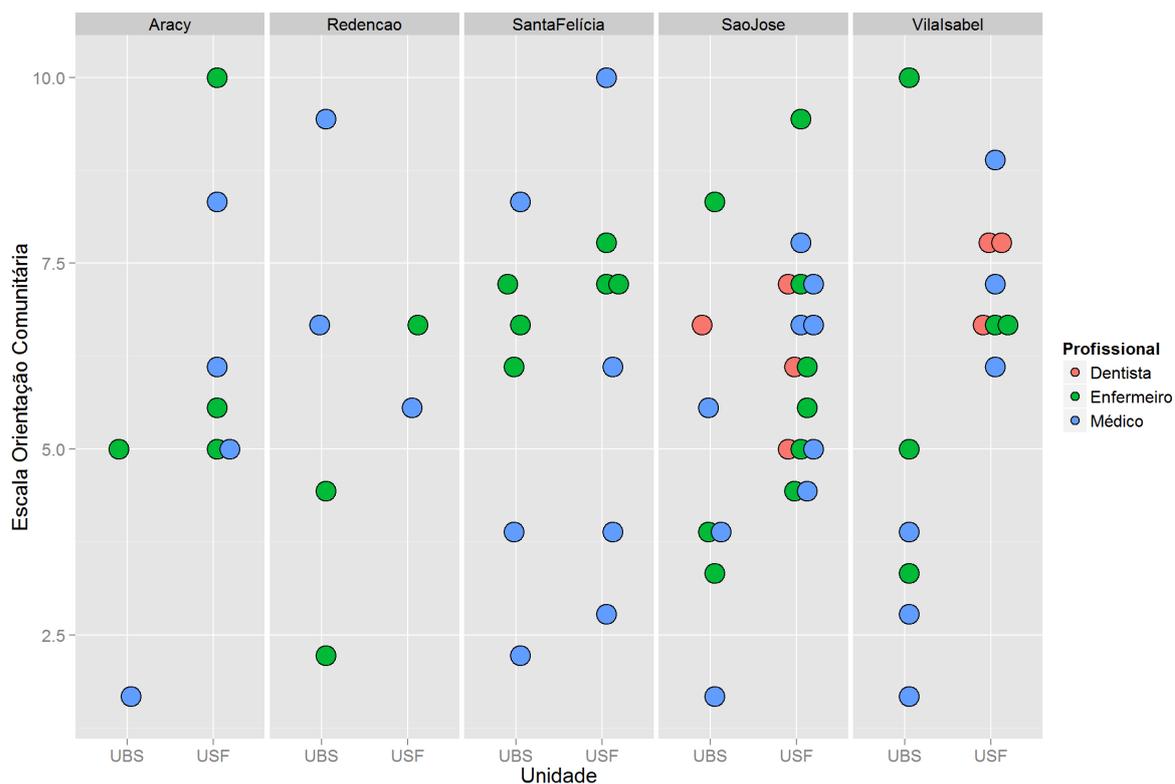
No estudo de Macinko et al (2004) realizado em Petrópolis, quando comparados os modelos da ESF e UBS tradicionais, as primeiras realizam mais pesquisas para saber problemas da comunidade, oferecem mais vistas domiciliares; trabalhos intersetoriais e tem maior autonomia para reorganizar os serviços com base nos problemas identificados na comunidade.

No estudo de Dasvechi et al (2015) realizado em 39 serviços de saúde de Londrina a aplicação do PCATool versão infantil mostrou que a orientação comunitária também obteve resultados insatisfatórios. A única pergunta que atingiu o valor ideal foi sobre a realização de visitas domiciliares.

A orientação comunitária, em estudo realizado por Oliveira (2007) na cidade de Porto Alegre, apresentou baixos escores para o modelo UBS e Cassi, a ESF atingiu valores superiores a 5, provavelmente pela atuação dos ACS.

No Gráfico 9 para o atributo orientação comunitária há uma maior dispersão das respostas, com maior concentração de respostas entre 5 e 7,5. Os menores valores de escala estão, na maior parte, nas UBSs e foram avaliados pelos médicos, menos na ARES Redenção. As ARES Aracy, Santa Felícia e Vila Isabel apresentaram maior dispersão nas respostas.

Gráfico 9. Relação entre valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para o atributo “Orientação Comunitária”



Fonte: elaboração própria

Tabela 21. Desempenho do atributo Orientação Comunitária nas ARES.

<b>ARES</b>	<b>Atributos de APS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Alto</b>	<b>Baixo</b>
Aracy	Orientação Comunitária	5.83	2.48	25%	75%
Redenção	Orientação Comunitária	5.83	2.43	50%	50%
Santa Felícia	Orientação Comunitária	6.11	2.29	54%	46%
São José	Orientação Comunitária	5.78	1.80	41%	59%
Vila Isabel	Orientação Comunitária	6.03	2.41	57%	43%

Fonte: elaboração própria

## Avaliação da Escala Essencial e Escala Geral.

A escala essencial mede a média dos valores dados aos atributos essenciais – Acesso de Primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade – e a escala geral a média de todos os atributos incluindo os derivados – orientação familiar e comunitária. Os serviços em geral mostraram média acima de 6,6 para os serviços em geral.

O modelo USF teve bom desempenho na força dos atributos essenciais, apenas Acesso de Primeiro Contato apresentou fragilidade.

No modelo UBS tradicional os atributos essenciais mostraram fragilidade e a escala essencial ficou com valor menor que 6,6. Dois atributos essenciais mostraram maior fragilidade, o Acesso de Primeiro Contato e Integralidade – Serviços Disponíveis.

A escala Geral que inclui os valores dos atributos derivados – Orientação Familiar e Comunitária – teve bom desempenho no modelo USF embora a Orientação Comunitária apresente frágil. No Modelo UBS a escala geral ficou com baixo valor e o componente Orientação Familiar também é frágil. Tabela 22.

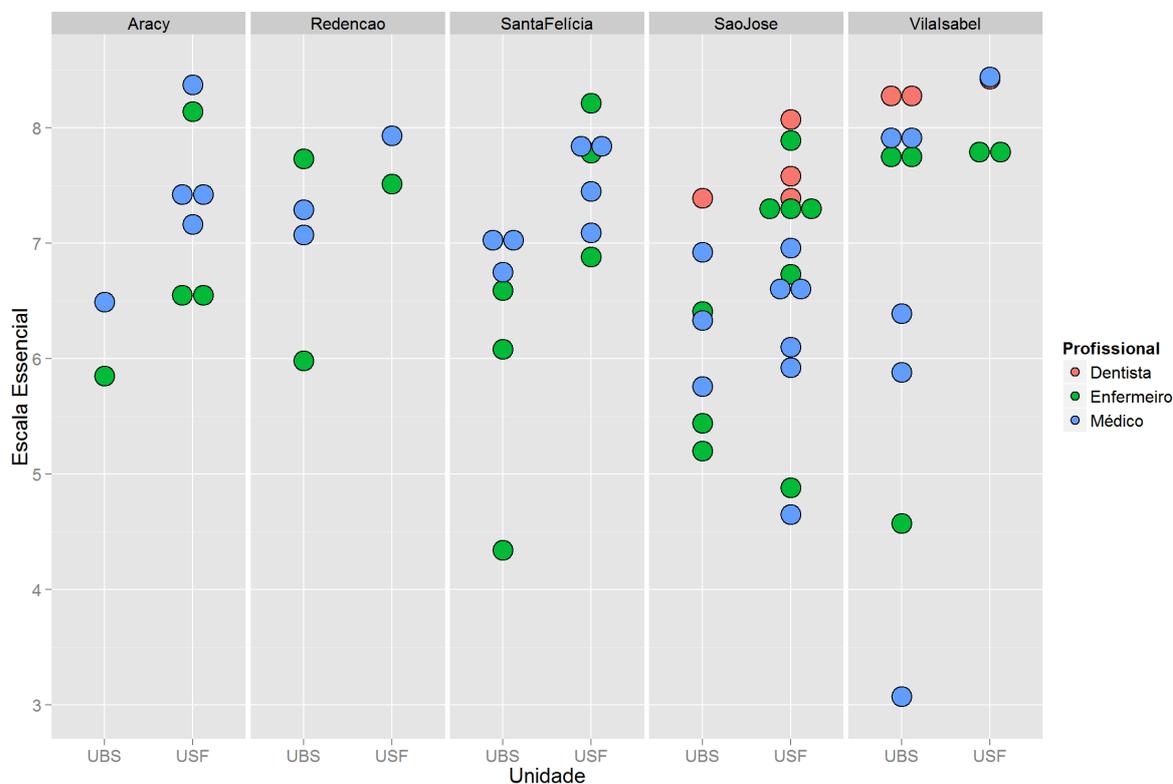
*Tabela 22. Valor de Escala Essencial e Geral no modelo UBS e USF.*

<i>Atributos derivados da APS</i>	<i>Média do Valor de Escala na UBS</i>	<i>Média do Valor de Escala na USF</i>
<i>Escala essencial</i>	<b>*6,28</b>	*7,34
<i>Escala Geral</i>	<b>*6,35</b>	*7,38

\*p valor < 0,05

Fonte: elaboração própria

Gráfico 10. Relação entre Valores de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para Escala Essencial.



Fonte: elaboração própria

O Gráfico 10 para escala Essencial, ou seja, a soma dos valores do Acesso de primeiro contato (A), Longitudinalidade (B), Coordenação – integração dos cuidados (C), Coordenação – Sistema de informações (D), Integralidade – serviços disponíveis (E), Integralidade – serviços prestados (F) dividido por 6 mostra uma concentração de valores entre 6 e 7, com piores valores nas UBSs, a não ser na ARES São José na qual os profissionais de USF também avaliaram mal esse atributo. Os maiores aconteceram nas USFs.

Gráfico 11. Relação entre escala Valor de escala, modelo de serviço, ARES e categoria profissional para a escala geral.



## 6. Conclusão

A avaliação da presença e extensão dos atributos de APS no município de São Carlos apresentou fragilidades nos serviços em geral em dois atributos: Acesso de Primeiro Contato e Orientação Comunitária.

As análises descritivas compararam os modelos de UBS tradicional e USF, sugerindo um pior desempenho das UBS em todos os atributos. O acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, Integralidade - Serviços Disponíveis e orientação comunitária ficou com valores abaixo de 6,6 na escala, nas UBS. A fragilidade desses atributos impactou o valor da escala essencial que mede a força e extensão dos atributos essenciais – Acesso de Primeiro Contato, longitudinalidade, Coordenação e Integralidade – e também o valor da escala geral que mede a força de todos os atributos incluindo os derivados – Orientação familiar e comunitária.

A análise inferencial mostrou que a diferença foi significativa na comparação entre modelos para Acesso de primeiro contato, Coordenação – Sistema de informações, Integralidade serviços disponíveis e serviços prestados, orientação familiar, orientação comunitária e escala essencial e geral.

O atributo acesso teve resultados semelhantes em outros trabalhos (CHOMATAS, 2013; REIS et al, 20013; IBAÑEZ, 2013), que mostraram escores baixos devido ao processo de organização do trabalho nas unidades, no Brasil em geral as unidades não abrem após as 20 horas, nem no final de semana e não é costume conseguir aconselhamento por telefone, porém, em São Carlos, o item aconselhamento por telefone foi bem avaliado, embora não exista nenhuma determinação da gestão em relação ao uso do email ou telefone.

Para o atributo longitudinalidade e Coordenação – Integração dos Cuidados não apresentaram diferença significativa entre os serviços, resultado parecido com o encontrado por Castro et al, (2012) no município de Porto Alegre. Os itens do atributo Coordenação - Integração do Cuidado que tratam da contrarreferência foram mal avaliados nos dois modelos, há necessidade de melhorar a troca de informações entre os profissionais que atuam em diferentes pontos de atenção da rede.

A integralidade – serviços disponíveis foi o atributo que mostrou maior diferença entre os modelos de serviços, o USF mostra um elenco maior de

procedimentos e ações incorporadas a prática das equipes, isso provavelmente aumenta a resolutividade dos serviços. A integralidade – serviços Prestados avalia itens bastante relacionados a ações de saúde pública, o mal desempenho das UBS indica necessidade de maior investimento em ações de educação permanente para os profissionais, adequação da estrutura das unidades e adequação das informações disponíveis e sua transferência.

A orientação familiar obteve bom desempenho em ambos os modelos, sem diferenças significativas (p valor <0,05).

A orientação comunitária obteve baixo escore em ambos os modelos e apresentou diferença significativa, o modelo UBS tem maior força nos itens que avaliaram a participação popular e a USF na realização de visitas domiciliares.

Outros trabalhos que medem a coerência entre os atributos da APS e sua prática operacional, permitiram verificar que, em todos eles e em diferentes regiões de nosso País, o modelo da ESF foi sempre superior aos modelos de UBS tradicional. Foi assim, no município de Porto Alegre (CASTRO et al, 2012); em Petrópolis (MACINKO et al., 2004); em São Paulo (ELIAS et al., 2006); em 41 municípios das regiões Nordeste e Sul (FACCHINI et al, 2006); em 62 municípios do estado de São Paulo (IBAÑEZ et al., 2008); em nove municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso (VAN STRALEN et al., 2008); e em Curitiba (CHOMATAS, 2011).

O presente estudo apresenta resultados que vão nessa mesma direção, mostrando que o modelo de saúde da família apresenta maior força e extensão dos atributos de atenção primária à saúde.

O gráfico de pontos permite mapear quais modelos, categorias profissionais e ARES que mostraram pior desempenho na resposta individual, e a partir disso priorizar ações locais que contribuam para melhorar a orientação da atenção primária nos serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Celia; MACINKO, James. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local. Brasília-df: Organização Mundial da Saúde, 2006. 215 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde;10).

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.286-298, fev. 2010.

ARAUJO, Juliane Pagliari et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 5, n. 27, p.440-446, jul. 2014.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. . Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ministério da Saúde (Org.). Programa Mais Médicos - dois anos: Mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Editora Ms, 2010. 80 p. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 10 set. 2015.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1772-1784, set. 2012. Mensal. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2012000900015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000900015&lng=en&nrm=iso)>>. Acesso em: 10 set. 2015.

CCBS, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Coordenação da Graduação em Medicina. Caderno do Curso de Medicina. São Carlos: Ufscar, 2008. 110 p.

CHOMATAS, Eliane et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p.294-303, out./dez. 2013. Trimestral. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/828/587>>. Acesso em: 10 set. 2015.

CONASS (Brasil). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção à Saúde. 20. ed. Brasília: Brasil, 2007. 500 p. (8).

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde –. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: para entender a gestão do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 127 p. Disponível em: <[file:///C:/Users/HP/Downloads/S\\_01\\_Atenção\\_Primary\\_e\\_Nets\\_of\\_Attention\\_to\\_Health.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/S_01_Atenção_Primary_e_Nets_of_Attention_to_Health.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2016.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2011.

CONILL, E.; FAUSTO, M. *Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Rio de Janeiro: EuroSocial Salud, 2007

DASCHEVI, Jéssica Mendes et al. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, p.31-38, Não é um mês valido! 2015. Semestral.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quartely, S.i., v. 3, n. 44, p.166-203, 1966.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciências e Saúde Coletiva, São Paulo, v. 3, n. 11, p.633-641, 2006. Editar

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Pelotas, v. 3, n. 11, p.669-681, 2006. Editar

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 1, p.41-48, mar. 2013.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 12, p.4851-4860, 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1413-812320141912.00572014.

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.440-410, Abr-Jun, 2015.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 71 p.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhaes de. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / Cebes, 2008. Cap. 16. p. 575-624.

HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 22, n. 8, p.1649-1659, 2006. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0102-311x2006000800013.

HARZHEIM, Erno et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *Bmc Health Services Research*, [s.l.], v. 6, n. 1, p.156-162, 2006. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1186/1472-6963-6-156.

HAUSER, Lisiane et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil; versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, [s.l.], v. 29, n. 8, p.244-255, out./dez. 2013. Trimestral.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.683-703, jul./set. 2006.

MACINKO, James et al. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 21, n. 2-3, p.73-84, mar. 2007.

Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2015.

MACINKO, James et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *The International Journal Of Health Planning And Management*, [s.l.], v. 19, n. 4, p.303-317, out. 2004. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.766>.

MACINKO, James; GUANAIS, Frederico C; SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health*, Nova Iorque, n. 60, p.13-19, 2006.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.. Brazil's Family Health Strategy: Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *The New England Journal of Medicine*. England, p. 2177-2181. 4 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501140>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; ERINOSHO, Temitope. The impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- an Middle-Income Countries. *J Ambulatory Care Manage*. [s. L.], p. 150-171. abr. 2009. Disponível em: <<http://depts.washington.edu/sphnet/wp-content/uploads/2013/01/Macinko.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Serv Res*, [s.l.], v. 38, n. 3, p.831-865, jun. 2003. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>.

MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde Para Debate*, Rio De Janeiro, v. 52, p.15-37, out. 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulgação em Saúde Para Debate*, Rio De Janeiro, v. 52, p.38-49, out. 2014.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Atenção Primária em Saúde - Agora mais que nunca: Relatório Mundial de Saúde 2008. Geneva: Who Press, 2008. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/02/RELATORIO-MUNDIAL-SAUDE-2008-APS.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT (PHM). Carta dos povos pela Saúde. 2000. Disponível em: <<http://www.phmovemnt.org/es>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

PEREIRA, Adelyne Maria e Mendes et al. Atenção Primária à Saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p.482-499, set. 2012.

REIS, Regimarina Soares et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Ciênc. Saúde Coletiva, [s.l.], v. 18, n. 11, p.3321-3331, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001100022>.

SANTOS JUNIOR, Dorival Pereira dos; SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. Controle social e participação popular na gestão pública do município de São Carlos-SP, 2008. 2008. 51 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

SANTOS, Simone Maria Silva. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais, v. 4, n. 14, p.499-508, out. 2010.

SARTI, Thiago Dias et al. Validade de conteúdo da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Physis, [s.l.], v. 21, n. 3, p.865-878, 2011. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0103-73312011000300006.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ms, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, [s.l.], v. 83, n. 3, p.457-502, set. 2005. Wiley-Blackwell. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

STEIN, Airton Tetelbom. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiol. Serv. Saúde*, [s.l.], v. 22, n. 1, p.179-181, 2013. Instituto Evandro Chagas. DOI: 10.5123/s1679-49742013000100019.

TAKEDA, Sílvia. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde: O que é a atenção primária?. In: DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 3, p. 21.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família da Região Centro-Oeste do Brasil. 2008. Disponível em: <[http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT\\_pubs/van\\_Sralen\\_2008.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT_pubs/van_Sralen_2008.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2015.

## ANEXO A. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – VERSÃO PROFISSIONAIS.

### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais

#### A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 – Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais**

**B - LONGITUDINALIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

---

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?** (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Alguns tipos de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Alguns tipos de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

**Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):**

- de todas as idades
- somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- somente adultos

*Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:*

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

**Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?** (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

**Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"**

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 – Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

**Entrevistador pergunte:** “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Profissionais  
H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

## ANEXO B. CARTÃO RESPOSTA.

Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS.**

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde na rede de atenção primária à saúde do município de São Carlos” como atividade do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, sob orientação do Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva.

Esta pesquisa irá fazer uma avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária oferecidos no município de São Carlos. Queremos identificar, avaliar e comparar a presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde nas unidades de saúde da rede de atenção primária à saúde de São Carlos. Farão parte deste estudo os profissionais de nível superior, que trabalham nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família do município e que aceitem livremente participar da pesquisa, após a leitura, aceitação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção primária à saúde prestada no seu serviço de saúde com o propósito auxiliar gestores e trabalhadores da rede de assistência à saúde a identificar atributos que precisam ser melhorados trazendo como benefício uma melhor atenção à saúde para a população de São Carlos. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A pesquisa será realizada no seu ambiente de trabalho. Se você sentir qualquer desconforto ou constrangimento poderá solicitar a interrupção da entrevista a qualquer momento.

Ressaltamos que sua concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição como profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá a qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa, os pesquisadores garantem que seu nome será preservado, e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

Você receberá uma cópia deste termo e poderá entrar em contato com o pesquisador responsável principal no Departamento de Medicina da UFSCar situado na Rodovia Washington Luiz, Km 235, CEP 13.565-950 – São Carlos- SP, fone (16)3351-8340 ou através do endereço eletrônico marpra77@hotmail.com, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada. Fui informado (a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia que não serei identificado (a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão usadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Mariana de Almeida Prado Fagá  
Departamento de Medicina - CCBS- UFSCar

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.b](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

**Local e data**

---

Assinatura do sujeito da pesquisa.