UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO

Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool

RIBEIRÃO PRETO

2018

GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO

Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool

Versão Original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientador: Prfa. Dra. Carmen Silvia Gabriel

RIBEIRÃO PRETO

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Machado, Gilmar Antonio Batista
Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool. Ribeirão Preto, 2018.
95 f. : il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.
Orientador: Prfa. Dra. Carmen Silvia Gabriel
Versão Original

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Saúde Pública.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista

Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores e pesquisadores da Atenção Primária à Saúde, por acreditarem num sistema de saúde mais justo e equânime

.

À Kezia, pelo apoio e companheirismo.

“A gente vai contra a corrente

Até não poder resistir

Na volta do barco é que sente

O quanto deixou de cumprir

Faz tempo que a gente cultiva

A mais linda roseira que há

Mais eis que chega a roda-viva

E carrega a roseira pra lá”

(Chico Buarque de Hollanda)

AGRADEDIMENTOS

À Kezia, esposa no sentido total da palavra, que tanto incentiva e colabora na construção de nossa vida.

À meu pai, Arlindo, meus irmãos, Geraldo, Gesner e Guilherme e suas belas famílias, meus sogros e cunhados, Ana e Dirceu, Samuel e Ana, por fazerem o caminhar mais leve, mas com passos firmes.

À minha orientadora, Dra. Carmen Sílvia Gabriel, que acreditou neste projeto e possibilitou meu crescimento como já nem imaginava que fosse possível. Há, aqui, gratidão eterna.

Aos meus colegas de trabalho do Núcleo de Atenção Primária à Saúde de Passos, em especial à Jaqueline, pelo fundamental empurrão no começo, e à Fabíola, pela compreensão e estímulo em persistir.

À enfermeira Valquíria Calzavara, pela contribuição na coleta de dados, ajuda indispensável para finalizar o trabalho. Muito obrigado!

Ao Jean José Silva, por tornar os números um pouco menos intransponíveis. Preciosa ajuda na análise estatística.

Aos professores e colegas do Mestrado Profissional, pelo conhecimento e troca de saberes e vivências.

Ao Vinícius, do CEP, pelo cuidado e ajuda com os discentes,

Aos muitos amigos que participaram de muitas maneiras dessa empreitada: os da igreja, os da corrida, os do serviço e das viagens, por ajudarem a tornar a vida possível.

E, por fim, a Deus. Que cuida sobremaneira de nós. Toda honra e toda glória!

RESUMO

MACHADO, G. A. B. **Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool**. 2018. 95f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do interior de Minas Gerais. A avaliação dos serviços de saúde, por meio de instrumentos validados, é um dos modos de se verificar o cumprimento de atributos que qualificam estes serviços. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A população deste estudo foi composta por 83 profissionais de nível fundamental, médio e superior das equipes da Estratégia de Saúde da Família, já que a APS local é formada somente por elas, e da gestão municipal. Foram aplicados dois instrumentos, sendo o primeiro de caracterização dos participantes, e o segundo o PCA-Tool Brasil versão profissional, que avalia oito atributos característicos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado integração do cuidado e sistemas de informações, integralidade dos serviços disponíveis e serviços prestados, orientação familiar e comunitária. A análise dos dados fundamentou-se na estatística descritiva, na confiabilidade do instrumento, ao aplicar o Alfa de Cronbach, e em testes de associações, utilizando o Teste Qui-quadrado de Pearson e Teste V de Cramer, ao relacionar o escore geral e as variáveis: escolaridade, função, local de trabalho, tempo desde a formatura, no serviço atual e de atuação na ESF. As normas e diretrizes da Resolução 466 / 2012 do Conselho Nacional de saúde nortearam os aspectos éticos deste estudo, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP / USP. Quanto aos resultados, houve predomínio do sexo feminino, com ensino médio, idade de 33 anos, formação há oito anos para profissionais de nível superior e 3,7 anos de atuação no serviço atual. O escore geral do PCATool foi considerado alto, sendo que apenas o atributo “acesso de primeiro contato” ficou abaixo do ponto de corte de 6,6. O instrumento apresentou boa consistência interna e houve associação entre as variáveis estudadas. A APS apresentou conformação com os atributos propostos, exceto pelo acesso, considerado essencial para o ideal funcionamento dos serviços de cuidados primários. Os resultados reforçam a importância dos processos de avaliação e podem contribuir para futuras tomadas de decisão pelos atores envolvidos.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde;Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Saúde Pública

ABSTRACT

MACHADO, G. A. B. **Evaluation of the Quality of Primary Health Care: PCATool application**. 2018. 95f. Dissertation (Master degree) - School of Nursing of Ribeirao Preto, University of Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2018

The objective of this research was to evaluate the quality of Primary Health Care (PHC) of a municipality in the interior of Minas Gerais. The evaluation of health services, through validated instruments, is one of the ways to verify compliance with attributes that qualify these services. It is an evaluative research, with a cross-sectional design and a quantitative approach. The population of this study was composed of 83 professionals at the elementary, middle and higher level of the Family Health Strategy teams, since the local PHC is only formed by them, and municipal management. Two instruments were applied, the first one to characterize the participants, and the second the PCA-Tool Brasil professional version, which evaluates eight characteristic features of APS: first contact access, longitudinality, care coordination - care integration and information systems, integrality of services available and services provided, family and community orientation. Data analysis was based on descriptive statistics, instrument reliability, Cronbach's alpha, and association tests using Pearson's Chi-square test and Cramer's V-test, by relating the general score and variables: schooling, function, place of work, time since graduation, in the current service and performance in the FHS. The present study was approved for the Ethics and Research Committee of the Ribeirao Preto School of Nursing University of Sao Paulo. Regarding the results, there was a predominance of females, with high school, age of 33 years, training for eight years for professionals of higher level and 3.7 years of performance in the current service. The overall PCATool score was considered high, and only the attribute "first contact access" was below the cut-off point of 6.6. The instrument had good internal consistency and there was an association between studied variables. APS presented compliance with the proposed attributes, except for access, considered essential for the optimal functioning of primary care services. The results reinforce the importance of evaluation processes and can contribute to future decision making by the actors involved.

Key words: Primary Health Care; Health Evaluation; Family Health Strategy; Health Services Accessibility; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Public health

RESUMEN

MACHADO, G. A. B. Evaluación de la Calidad de la Atención Primaria a la Salud: aplicación del PCATool. 2018. 95f. Disertación (Master) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018

El objetivo de esta investigación fue evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud (APS) de un municipio del interior de Minas Gerais. La evaluación de los servicios de salud, por medio de instrumentos validados, es uno de los modos de verificar el cumplimiento de atributos que califica estos servicios. Se trata de una encuesta evaluativa, con delineamiento transversal y abordaje cuantitativo. La población de este estudio fue compuesta por 83 profesionales de nivel fundamental, medio y superior de los equipos de la Estrategia de Salud Familiar, ya que la APS local está formada solamente por ellas, y de la gestión municipal. Se utilizaron dos instrumentos, siendo el primero de caracterización de los participantes, y el segundo el PCA-Tool Brasil versión profesional, que evalúa ocho atributos característicos de la APS: acceso de primer contacto, longitudinalidad, coordinación del cuidado integración del cuidado y sistemas de informaciones, integridad de los servicios disponibles y servicios prestados, orientación familiar y comunitaria. El análisis de los datos se basó en la estadística descriptiva, en la confiabilidad del instrumento, al aplicar el Alfa de Cronbach, y en pruebas de asociaciones, utilizando el Test Qui-cuadrado de Pearson y Test V de Cramer, al relacionar el puntaje general y las variables: escolaridad, función, lugar de trabajo, tiempo desde la graduación, en el servicio actual y de actuación en la ESF. Las normas y directrices de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud orientaron los aspectos éticos de este estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo - EERP / USP. En cuanto a los resultados, hubo predominio del sexo femenino, con enseñanza media, edad de 33 años, formación hace ocho años para profesionales de nivel superior y 3,7 años de actuación en el servicio actual. El puntaje general del PCATool fue considerado alto, siendo que sólo el atributo "acceso de primer contacto" quedó por debajo del punto de corte de 6,6. El instrumento presentó buena consistencia interna y hubo asociación entre las variables estudiadas. La APS presentó conformación con los atributos propuestos, excepto por el acceso, considerado esencial para el ideal funcionamiento de los servicios de atención primaria. Los resultados refuerzan la importancia de los procesos de evaluación y pueden contribuir a futuras tomas de decisión por los actores involucrados.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud; Evaluación em Salud; Estrategia de Salud Familiar; Accesibilidad a los Servicios de Salud, Calidad, Acceso y Evaluación de la Aténcion de Salud; Salud Pública

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Atributos e funções da Atenção Primária à Saúde, de acordo com Starfield (2002) e Mendes (2012) 15
Figura 2 - Mapa do município de Monte Santo de Minas e cidades circunvizinhas de Minas Gerais e São Paulo, 2017. 27
Figura 3 - – Distribuição por sexo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 34
Figura 4 - Nível de escolaridade dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 34
Figura 5 - Distribuição de “pós-graduação entre os profissionais com nível superior” atuantes na APS e na SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 35
Figura 6 - Comparação entre média dos atributos da APS, o Escore Geral de 7,23 e o Ponto de Corte de 6,6, na aplicação do instrumento PCATool com os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 45
Figura 7 - Comparação entre média dos atributos essenciais e o Escore Essencial entre os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 45
Figura 8 - Média do escore geral comparado por nível de escolaridade dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017 47
Figura 9 - Média do escore geral comparado por função exercida, aplicação entre os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 47
Figura 10 - Média do escore geral comparado por local de aplicação entre os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 48
Figura 11 - Média do escore geral comparada por tempo de formatura dos profissionais de nível superior da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017 49
Figura 12 - Média do escore geral comparado por tempo de atuação no local de serviço atual dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017 50
Figura 13 - Média do escore geral comparado por tempo de atuação na ESF dentre os profissionais da APS e da Secretaria de Saúde de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características de longevidade, mortalidade e fecundidade de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 27
Tabela 2 - População cadastrada por Equipe de Saúde da Família no mês de agosto de 2017, em Monte Santo de Minas, MG, 2017. 27
Tabela 3 - Distribuição de profissões e funções dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 36
Tabela 4 - Característicasrelacionadas ao tempo dos participantes atuando na APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 37
Tabela 5 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Acesso de Primeiro Contato em Monte Santo de Minas, MG, 2017 37
Tabela 6 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Longitudinalidade em Monte Santo de Minas, MG, 2017 38
Tabela 7 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Coordenação – Integração de Cuidados em Monte Santo de Minas, MG, 2017 39
Tabela 8 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Coordenação – Sistema de Informações em Monte Santo de Minas, MG, 2017 40
Tabela 9 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, para a questão: “Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?”, em Monte Santo de Minas, MG, 2017. 41
Tabela 10 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Integralidade – Serviços Prestados, para a questão: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?” em Monte Santo de Minas, MG, 2017. 42
Tabela 11 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Orientação Familiar nas equipes de APS de Monte Santo de Minas, MG, 2017 42
Tabela 12 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Orientação Comunitária nas Equipes de APS em Monte Santo de Minas, MG, 2017. 43
Tabela 13 - Escores convertidos dos atributos da APS apresentados no PCATool versão profissionais aplicado com os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017. 44
Tabela 14 - Testes de associação entre os grupos “escolaridade, função exercida, local de trabalho, tempo desde a formatura, tempo de atuação no serviço atual e tempo de atuação na ESF” e o escore Geral, na aplicação do PCATool, Monte Santo de Minas, MG, 2017. 46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONFORMAÇÃO HISTÓRICA E ATRIBUTOs 14

1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 16

1.2.1 Características da ESF 19

1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 20

1.3.1 Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde 21

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA 23

2 OBJETIVOS 25

2.1 GERAL 25

2.2 ESPECÍFICO 25

3 MATERIAL E MÉTODOS 26

3.1 TIPO DE ESTUDO 26

3.2 CENÁRIO 26

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO 28

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA 28

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO 29

3.6 COLETA DE DADOS 30

3.7 ANÁLISE DE DADOS 31

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 33

4 RESULTADOS 34

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO 34

4.2 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTE SANTO DE MINAS, MG 37

5 DISCUSSÃO 52

6 CONCLUSÕES 62

REFERÊNCIAS 64

ANEXOS 71

APÊNDICES 93

APRESENTAÇÃO

Os momentos de pactuação de metas e resultados têm sido, no decorrer de minha vida profissional como enfermeiro, aqueles em que melhor se percebe o entendimento de como gestores e coordenadores conhecem o seu processo de trabalho. Presenciei, nesses dez anos de formado, muitos profissionais no cargo de chefia que desconhecem a importância de monitorar e avaliar os serviços de saúde pelos quais são responsáveis.

A partir de 2011, com o lançamento da primeira portaria do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), quando fazia parte da equipe de apoiadores da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de São Sebastião do Paraíso, MG, comecei a me interessar por ferramentas que possibilitavam às equipes um novo olhar para dentro de si e para como se entendiam e se faziam equipes.

Assim, o PMAQ disseminou o momento da autoavaliação, do parar um pouquinho e verificar se o caminho percorrido até então necessitava de ajustes e/ou de comemorações. O programa também mostrou que as equipes conseguiriam acompanhar melhor os seus indicadores de saúde e agir positivamente para mudar o seu processo de trabalho e almejar resultados diferentes.

Nesse caminhar, busquei aprofundar o meu entendimento da relação entre saúde e avaliação, especializando-me em Saúde da Família, em Gestão da Clínica Ampliada e Auditoria. Busquei também conhecer novas realidades, e passei pela APS de Ribeirão Preto, São Paulo, e agora em nível regional, pela Superintendência de Saúde de Passos, MG.

A APS se confunde com minha formação, e este projeto intitulado “Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool” é a oportunidade de fortalecer o que acredito: o papel da avaliação da qualidade como propulsor para mudança de situações e, por fim, na centralidade da APS em um SUS para todos, com capacidade resolutiva e de integração social.

1 INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONFORMAÇÃO HISTÓRICA E ATRIBUTOS

Quando se discute sistemas de saúde, apesar de entendê-los como uma série de recursos interligados que visam a melhoria da saúde da população e ou sua recuperação e promoção, há que se realizar uma distinção no que tange a alguns atributos e especificidades destes pontos de atenção. Estes vão desde o atendimento pré-hospitalar nas ruas, passando pelo atendimento domiciliar e ambulatorial, polarizando-se na alta densidade tecnológica dos hospitais e tendo na ponta disso como base de todo o sistema a Atenção Primária à Saúde (APS**),** cuja concepção deriva do Relatório Dawson, que organizou o sistema de saúde do Reino Unido em níveis de atenção, classificando os centros de saúde como primários (MENDES, 2012).

Mesmo que os cuidados primários apareçam desde dão começo da humanidade visando a proteção da saúde de grupos mais susceptíveis e promoção de melhores condições ambientais (MATOS; CUNHA, 1981), foi no caminhar histórico de reconhecimento da APS ao longo das décadas do século XX, que surgiu um novo olhar mundial sobre seu papel nos sistemas de saúde. Destaca-se em 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cujo resultado foi uma Declaração na qual se buscou asseverar a saúde como direito fundamental do ser humano e um objetivo social do planeta (MENDES, 2004).

Assim, a Conferência mostrou a importância de ações intersetoriais e dos determinantes sociais no processo saúde-doença, além da atuação comunitária nos cuidados primários de saúde, trazendo o conceito de que a APS deve ser prática, científica e com aceitação social, buscando a universalidade do acesso e um custo possível para a comunidade e os países (OMS, 1978).

Este conceito de Atenção Primária à Saúde relaciona-se a um entendimento de que esta possa ser uma organização dos sistemas de saúde e deve suplantar o entendimento de que a APS seria apenas seletiva, voltada para o atendimento de pobres, ou que seria apenas um nível de atenção, como porta de entrada (MENDES, 2012).

Segundo proposição da Organização Mundial de Saúde (1978) a APS deve se basear em tecnologias e métodos eficientes e ser parte integral dos sistemas de saúde, com função

central, e como primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade, a fim de tornar o acesso um de seus atributos (OMS, 1978).

Desse modo, a APS tem buscado um papel de centralidade em diversos sistemas de saúde no mundo e também no Brasil, e se apresentado como possibilidade real de efetivar políticas públicas de saúde voltadas para a integralidade no cuidado, de maneira especial quando consegue desenvolver com sucesso algumas de suas características básicas.

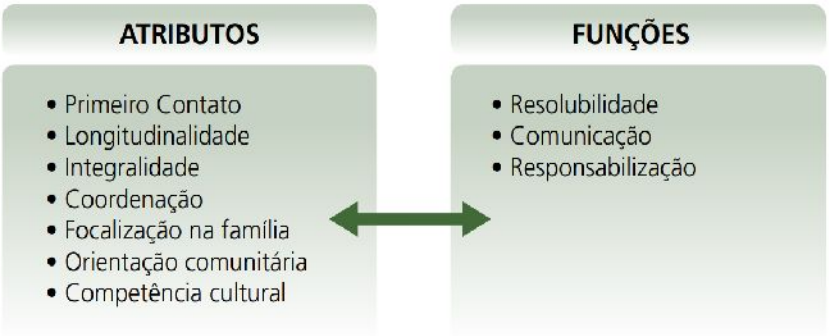
Essas características, que Starfield (2002) chama de atributos, norteiam a atuação da APS no cuidado e na atenção à saúde, e foram assim definidos:

a) Quatro essenciais: *primeiro contato* – acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou episódio; *longitudinalidade* – atenção continuada ao longo do tempo e com formação de vínculo entre população e serviços; *integralidade* – garantia de acesso a todos os serviços disponíveis com adequada identificação dos problemas; *coordenação do cuidado* – continuidade do cuidado e ações de saúde,

b) Três derivados: *focalização na família* – conhecimentos dos fatos familiares ligados ao processo saúde-doença*; orientação comunitária* – entendimento sobre as necessidades comunitárias e o planejamento e avaliação conjun*ta com os ser*viços e; *competência cultural*- conhecimentos das especificidades culturais.

Esses atributos com*binados são caracterís*ticas exclusivas da APS (TURCI; COSTA; MACINKO, 2015) e sua p*resença é essencial pa*ra garantir resultados e qualidade na atenção à saúde, mas a APS só pass*a a se fortalecer quan*do consegue cumprir três funções, sendo: a resolubilidade, com capacidade de resolver 85% dos problemas de s*aúde que chegam até* ela; a comunicação, no sentido de tornar a APS o centro ordenador de uma rede de saúde e; a responsabilização econômica e sanitária de sua população adstrita (MENDES, 2012). A figura 1 apresenta os atributos e as funções da APS.

Figura 1 - Atributos e funções da Atenção Primária à Saúde, de acordo com Starfield (2002) e Mendes (2012)



Fonte: STARFIELD (2002); MENDES (2012)

Assim, a complexidade envolvida no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde relaciona-se com cumprimento de seus atributos, de modo especial do acesso e da integralidade do cuidado, além da resolubilidade, da comunicação e da responsabilização, mas também, na maneira como os sistemas de saúde se conformam para abarcar a APS como condutora de um processo de transformação na saúde.

1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Mesmo com a presença da visão hospitalocêntrica arraigada ao modo de produção da saúde e importada de países de tradição assistencialista, como os Estados Unidos, a possibilidade de conformar um novo sistema de saúde no Brasil tendo como pilar a Atenção Primária à Saúde ganhou força e permitiu discussão acerca dos possíveis arranjos de organização.

No país, o Sistema Único de Saúde (SUS), em confluência com período de redemocratização do país, na segunda metade da década de 1980, busca em suas bases a Atenção Primária à Saúde como um caminho para o alcance de seus princípios e seguimento de suas doutrinas, dispostos na Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990).

A história do SUS é anterior ao seu nascimento legal, em 1988, e se confunde com a luta por direitos sociais, que culminou com a proclamação da atual Constituição Federal. E foi com essa “Constituição Cidadã”, que, de acordo com BRASIL (2010a), diretrizes como universalidade e integralidade em saúde, ligadas aos aspectos da promoção, prevenção e da recuperação, conformou a APS como um modelo de saúde que deve integrar outros serviços e níveis de cuidado, permitindo acesso adequado a toda população.

A APS tem sido denominada Atenção Básica (AB) no país, principalmente em documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), como se pode verificar em portarias, inclusive na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a). Uma das explicações seria uma tentativa de fugir, à época, do entendimento do uso do termo “APS” voltado para ações assistenciais reducionistas em regiões em desenvolvimento pelo mundo, imposto pelas agências internacionais de financiamento. (BRASIL, 2010b).

Além disso, para Oliveira e Pereira (2013), esta oficialização dos termos Atenção Básica deve-se também à ideia da universalização vinda da Declaração de Alma-Ata, com a

evidenciação da necessidade de reorientação do assistencialismo para um modelo com um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Em editorial da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC, 2009) reafirma-se que o termo Atenção Básica tem sido considerado sinônimo de setores ligados ao governo nos diferentes entes federativos, mas discorre que Atenção Primária à Saúde é entendida como nível hierárquico do sistema de saúde, contribuindo para a formação de um sistema de saúde, em conjunto com os níveis secundários e terciários.

Gil (2006), em artigo de análise dos termos Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família, discorre que na diversidade e complexidade presentes nos milhares de municípios brasileiros, o uso ou mesmo superposição dos termos é esperada, pois reafirma de modo singular cada realidade, mas ao mesmo tempo, pode demonstrar certa falta de consistência teórico-conceitual.

Sem aprofundar a discussão e, a fim de uniformizar o presente estudo, optou-se pelo uso do termo “Atenção Primária à Saúde”, muito em função do instrumento utilizado na pesquisa e numa tradução livre de “Primary Care Health”.

Entende-se que a APS pretende se desenvolver por meio de ações democráticas gerenciais e sanitárias, com a formação de equipes multiprofissionais, que atuam em territórios definidos e sob sua responsabilidade, considerando o dinamismo local. (BRASIL, 2011a). Assim, a universalidade, a integralidade, a equidade, a igualdade e a participação comunitária estão descritas em funções e ações que a APS necessita exercer em rede na saúde (MENDES, 2012).

Para Giovanella e Mendonça (2008), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, foi o primeiro passo para uma APS ampliada no país. O programa possui equipes de até trinta agentes comunitários de saúde (ACS), que são coordenados por um enfermeiro (BRASIL, 2011a). Dos ACS do referido programa era exigido que viessem da própria comunidade, possuíssem características de liderança e soubessem ler e escrever (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

O PACS, iniciado como uma frente de trabalho no Ceará devido à criticidade da seca, teve “impactos importantes na redução da mortalidade infantil, aumento do aleitamento materno exclusivo, aumento da cobertura vacinal em crianças e gestantes e queda das doenças infectocontagiosas, de maneira geral” (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

Dessa experiência seletiva, por estar voltado para ações pontuais e um público restrito, surgiu o embrião da possibilidade de ampliação do acesso e das ações de integralidade do cuidado e, tendo em vista a necessidade de ampliar o rol de serviços de

atenção à saúde, surge o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, com o objetivo de contribuir na organização do SUS (BRASIL, 1994). De acordo com Brasil (2010b), o PSF veio da percepção da precariedade do acesso, pois cerca de 1000 municípios ainda não contavam com profissional médico em 1993.

O Programa de Saúde da Família amplia a equipe do PACS, sendo composto por enfermeiro, técnico de enfermagem, médico e ACS, e caracteriza-se por ser mais ativo no processo saúde-doença da comunidade em que se está situado, porque define sua clientela e coloca o foco nas pessoas e suas famílias (FARIA et al., 2010).

E, em 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica (NOB-96), que estabelece o financiamento do PSF e destaca sua importância na criação de vínculo entre serviços e a população, focalizando as famílias e a comunidade, ratifica-se o programa como opção à mudança do modelo de atenção à saúde. Cabe ressaltar que esta mudança do modelo de atenção diz respeito também à integralidade das ações e à necessidade de fortalecer as questões epidemiológicas, incorporando-as à clínica. (GIL, 2006).

Destarte, com uma importante condução federal, a APS evoluiu de uma expansão de cobertura de lenta e interiorizada, no começo da década de 1990, para disseminação mais rápida e veloz com o impulso dado pela execução do Piso de Atenção Básica (PAB), a partir de 1998, e buscou atingir os grandes centros urbanos com o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), instituído em 2002 (SILVA; ANDRADE, 2014).

O total de equipes de Saúde da Família implantadas até fevereiro de 2018 no país era de 43.160, em mais de 5.450 municípios, com uma estimativa de cobertura populacional pela estratégia de 134.818.779 pessoas, correspondendo a 64,9% da população (BRASIL, 2018). Em julho de 1998, eram 2.054 equipes implantadas, em 739 municípios, com população coberta estimada de 7.023.844 pessoas, perfazendo apenas 4,4% da população. (BRASIL, 2018).

Mesmo com a introdução de novos profissionais na equipe do PSF, aumentando resolutividade oferecida pela equipe, e o redirecionamento e normalização dos recursos financeiros voltados para a APS, havia ainda a incerteza de continuação da experiência iniciada em 1994, mas que ainda permanecia sendo chamada de programa.

Então, em 2006, o Ministério da Saúde torna o PSF uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), transformando-a na principal via da APS no país, e reforçando como princípios: seu caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional; atuação no território e com postura proativa; realização de diagnóstico local e atividades de planejamento e programação;

integração com instituições e organizações sociais e; um espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2011, reitera esses princípios, e busca fortalecer a ESF como base na atenção à saúde, almejando a efetivação na coordenação do cuidado, inclusive como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011a). O Decreto n.º 7508/2011 ratifica a função ordenadora da APS nas RAS e amplia o seu campo de atuação para além do Pacto pela Saúde, de 2006 (BRASIL, 2011b).

Esta modificação das práticas refere-se, de modo especial, à priorização dada pela ESF nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir da consideração das necessidades da população, tendo como ponto de partida do cuidado a família, o que permite uma ampliação do processo saúde-doença e dos modos de intervenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou uma revisão da PNAB, que foi inserida na Portaria de Consolidação do SUS n.º 2 e mantém a Saúde da Família como estratégia prioritária da Atenção Primária à Saúde no país, entretanto, reconheceu outras formas de organização dos serviços de saúde, inclusive com mecanismos de financiamento (BRASIL, 2017a), o que não existia na Portaria n.º 2.488/11. Outras mudanças importantes foram a desobrigação da presença do ACS na equipe (BRASIL, 2017a).

1.2.1 Características da ESF

A mesma autonomia organizacional vinda com a Norma Operacional Básica (NOB), de 1996 (BRASIL, 1996), que possibilitou aos municípios a definição do modo de operação do seu sistema de saúde, em especial da Atenção Primária à Saúde, também permitiu aos municípios as particularidades no desenvolvimento da atenção à saúde.

Assim, municípios menores, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, sem uma rede consolidada de serviços, obtiveram facilidades operacionais no início da implantação, porém, em um prazo médio, apresentaram dificuldades quanto a manutenção do profissional médico, interferindo no vínculo com o usuário; já municípios de grande porte e com rede de serviços instalada, os desafios giraram em torno da adscrição da clientela e do reconhecimento da ESF como porta de entrada do sistema de saúde (TANAKA, 2011).

De modo geral, a ESF tem como características na década de 2010 a instalação em prédios alugados, com serviços de baixa densidade tecnológica, sem a disponibilidade

adequada de fármacos, com a presença do modelo biomédico e sem apoio multiprofissional, marcada pela deficiente contratação de profissionais. (MENDES, 2012).

Além disso, há uma baixa presença do MS no processo de trabalho das equipes, acompanhada da expansão da ESF, devido parcialmente pela defesa internacional de que o país focaliza seus gastos públicos numa saúde dirigida aos mais pobres, sem o adequado aporte tecnológico, a fim de reduzir gastos do setor (RIZZOTTO, 2014).

Dessa forma, a partir das diferenças no modo como municípios e estados organizavam sua atenção à saúde, junto com uma cultura de não priorização da avaliação e monitoramento da APS no país, processos de diagnóstico e avaliação da APS têm se mostrado essenciais na análise de situações e na busca de melhorias.

Nesse sentido, entende-se que a avaliação é etapa primordial para que haja o entendimento adequado da situação da assistência à saúde de determinado local, buscando a superação das dificuldades levantadas e a reafirmação de ações positivas. O propósito fundamental da avaliação deve ser apoiar os processos decisórios, além de dar subsídios para se identificar problemas e reorientar as ações e os serviços, medindo o impacto das ações desenvolvidas (CARVALHO, 2003)

Sabe-se que a avaliação em saúde extrapola seu alcance nos processos de decisão e influencia as pessoas ligadas à instituição, contribuindo para possíveis mudanças nas organizações, assim como para compor propaganda benéfica à imagem da gestão quando há resultados positivos. (NICKEL et al., 2014).

Isto posto, a Atenção Primária à Saúde e, em especial, a Estratégia de Saúde da Família, pelo seu histórico de fortalecimento recente no sistema de saúde brasileiro como reordenadoras da atenção à saúde, necessitam estar permanentemente inseridas nos processos de avaliação em saúde.

1.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A avaliação da APS é entendida como um processo técnico-administrativo-político, que envolve a medição, a comparação, a emissão de juízo de valor e a tomada de decisão e assim deve, além de servir para mostrar como está determinado serviço ou sistema, também aperfeiçoar a capacidade gestora de mobilizar recursos (TANAKA, 2011). A complexidade do ambiente em que a APS está inserida faz com que a sua avaliação seja um dos mais

importantes mecanismos de respostas às necessidades de informações para seus gestores (STEIN, 2013).

Para que o planejamento e a implantação de programas e ações em saúde aconteçam, a avaliação dos serviços de saúde no país tem desempenhado um papel de destaque, seja ela realizada por movimentos científicos ou institucionais (ARAÚJO et al., 2014). Um dos maiores exemplos é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que está em seu terceiro ciclo e visa a certificação das equipes de Atenção Primária do país por meio de processos avaliativos (BRASIL, 2015). Com o programa, as equipes passaram a ter mais autonomia de participar ativamente do processo avaliativo, o que permitiu, inclusive, uma introspecção em seu processo de trabalho.

Entretanto, mesmo antes do lançamento do PMAQ-AB, o conceito de qualidade em saúde vem sendo discutido como ponto importante para uma adequada atenção à saúde. A conceituação do termo qualidade em saúde é complexa e polivalente, pois há vários fatores que a influenciam, tais como a própria definição de saúde, os atores e abordagens envolvidos, o modo como se enxerga a produção de serviços e não de produtos e, finalmente, a sua determinação por fatores sociais, históricos, políticos, culturais e institucionais (SERAPIONI, 2009).

No setor saúde, de modo geral, a definição de parâmetros ou conceitos ligados à qualidade permitem um aprofundamento do tema, a fim de que a polivalência do termo não interfira na análise realizada. Assim, a tríade estrutura-processo-resultado citada por Donabedian (2005) para a avaliação da qualidade continua sendo um dos parâmetros mais frequentemente adotados para a verificação da qualidade nos sistemas e serviços.

Mantendo essa perspectiva, a partir dos anos 2000, vários autores se voltaram para pesquisas avaliativas com foco na APS, com utilização de instrumentos e análises distintas, como discutidas por Brousselle et al. (2011), e Almeida e Macinko (2006), ou seja, ocorreu um incremento no número de pesquisas avaliativas, mas mesmo assim, ainda é pequeno seu número, em especial pelas particularidades da concepção da APS nacional (FRACOLLI et al., 2014). Entre 1990 e 2000, a APS na perspectiva do sistema de saúde representava apenas 9% do número das publicações sobre Atenção Primária à Saúde no País (IBAÑEZ et al., 2006).

1.3.1 Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde

O processo avaliativo em saúde tende a estar em permanente construção de métodos e conceitos, enquanto campo teórico e prático (CASTANHEIRA et al., 2014). Assim, a

definição adequada dos instrumentos a ser utilizada nesta etapa interfere no alcance ou não do resultado da avaliação.

De igual modo, o cumprimento dos objetivos definidos pela avaliação da APS depende do instrumento adotado, que deve responder adequadamente à pergunta do estudo.Em revisão de literatura e metassíntese sobre instrumentos de avaliação, Fracolli et al. (2014) analisaram cinco principais ferramentas de avaliação da APS a saber: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para APS); e PCATool (Primary Care Assessment Tool).

A partir da análise dos estudos levantados, as referidas autoras afirmaram que o instrumento que avalia mais adequadamente Equipes de Saúde da Família (EqSF), por verificar de modo concomitante a presença e extensão dos atributos propostos por Starfield (2002) e indicadores de processo, além de responder de maneira mais apropriada a questões de estudos ligadas a essa perspectiva, como é o caso do presente estudo, é o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (FRACOLLI et al., (2014).

Em outro estudo (Stein, 2013), considerou-se as características de atendimento do usuário da utilização em excesso, errada ou insuficiente dos serviços de saúde, em um modelo de atenção que busca a qualidade, além da importância de haver um padrão adequado na mensuração dos atributos da APS, e concluiu-se que o PCATool deve ser o instrumento empregado na avaliação da qualidade da APS por pesquisadores e gestores.

O PCATool, ou Instrumento de Avaliação Primária, foi um método criado por Starfield e colaboradores na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* com o objetivo de mensurar a extensão e a qualidade dos serviços de APS (CARNEIRO et al., 2014). O instrumento baseia-se no modelo de avaliação de Donabedian (1966 apud BRASIL, 2010c), com mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Os três componentes avaliativos propostos por Donabedian buscam a essência da qualidade e, ao mesmo tempo, a correção de dificuldades ou problemas nos pontos de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2014).

O PCATool fornece escores específicos para os atributos da APS, assim como uma pontuação geral, permitindo uma avaliação dos serviços de Atenção Primária e da qualidade dos cuidados prestados, com evidente geração de conhecimentos adicionais sobre a situação estudada (HARZHEIM et al., 2006). É possível, então, avaliar os melhores e os piores atributos, e compreender de modo geral o andamento dos serviços em questão.

Nas versões originais em inglês do instrumento, há modelos autoaplicáveis para crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e coordenadores / gerentes do serviço de saúde (BRASIL, 2010c). Segundo HARZHEIM et al.(2006), o instrumento foi traduzido e adaptado à realidade brasileira e passou pelo processo de validade, além da análise de confiabilidade, e resultou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool Brasil versões criança, adulto, já validadas, e profissional. A última possui versão espelho disponível, sugerida pela autora do instrumento original, além de duas validações finalizadas no país.

Dessa maneira, o PCATool Brasil procura, de modo individual, a medida tanto da estrutura como do processo de atenção na APS, onde cada atributo essencial traz um componente que busca a mensuração desses dois itens. (BRASIL, 2010c). O instrumento tende a favorecer "o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas." (BRASIL, 2010c, p. 11).

A partir do exposto sobre a avaliação da APS por meio de instrumentos específicos, com destaque para o PCATool – Brasil,questiona-se qual seria a avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde de um município, feita por gestor municipal, diretor de saúde, coordenadores de APS e profissionais das equipes de Saúde da Família, levando em conta os atributos essenciais e derivados propostos no referido instrumento ?

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O surgimento do SUS impulsionou a Atenção Primária à Saúde como alternativa possível para a efetivação das diretrizes e doutrinas na saúde pública brasileira. Para consolidação da APS em seu papel central no sistema é imprescindível que processos avaliativos aconteçam e norteiem as ações. Entende-se que o principal meio para que essas avaliações sejam efetivas e apóiem a Atenção Primária à Saúde para o alcance de suas atribuições com plenitude, como porta de entrada preferencial e função explicitada de coordenação da rede com alta resolutividade, será a adoção de instrumentos que mensurem o cumprimento de seus atributos. Os atributos avaliados pelo PCATool corroboram a efetividade e funcionalidade da APS.

Assim, este projeto justifica-se pela possibilidade de demonstrar às equipes, ao município, à Região de Saúde da qual faz parte e, por conseguinte, sua comunidade, já que o

SUS tem sido implantando de modo dissonante pelo país,o panorama da Atenção Primária à Saúde nos momentos da avaliação, podendo ser esse um disparador do entendimento do processo de trabalho vivenciado, e também um propulsor para possíveis mudanças que se julgarem necessárias.

O Decreto n.º 7508/2011, que regulamenta a Lei n.º 8080, destaca que uma Região de Saúde deve possuir, no mínimo, serviços de APS, e que esta deve ser uma das portas de entrada das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011b). Desse modo, avaliar se o município tem uma APS estruturada pode contribuir para demonstrar se está preparado para efetivar suas ações nas RAS.

Por fim, este estudo visa contribuir com a discussão sobre os processos avaliativos da Atenção Primária à Saúde do país e com a produção científica ligada ao tema, por se tratar de assunto tão recente, e que ainda carece de aprofundamento.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde de um município de Minas Gerais.

2.2 ESPECÍFICO

Comparar a avaliação da qualidade das equipes, gestores e profissionais de saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, pois se entende que as opiniões levantadas podem ser transformadas em números, classificadas e analisadas, utilizando-se para isso mecanismos estatísticos (PRODANOV; FREITAS, 2013)

É também uma pesquisa: aplicada, pois visa a geração de conhecimentos para a aplicação prática, voltado para o entendimento de situações específicas de verdade e interesses locais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009); avaliativa, pois busca a aplicação sistemática de procedimentos com o intuito de realizar julgamento sobre programas de intervenção, relacionando suas bases teóricas, seu processo operacional e sua implementação com o contexto inserido (ARREAZA E MORAES, 2010); não experimental, pois os pesquisadores não introduzem mudanças no ambiente pesquisado, apenas coletando seus dados e; transversal, com coleta de dados em um determinado ponto temporal (POLIT; BECK, 2011)

3.2 CENÁRIO

A pesquisa foi realizada no contexto da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Coordenação de APS, além das Unidades de Saúde que fazem parte da APS de Monte Santo de Minas, Minas Gerais. A escolha do município, que faz parte da Região de Saúde de São Sebastião do Paraíso, no sudoeste mineiro, se pautou pelo alto de índice de cobertura populacional pela ESF ampliada, com Equipe de Saúde Bucal (ESB), e por todas as equipes de APS serem da ESF, não havendo equipes tradicionais.

Monte Santo de Minas, com mapa regional apresentado na figura 2, possui uma área territorial total de 594,632 km², uma estimativa em 2016 de 21.932 habitantes, com densidade demográfica de 36,88 hab./km², PIB (Produto Interno Bruto) *per capita* em 2010 de R$13.044,44 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) também em 2010 de 0,710 (BRASIL, 2017b).

Figura 2 - Mapa do município de Monte Santo de Minas e cidades circunvizinhas de Minas Gerais e São Paulo, 2017.

Fonte: PNUD, 2010

A tabela 1 apresenta características de longevidade, mortalidade e fecundidade de Monte Santo de Minas, MG, de acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2010.

Tabela 1 - Características de longevidade, mortalidade e fecundidade de Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Característica	Valor
Expectativa de vida	77,46 anos
Taxa de mortalidade infantil até um ano de vida	11,8 por 1.000 nascimentos
Taxa de mortalidade infantil até cinco anos de vida	20,42 por 1.000 nascimentos
Taxa de fecundidade	1,75 filhos por mulher em idade fértil
Taxa de envelhecimento	10,34% pessoas com 65 anos ou mais em relação à população

Fonte: PNUD (2010)

De acordo com o BRASIL (2018), por meio das notas técnicas do Departamento da Atenção da Básica (DAB), a Estratégia de Saúde da família apresenta-se bem instalada em relação à cobertura populacional da Região de Saúde da Família, com 100% de cobertura. São oito Equipes de ESF, oito Equipes de Saúde Bucal (ESB) e uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A tabela 2 demonstra população e famílias cadastradas das Equipes de Saúde da Família de Monte Santo de Minas.

Tabela 2 - População cadastrada por Equipe de Saúde da Família no mês de agosto de 2017, em Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Unidade de Saúde da Família	Zona prevalente	População Cadastrada	Famílias cadastradas
ESF Dr. Juvenal de Magalhães Ribeiro	Urbana	3078	1219
ESF Dona Mariucha	Urbana	2600	960
ESF Maria de Lourdes Mazzaro Marino	Rural	1864	638
ESF Ana Carolina Castro Luz	Urbana	2310	996

ESF São Camilo de Lélis	Urbana	2553	1037
ESF Santo Antônio	Rural	1858	657
ESF João Furlan	Urbana	2675	1010
ESF Maria Barbosinha	Rural	2265	746

Fonte: SMS de Monte Santo de Minas (2017)

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Para a participação na pesquisa foram incluídos por conveniência no estudo a secretária de saúde, o gerente de saúde, a coordenadora de Atenção Primária à Saúde, o coordenador de saúde bucal e todos os profissionais de saúde atuantes nas Equipes de Saúde da Família de Monte Santo de Minas, a saber : oito enfermeiros, oito médicos, oito auxiliares / técnicos de enfermagem, 48 agentes comunitários de saúde, oito dentistas e oito auxiliares de saúde bucal. A definição dos profissionais alocados na SMS foi por entender-se que estes possuem visão sistêmica deste nível de atenção no município.

Os critérios de inclusão foram a experiência mínima de seis meses na Estratégia de Saúde da Família e de três meses de atuação na equipe estudada. O primeiro critério não é válido para os profissionais com cargos de coordenação na Secretaria Municipal de Saúde. Já os critérios de exclusão são profissionais afastados por qualquer motivo com prazo superior a 30 dias e sem substitutos que se enquadrem nos critérios de inclusão.

Dos 92 profissionais elegíveis para participarem da pesquisa, quatro não atenderam aos critérios de inclusão, pois estavam a menos de três meses na equipe, e cinco foram excluídos devido a afastamento por qualquer motivo há mais de trinta dias. A população final do estudo foi, então, de 83 pessoas.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA:

Foram adotados dois instrumentos de coleta, sendo o primeiro elaborado pelos próprios pesquisadores, denominado de Instrumento 01: Questionário de caracterização para profissionais de saúde, com o intuito de caracterizar a população estudada em relação a informações gerais e sócio demográficas. Neste instrumento foram levantadas questões ligadas ao sexo do(a) participante, idade, formação escolar, profissão e itens relacionados ao tempo de atuação no setor saúde, na ESF e no serviço atual. O instrumento encontra-se no APÊNDICE A.

Já o segundo instrumento, denominado de Instrumento 02: *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) Brasil versão profissionais (ANEXO A), é um espelho do PCATool Adulto,

com adição de itens do atributo Integralidade da versão para Criança. O instrumento que foi utilizado na íntegra e sem modificações neste estudo é sugerido e adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Possui 77 itens em oito componentes, relacionados aos atributos da APS. O atributo "competência cultural", sugerido por Starfield como um dos sete atributos da APS (STARFIELD, 2002) não é contemplado no instrumento. Os outros componentes estão sintetizados no quadro 1:

Quadro 1 - Componentes e itens do PCATool, versão profissionais

Componente		Atributo	Quantidade de itens
A	Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	Essencial	09 – de A1 a A9
B	Longitudinalidade	Essencial	13 – de B1 A B13
C	Coordenação – Integração de Cuidados	Essencial	06 – de C1 a C6
D	Coordenação – Sistema de Informações	Essencial	03 – de D1 a D3
E	Integralidade – Serviços Disponíveis	Essencial	22 – de E1 a E22
F	Integralidade – Serviços Prestados	Essencial	15 – de F1 a F15
G	Orientação Familiar	Derivado	03 – de G1 a G3
H	Orientação Comunitária	Derivado	06 – de H1 a H6

Fontes: BRASIL (2010C)

O PCATool possui para seu preenchimento uma escala tipo Likert, com quatro categorias, sendo: com certeza, sim; provavelmente, sim; provavelmente, não; com certeza, não e; não sei / não lembro. O cartão resposta, contendo a escala, ficou disponível a(o) entrevistado(a) e está no ANEXO B.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo estão representadas no Quadro 02, e foram divididas em partes (A) e (B), sendo que a parte (A) se relaciona ao instrumento 01: Questionário para profissionais de saúde, e a parte (B), ao instrumento 02: PCATool versão profissionais.

Quadro 2 - Variáveis do estudo com profissionais de Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Componentes	Variáveis
Parte A – Instrumento 01: Questionário para	01 – Sexo

profissionais de saúde	02 – Idade 03 – Nível de escolaridade 04 – Profissão 05 – Função profissional 06 – Tempo de atuação no setor saúde 07 – Tempo de atuação no serviço atual 08 – Tempo de atuação na ESF
Parte B – Instrumento 02: PCATool versão profissionais	01 – Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade 02 – Longitudinalidade 03 – Coordenação – Integração de cuidados 04 – Coordenação – Sistemas de Informações 05 – Integralidade – Serviços Disponíveis 06 – Integralidade – Serviços Prestados 07 – Orientação Familiar 08 – Orientação Comunitária

Fontes: BRASIL (2010C); Banco de dados do autor.

3.6 COLETA DE DADOS

A população do estudo foi convidada a participar do estudo por meio de convite verbal e impresso, a partir de agendamento de visita prévia. Confirmada a participação, foi agendado o dia da aplicação do questionário. O próprio pesquisador e uma entrevistadora convidada e capacitada para tal pelo pesquisador realizaram a aplicação dos instrumentos, entre os meses de julho e agosto de 2017, no local de trabalho do participante, no dia e horários agendados, quando também foi lido, explicado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), de modo individual.

Após leitura das instruções de respostas e não havendo dúvidas aparentes apontadas pelos participantes, aplicou-se o questionário sociodemográfico e profissional e o PCATool Brasil versão profissionais, que tiveram duração média total de quarenta minutos por pessoa.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta por meio da aplicação oral dos questionários, os dados foram digitados, compilados, agrupados e organizados em banco de dados elaborado com uso do programa Excel, com dupla digitação e posterior validação.

O instrumento aponta os seguintes valores aos itens: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Dessa forma, para cada cálculo dos “escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente” (BRASIL, 2010c, p.72).

Para se chegar ao cálculo pela média aritmética, seguindo orientações do manual do instrumento, houve a necessidade de (BRASIL, 2010c):

a) inversão dos valores no item A9;

b) verificar a viabilidade das respostas de cada entrevistado, desconsiderando o escore do componente quando a soma das respostas em branco e dos itens com resposta “não sei/não lembro” atingir 50% ou mais de todos os itens deste componente;

c) transformar a pontuação “9” em “2”, quando a soma das respostas em branco e dos itens com resposta “não sei/não lembro” for inferior a 50% de determinado componente, a fim de haver uma pontuação negativa quando o entrevistado desconhece características do serviço.

Completadas essas etapas, ocorreu o cálculo do escore essencial, composto pela média geral dos componentes relacionados aos atributos essenciais (A, B, C, D, E, F) e do escore geral, com a totalidade dos atributos (essenciais e derivados – de A a H) (BRASIL, 2010c). Assim, foram calculados os escores totais e os escores separados em relação aos gestores municipais, coordenadores de APS e enfermeiros da ESF. Esta medida visou a

verificação da consistência interna das respostas, além de possíveis divergências entre os grupos.

Por fim, houve a padronização dos valores dos escores numa escala de zero a 10, por meio da fórmula descrita a seguir (1), possibilitando-se assim adotar um ponto de corte: valores iguais ou superiores a 6,6 e equivalentes a três ou mais na escala tipo Likert foram considerados como Alto Escore, e inferiores a este ponto de corte tidos como Baixo Escore (HARZHEIM et al., 2013):

$$\text{Escore padronizado} = \frac{(\text{Escore} - 1)}{(4 - 1)} \times 10 \qquad (1)$$

Para o tratamento dos dados foi realizada a análise estatística descritiva, que registra e descreve os dados sem interferências externas, com o intuito de mostrar as características da população em estudo e a possível relação entre as variáveis (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, calculou-se média, mediana, desvio padrão e valores máximos e mínimos para as variáveis quantitativas. Foram avaliadas também a consistência interna e a confiabilidade aplicando-se o Alfa de Cronbach.

Além disso, foram realizados testes de associação levando-se em conta o escore geral e as avaliações em relação à escolaridade, função, local de trabalho, tempo desde a formatura, no serviço atual e de atuação na ESF. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado (x^2) de Pearson e, para examinar quando há associação e se esta é forte ou fraca, aplicou-se o Teste V de Cramer. O nível de significância adotado foi de 5% ($p > 0,05$).

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foi solicitada autorização para a realização da pesquisa à Secretária de Saúde de Monte Santo de Minas e, após, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, e aprovado sob o Parecer número 2.144.501, de 28 junho de 2017 (ANEXO C). Na aplicação dos questionários foi adotado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), realizado de acordo com Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), na qual se pautou toda pesquisa.

4 RESULTADOS

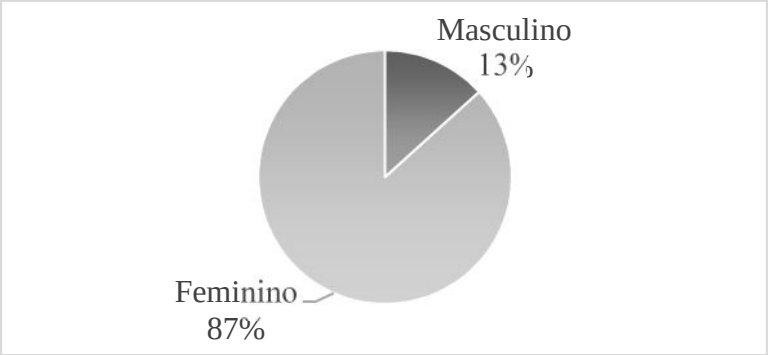
Os resultados estão apresentados em duas etapas, sendo a primeira a caracterização da população do estudo e a segunda o desempenho dos atributos das equipes em relação à aplicação do instrumento PCATool com os profissionais envolvidos.

Houve dificuldades na coleta de dados e se relacionaram ao agendamento das entrevistas e à ausência de profissionais nas equipes, já que isso é permitido por até sessenta dias no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os facilitadores foram a disponibilidade de locais para realização da aplicação dos instrumentos e à parceria com as equipes.

4.1CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

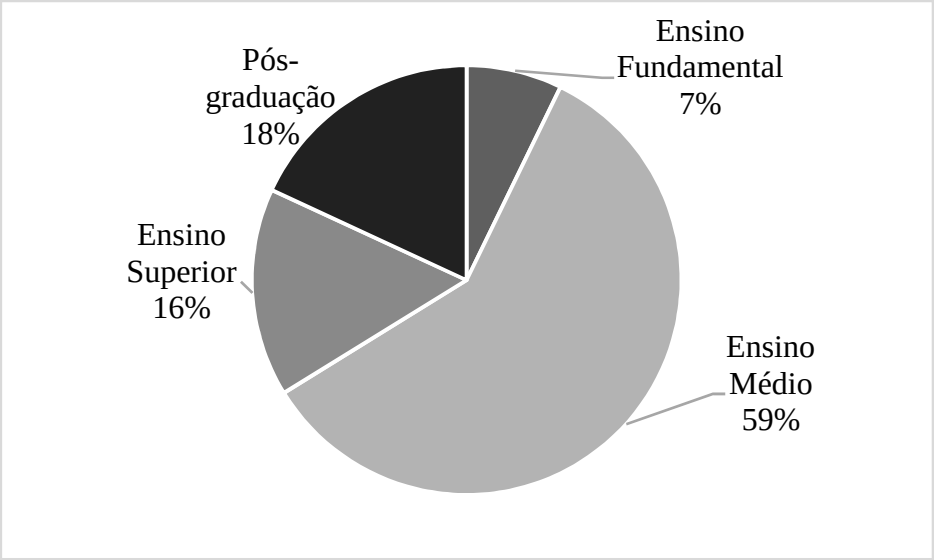
As figuras 3 e 4 mostram a predominância das profissionais do sexo feminino, correspondendo a 86,7% dos participantes do estudo, e de profissionais com nível médio de escolaridade, que correspondem a 59% da população do estudo.

Figura 3 - – Distribuição por sexo dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Monte Santo de Minas, MG, 2017.



Fonte: Banco de dados do autor

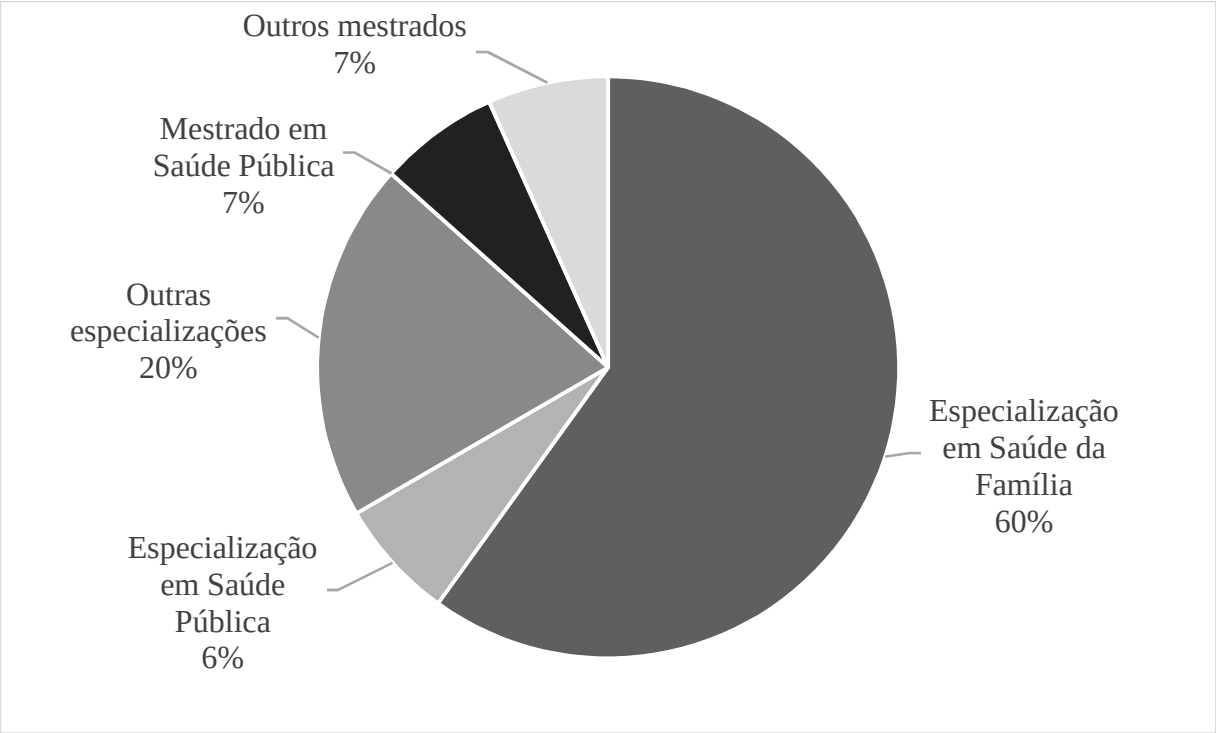
Figura 4 - Nível de escolaridade dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.



Fonte: Banco de dados do autor

Dos 28 profissionais com nível superior, quinze (53,5%) possuem alguma pós-graduação. A figura 5 aponta que 60% dos participantes possuíam Especialização em Saúde da Família, sendo aquela com maior percentual entre as declaradas. Ao se analisar as especializações com alguma relação com a saúde pública (Saúde da Família, especialização e mestrado em Saúde Pública), totalizam-se 73% de todos os cursos informados.

Figura 5 - Distribuição de "pós-graduação entre os profissionais com nível superior" atuantes na APS e na SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.



Fonte: Banco de dados do autor

Na tabela 3, com características relacionadas à profissão e função, a maioria dos participantes, 53%, são agentes comunitários de saúde (ACS), porém apenas 43,4% exercem a função de ACS, já que 9,6% destes profissionais são exclusivamente recepcionistas. Outro ponto é que dos técnicos de enfermagem, sete no total, apenas dois referem que atuam como técnicos, enquanto cinco referem exercer a função de auxiliar. Um participante respondeu que tem como profissão ser auxiliar de enfermagem.

Tabela 3 - Distribuição de profissões e funções dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Variáveis	N	%
Profissão		
Agente Comunitário de Saúde	44	53
Enfermeiro	10	12
Auxiliar de enfermagem	1	1,2
Técnico de enfermagem	6	7,2
Médico	7	8,4
Dentista	7	8,4
Auxiliar de Saúde Bucal	7	8,4
Outro	1	1,2
Função		
Agente Comunitário de Saúde	36	43,4
Enfermeiro	8	9,6
Auxiliar de enfermagem	5	6
Técnico de enfermagem	2	2,4
Médico	7	8,4
Dentista	6	7,2
Auxiliar de Saúde Bucal	7	8,4
Secretária de Saúde	1	1,2
Coordenadora de APS	1	1,2
Coordenador de Saúde Bucal	1	1,2
Gerente de Saúde	1	1,2
Recepcionista	8	9,6

Fonte: Banco de dados do autor

Conforme se verifica na tabela 4, dos profissionais que possuem formação no nível superior (15,7%), a média de tempo da formatura, em anos, é de 7,93. Já o tempo médio de atuação dos profissionais participantes é de 7,06 no setor saúde, 5,2 voltados para a atuação na Estratégia de Saúde da Família e 3,73 no serviço atual.

Entretanto, há uma variação importante de tempo entre os profissionais. Em relação à atuação na ESF, no serviço atual e na saúde, o profissional com menor experiência coincide em três meses, um dos critérios de inclusão deste estudo. Já o tempo mais longo é de 18 anos na ESF e no serviço atual, enquanto no setor saúde na totalidade é de 34,75 anos.

Tabela 4 – Características relacionadas ao tempo dos participantes atuando na APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Variáveis	Média (em anos)	Menor tempo	Maior tempo
Idade	33,04		
Tempo de formatura no ensino superior	7,93	<1 ano	36 anos
Tempo de atuação no setor saúde	7,06	3 meses	34,75 anos
Tempo de atuação neste serviço	3,73	3 meses	18 anos
Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família	5,20	3 meses	18 anos

Fonte: Banco de dados do autor

4.2 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MONTE SANTO DE MINAS, MG

Os atributos da APS verificados pelo PCATool são apresentados a seguir, incluindo todo seu conjunto de itens, a fim de que se conheça em detalhes o desempenho e a variação interna dentro de cada atributo. As tabelas 5 a 12 apontam a composição e respostas relacionadas aos atributos.

Na tabela 5 encontram-se descritos os pontos do instrumento que se relacionam ao atributo Acesso de Primeiro Contato, essencial como critério de avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Tabela 5 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Acesso de Primeiro Contato em Monte Santo de Minas, MG, 2017

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% do escore mais frequente	Média	Média após conversão
Aberto sábado ou domingo	1	96,4	1,03	0,12

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% do escore mais frequente	Média	Média após conversão
Aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até as 20 horas	1	89,2	1,15	0,52
Quando aberto e algum paciente adoece, alguém o atende no mesmo dia	4	79,5	3,79	9,31
Quando aberto, pacientes conseguem aconselhamento pelo telefone	4	66,3	3,62	8,75
Quando fechado, existe número de telefone que os pacientes possam ligar quando adoecem	1	78,3	1,29	0,96
Quando fechado aos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém o atende no mesmo dia	1	90,4	1,11	0,36
Quando fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém o atende naquela noite?	1	95,2	1,04	0,16
Paciente consegue marcar hora para uma consulta de revisão de saúde com facilidade	4	83,1	3,83	9,43
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)	2	48,2	2,26	4,21

Fonte: Banco de dados do autor

Dentre os itens que compõem a avaliação do atributo Acesso de Primeiro Contato, o de pior avaliação, de acordo com a tabela 5 é aquele em que se avalia “se o serviço de saúde fica aberto aos sábados e domingos”. A média deste item, numa escala de 0 (zero) a 10 (dez) foi 0,12. Já o questionamento “se o paciente consegue uma consulta de revisão de saúde com facilidade” ficou com 9,43 de média, sendo o de melhor avaliação neste atributo.

Na tabela 6 estão descritos itens que avaliam o atributo Longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde, também essencial para sua efetividade.

Tabela 6 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Longitudinalidade em Monte Santo de Minas, MG, 2017

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro	4	83,1	3,81	9,39
Participante consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem	4	62,7	3,62	8,75
Os pacientes entendem o que o participante diz ou pergunta a eles	3	55,4	3,37	7,91
Os pacientes podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor	4	50,6	3,39	7,99

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Participante dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre preocupações ou problemas	4	77,1	3,74	9,15
Participante acha que os pacientes se sentem confortáveis para contar preocupações ou problemas	4	57,8	3,54	8,47
Participante conhece mais os pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde	4	54,2	3,40	8,03
Participante sabe quem mora com cada paciente	4	38,6	2,98	6,62
Participante entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que atende	4	59,0	3,55	8,51
Participante conhece o histórico de saúde completo de cada paciente	3	36,1	2,63	5,46
Participante sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente	3	34,9	2,59	5,30
Participante teria conhecimento caso pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas	3	49,4	3,27	7,59
Participante sabe todos os medicamentos que os pacientes estão tomando	3	49,4	2,86	6,22

Fonte: Banco de dados do autor

Para o atributo Longitudinalidade, de acordo com a pergunta para o profissional participante “se sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente” foi a de média mais baixa, 5,30. Já o item que avaliou “se o atendimento é sempre realizado pelo mesmo médico e/ou enfermeiro” teve a média mais alta, 9,39.

Nas tabelas 7 e 8 há a relação de pontos que contribuíram para a avaliação do Atributo Coordenação, sendo que a tabela 7 evidencia a Coordenação – Integração de Cuidados e a tabela 8 a Coordenação – Sistema de Informações.

Tabela 7 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Coordenação – Integração de Cuidados em Monte Santo de Minas, MG, 2017

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Participante tem conhecimento de todas as consultas que pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados	3	50,6	2,74	5,82
Quando os pacientes necessitam de encaminhamento, participante discute com eles sobre diferentes serviços onde poderiam ser atendidos	4	60,2	3,45	8,19

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Alguém do serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada	4	83,1	3,83	9,43
Quando os pacientes são encaminhados, o participante fornece informações escritas para levar ao especialista ou serviço especializado	4	88,0	3,84	9,47
O participante recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado	1	41,0	1,87	2,93
Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, o participante fala o paciente sobre os resultados desta consulta	4	45.8	3,34	7,83

Fonte: Banco de dados do autor

O atributo de Coordenação – Integração dos Cuidados está apresentado na Tabela 7 e trouxe no item “se o participante recebe do especialista, informações úteis sobre o paciente encaminhado”, a média mais baixa, ficando em 2,93. Já o inverso, “se o profissional participante fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado” teve a maior média, 9,47.

Tabela 8 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Coordenação – Sistema de Informações em Monte Santo de Minas, MG, 2017

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% escore mais frequente	Média	Média após conversão
Participante solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado	3	43,4	2,96	6,54
Participante permitiria aos pacientes examinar seus prontuários	4	47,0	3,08	6,95
Os prontuários do paciente estão disponíveis quando participante os atende?	4	88,0	3,89	9,63

Fonte: Banco de dados do autor

Complementando o Atributo Coordenação, relacionado aos Sistemas de Informação, a tabela 8 apresenta como item com média mais baixa, aquele que aponta “se é solicitado ao paciente que traga os registros médicos do passado”, com 6,54. Já quando analisado “se os prontuários do paciente estão sempre disponíveis quando o participante os atende” verificou-se a média, mais alta do atributo, foi de 9,63.

As tabelas 9 e 10 relacionam-se aos itens de Integralidade, atributo essencial na avaliação da APS, sendo que na tabela 9 aparecem pontos ligados aos Serviços Disponíveis e a tabela 10 aos Serviços Prestados.

Tabela 9 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, para a questão: "Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?", em Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Aconselhamento nutricional	4	92,8	3,92	9,75
Imunizações.	1	43,4	1,83	2,77
Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4	50,6	3,32	7,75
Avaliação da saúde bucal.	4	96,4	3,92	9,75
Tratamento dentário.	4	84,3	3,78	9,27
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4	86,7	3,85	9,51
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas	4	50,6	3,40	8,03
Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4	83,0	3,72	9,07
Sutura de um corte que necessite de pontos.	1	38,6	2,03	3,45
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4	92,8	3,90	9,67
Identificação de problemas auditivos.	4	65,1	3,57	8,59
Identificação de problemas visuais.	4	62,7	3,55	8,51
Colocação de tala	2	43,4	2,06	3,53
Remoção de verrugas	1	63,9	1,54	1,80
Exame preventivo para câncer de colo de útero.	4	98,8	3,98	9,95
Aconselhamento sobre como parar de fumar	4	73,5	3,71	9,03
Cuidados pré-natais	4	98,8	3,98	9,95
Remoção de unha encravada	1	51,8	1,83	2,77
Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique in- capacitado e não possa tomar de-cisões.	4	56,6	3,48	8,27
Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento.	4	62,7	3,60	8,67
Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente.	4	86,7	3,86	9,55
Inclusão em programa de suplementação alimentar.	4	65,1	3,55	8,51

Fonte: Banco de dados do autor

Dentre os serviços oferecidos, no atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, descritos na Tabela 9, a "remoção de verrugas", com 1,8 de média, foi a de menor valor. Por outro lado, o "exame preventivo de Câncer de Colo de Útero" e os "Cuidados pré-natais" tiveram a maior média, com 9,95.

Tabela 10 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Integralidade – Serviços Prestados, para a questão: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?" em Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir sufi- cientemente.	4	71,1	3,69	8,99
Segurança no lar	4	69,9	3,66	8,87
Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura	2	42,2	2,39	4,65
Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	3	45,8	3,02	6,74
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados	4	59,0	3,51	8,39
Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4	83,1	3,81	9,39
Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando	4	83,1	3,80	9,35
Possíveis exposições a substâncias perigosas.	4	47,0	3,31	7,71
Pergunta sobre arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	1	54,2	1,53	1,76
Como prevenir queimaduras.	3	39,8	2,93	6,46
Como prevenir quedas.	4	47,0	3,26	7,55
Prevenção de osteoporose em mulheres.	3	38,6	2,81	6,06
Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4	55,4	3,50	8,35
Maneiras de lidar com osproblemas de comportamento das crianças	4	44,6	3,26	7,55
Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4	65,1	3,57	8,59

Fonte: Banco de dados do autor

Os atributos derivados, que compõem a avaliação da Atenção Primária à Saúde de acordo com a proposta de Starfield (2002) são compostos pela Orientação Familiar e Orientação Comunitária e estão discriminados nas tabelas 11 e 12, respectivamente.

Tabela 11 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Orientação Familiar nas equipes de APS de Monte Santo de Minas, MG, 2017

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Participante pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família	4	44,6	3,27	7,59
Participante pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes	4	75,9	3,73	9,11

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Participante se sente disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutirem problema de saúde ou problema familiar	4	77,1	3,77	9,23

Fonte: Banco de dados do autor

Nos três itens que compõem o atributo derivado Orientação Familiar, a avaliação mais baixa ficou por conta de "se levar a opinião e ideia do paciente no momento de planejar o tratamento" e "cuidado do paciente ou membro da família", com 7,59 de média. Já a "capacidade e disposição de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar" foi o item mais bem avaliado, com 9,23 de média final.

Tabela 12 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo Orientação Comunitária nas Equipes de APS em Monte Santo de Minas, MG, 2017.

Itens relacionados ao serviço de saúde	Escore mais frequente	% Escore mais frequente	Média	Média após conversão
Participante ou alguém do serviço de saúde faz visitas domiciliares	4	100	4	10
Participante crê que o serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende	4	66,3	3,67	8,90
O serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde	4	73,5	3,71	9,06
São feitas pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas	4	32,5	2,82	6,09
São feitas pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que se deveria conhecer	3	44,6	3,13	7,11
Há a presença de usuários no Conselho Local de Saúde	4	50,6	3,01	6,70

Fonte: Banco de dados do autor

A finalização da avaliação proposta pelo PCATool está relacionado ao atributo Orientação Comunitária, composto pelos seis itens descritos na Tabela 12 e que teve na verificação "se são realizadas pesquisas com os pacientes para ver se o serviço está satisfazendo sua necessidade", a pior média, com 6,09. Por outro lado, no item onde se verifica "se o paciente ou alguém da equipe faz visitas domiciliares", apareceu o único 10 de média de todo instrumento.

Dados como mediana, desvio-padrão, valores mínimos e máximos, e o Alfa de Cronbach, relacionados a presença e extensão dos atributos essenciais, derivados e gerais da APS aparecem na tabela 13. Os escores acima de 6,6 são considerados altos neste estudo.

Tabela 13 - Escores convertidos dos atributos da APS apresentados no PCATool versão profissionais aplicado com os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.

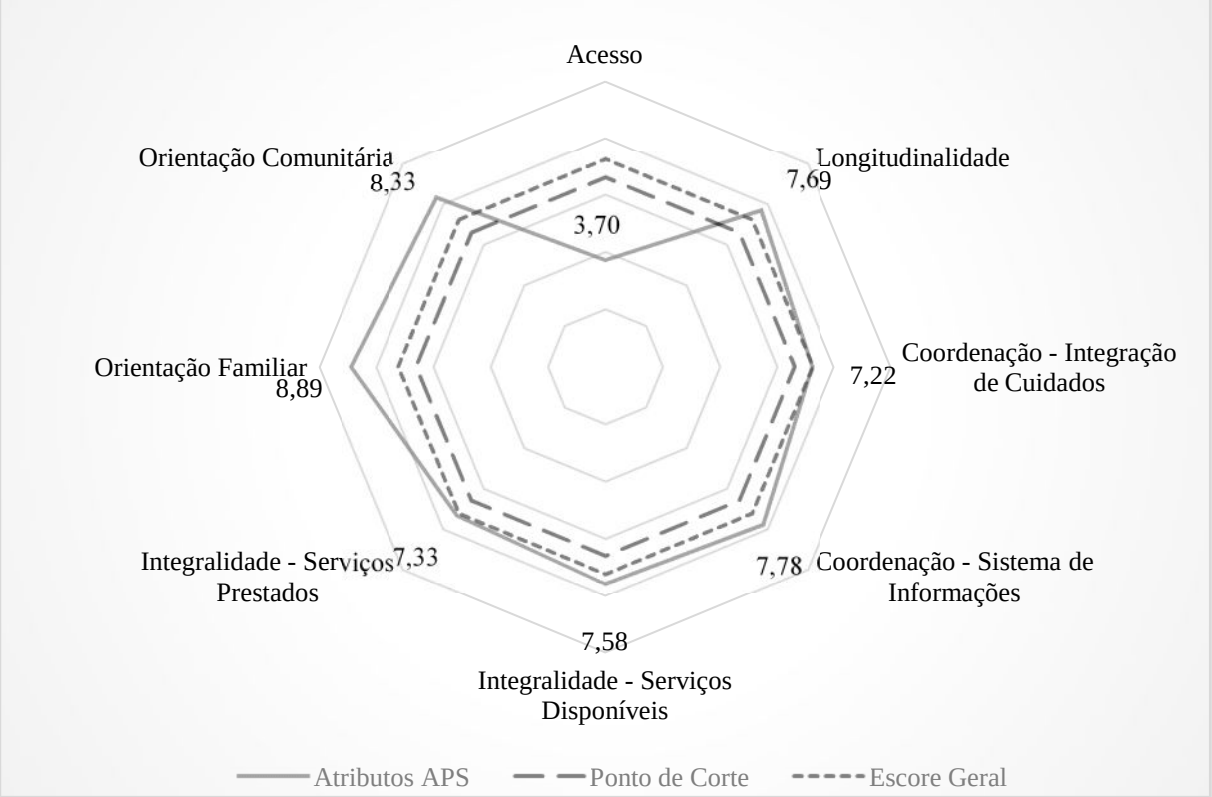
Atributos da APS	Mediana	Média	Desvio-padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Alfa de Cronbach
Acesso de 1º. Contato – Acessibilidade	3,70	3,76	±0,69	2,22	5,19	0,377
Longitudinalidade	7,65	7,69	±1,25	4,62	10,00	0,783
Coordenação – Integração de Cuidados	7,28	7,22	±1,15	4,44	10,00	0,380
Coordenação – Sistema de Informações	7,63	7,78	±1,86	0,00	10,00	0,196
Integralidade – Serviços Disponíveis	7,65	7,58	±0,78	6,21	9,70	0,674
Integralidade – Serviços Prestados	7,37	7,33	±1,27	4,22	9,78	0,825
Escore Atributos Essenciais	6,89	6,88	±0,74	4,83	8,66	0,861
Orientação Familiar	8,65	8,89	±1,44	5,56	10,00	0,572
Orientação Comunitária	7,98	8,33	±1,40	0,00	10,00	0,542
Escore Atributos Derivados	8,27	8,33	±1,19	3,33	10,00	0,547
Escore Geral	7,23	7,15	±0,74	5,30	9,00	0,864

Fonte: Banco de dados do autor

Como se verifica na Tabela 13, há um atributo individual, a Integralidade dos Serviços Prestados, e dois escores, o dos atributos Essenciais e o Geral, com Alfa de Cronbach acima de 0,800, considerado de boa consistência interna (GLIEM; GLIEM, 2003). Há dois atributos individuais, a Longitudinalidade e a Integralidade de Serviços Disponíveis, com Alfa de Cronbach entre 0,61 e 0,80, tidos como consistência interna substancial (GLIEM, GLIEM, 2003).

A figura 6 traz a apresentação da média geral de cada um dos atributos avaliados no PCATool, o Escore Geral e o ponto de corte para um alto escore (HARZHEIM et al., 2013) inclusive comparando-os entre si, a fim de que consiga visualizar o alcance por atributo e total da APS do município estudado.

Figura 6 - Comparação entre média dos atributos da APS, o Escore Geral de 7,23 e o Ponto de Corte de 6,6, na aplicação do instrumento PCATool com os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.

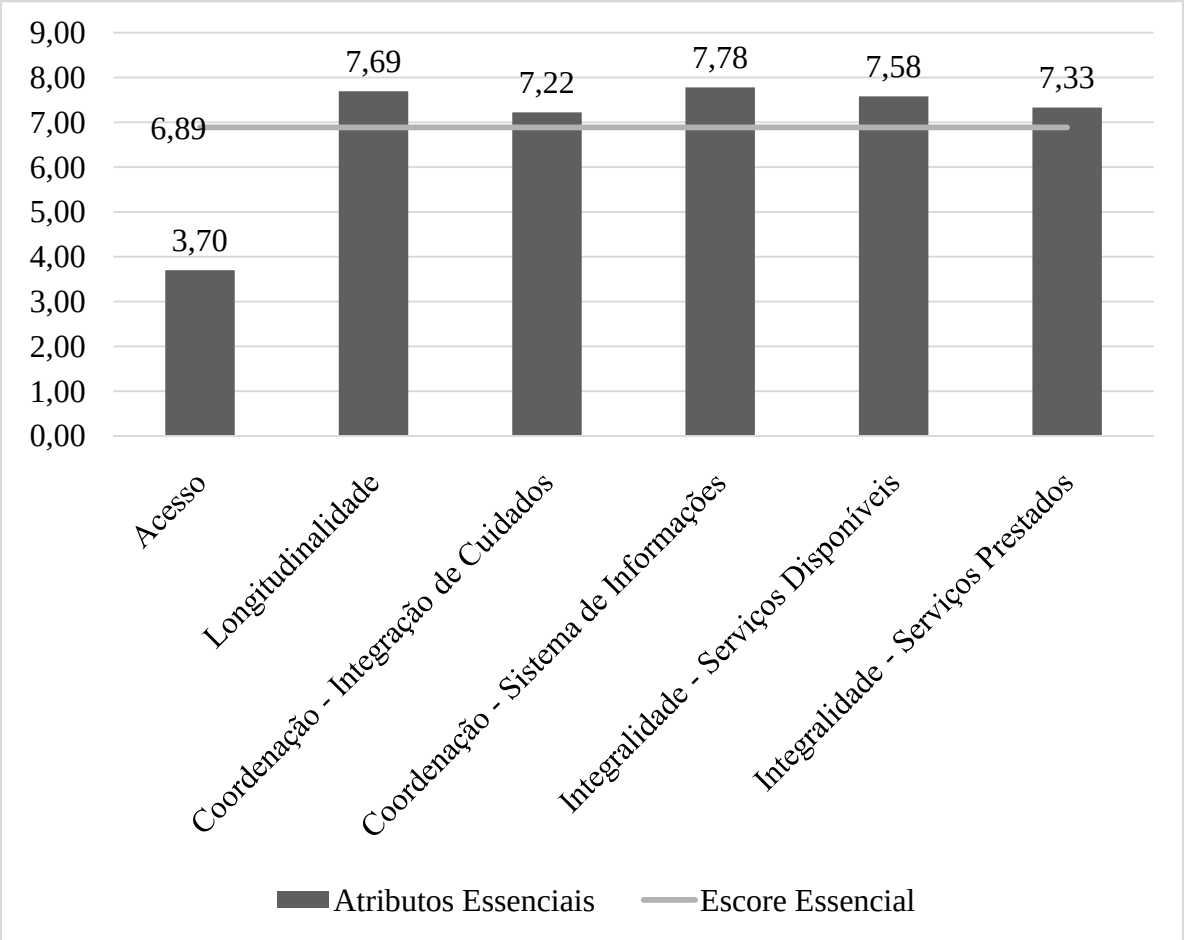


Fonte: Banco de dados do autor

O atributo Acesso de Primeiro Contato com 3,70, considerado atributo essencial, foi o de menor média, enquanto o atributo Orientação Familiar, atributo derivado, o de maior média, com 8,89.

Na figura 7 são apresentados os atributos essenciais e sua comparação com Escore Essencial, composto pela média de seus atributos. A média do Escore Geral, 7,23, ficou acima da média do Escore Essencial, 6,89. Dentre os escores essenciais, o de menor média é o Acesso de Primeiro Contato, com 3,70, e o de maior média é a Coordenação – Sistemas de Informações, com 7,78.

Figura 7 - Comparação entre média dos atributos essenciais e o Escore Essencial entre os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.



Fonte: Banco de dados do autor

Para verificar as associações entre os grupos e o escore geral, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e, para examinar quando há associação e se esta é forte ou fraca, aplicou-se o Teste V de Cramer. O nível de significância adotado foi de 5% ($p > 0,05$). Os resultados estão apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 - Testes de associação entre os grupos "escolaridade, função exercida, local de trabalho, tempo desde a formatura, tempo de atuação no serviço atual e tempo de atuação na ESF" e o escore Geral, na aplicação do PCATool, Monte Santo de Minas, MG, 2017.

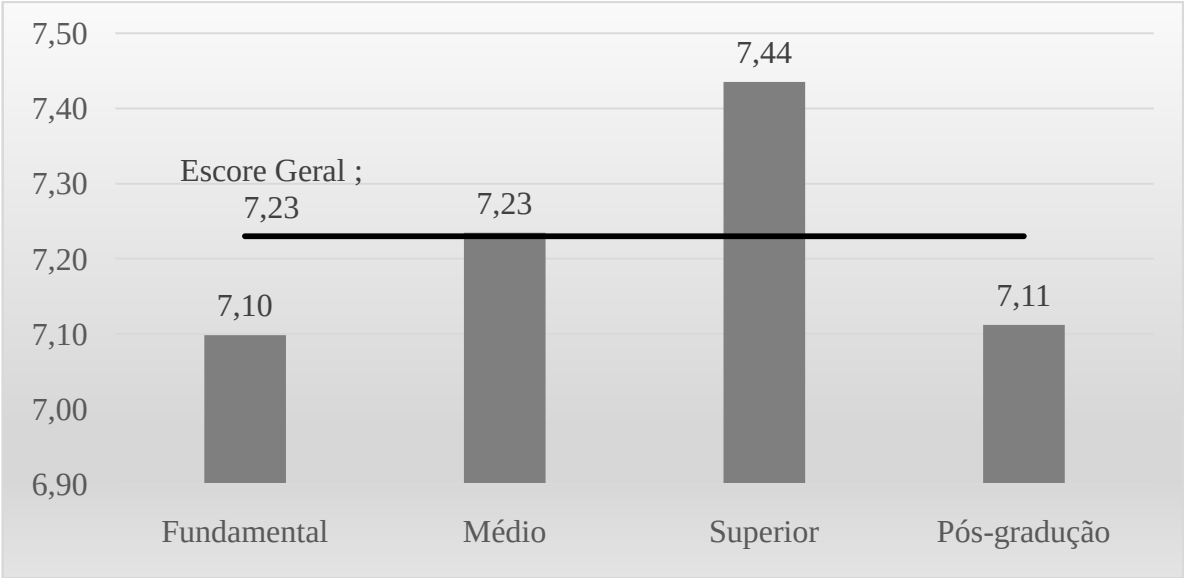
Grupo	Qui-quadrado	V de Cramer
Escolaridade	<0,001	0,038
Função exercida	0,000	0,069
Local de trabalho	0,000	0,081
Tempo desde a formatura	0,000	0,089
Tempo de atuação no serviço atual	0,000	0,060
Tempo de atuação na ESF	0,000	0,044

Fonte: Banco de dados do autor

Como se verifica na tabela 14 acima, há uma associação entre todas as variáveis estudadas com o escore geral ($p < 0,05$), entretanto pode-se considerar todas as associações fracas, já que o V de Cramer ficou mais próximo de zero do que de um.

Por fim, são apresentadas as médias do escore geral por: nível de escolaridade na figura 8; por função exercida na figura 9; por local de trabalho na figura 10; por tempo: desde a formatura na figura 11; de atuação no serviço atual na figura 12 e; de atuação na Estratégia de Saúde da Família na figura 13.

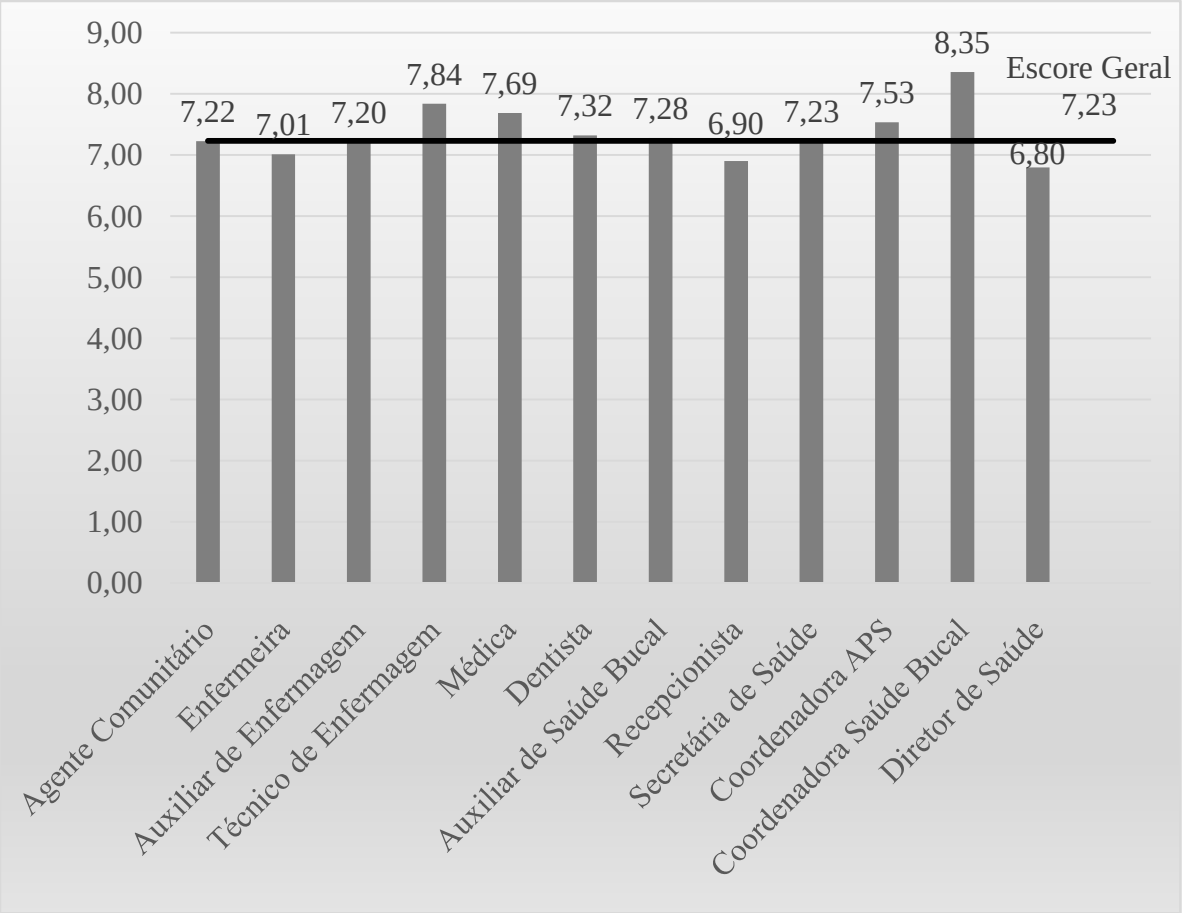
Figura 8 - Média do escore geral comparado por nível de escolaridade dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017



Fonte: Banco de dados do autor

A figura 8 apresenta evidências de que profissionais de nível superior são aqueles com melhor avaliação da orientação do serviço para APS, seguido por profissionais de ensino médio, com pós-graduação e ensino fundamental.

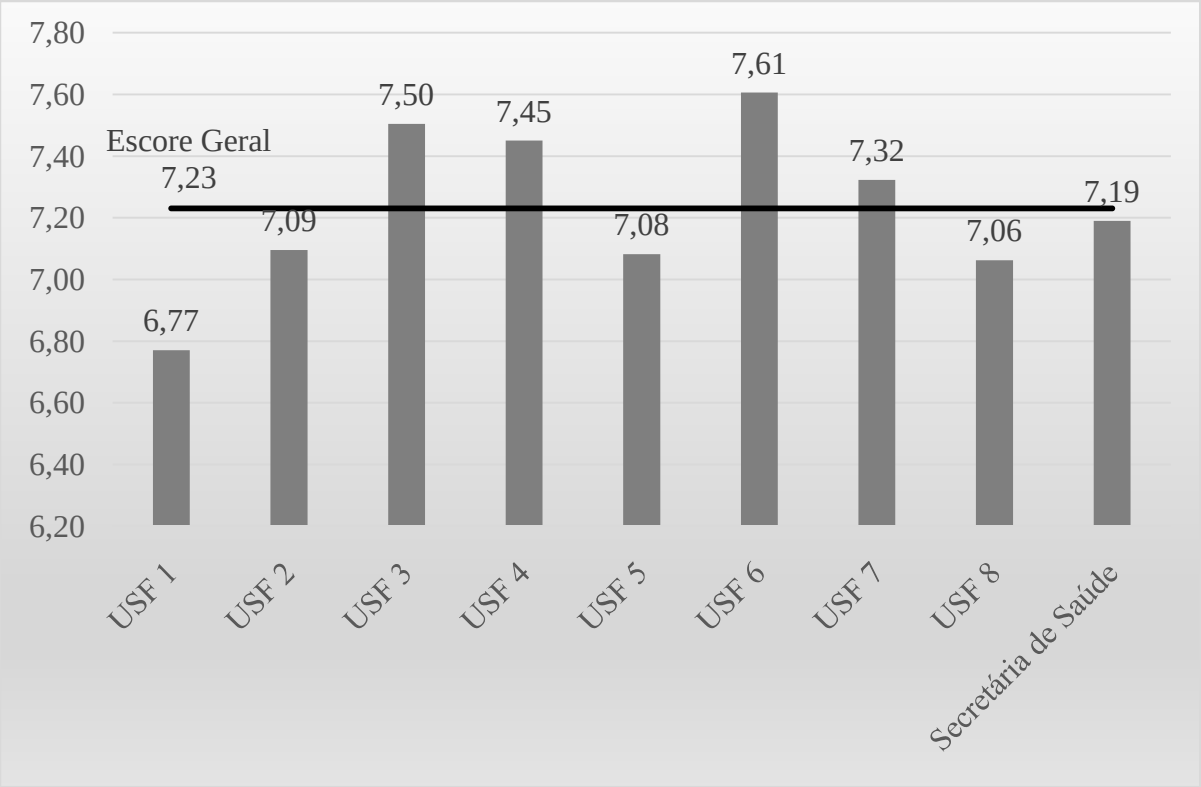
Figura 9 - Média do escore geral comparado por função exercida, aplicação entre os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.



Fonte: Banco de dados do autor

O resultado por função exercida apresenta no grupo da gestão (Secretária de Saúde, Coordenadora de APS, Coordenador de Saúde Bucal e Diretor de Saúde), o pior (6,80) e o melhor escore geral (8,35). Excluindo as funções onde há apenas uma resposta por função exercida e onde estão inseridos os cargos tidos como gestão, a função com maior escore médio é o do técnico de enfermagem, com 7,84, seguido pelas respostas dos médicos, com 7,69. As piores avaliações são do recepcionista com 6,90, seguido pelas enfermeiras, com 7,01. É importante lembrar que a função do recepcionista é exercida por um ACS em desvio de função, sendo que este teve como escore geral 7,22.

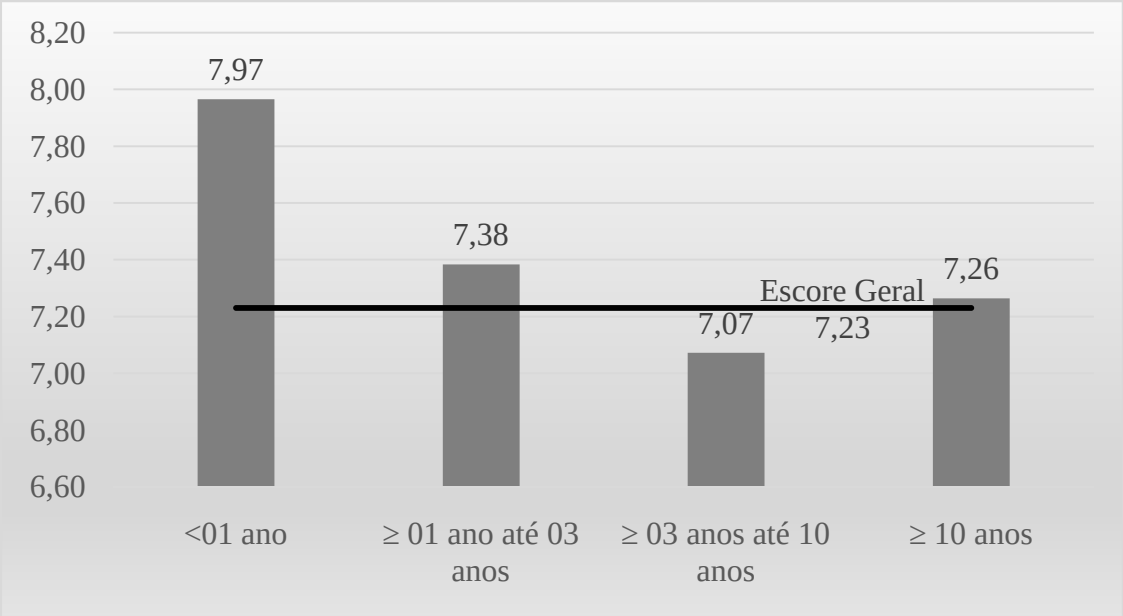
Figura 10 - Média do escore geral comparado por local de aplicação entre os profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017.



Fonte: Banco de dados do autor

A figura 10 traz evidências de que o local de aplicação está associado há diferenças dentro do escore geral, sendo que as USF 1, USF 8 e USF 5, unidades com população urbana e localizadas em área mais central do município foram as com pior avaliação dos serviços, respectivamente, e as USF 6, de zona rural exclusiva, USF 3 e USF 4, de zona urbana e periférica, as de melhores desempenhos. O escore da Secretaria de Saúde foi a mediana, com 7,19.

Figura 11 - Média do escore geral comparada por tempo de formatura dos profissionais de nível superior da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017

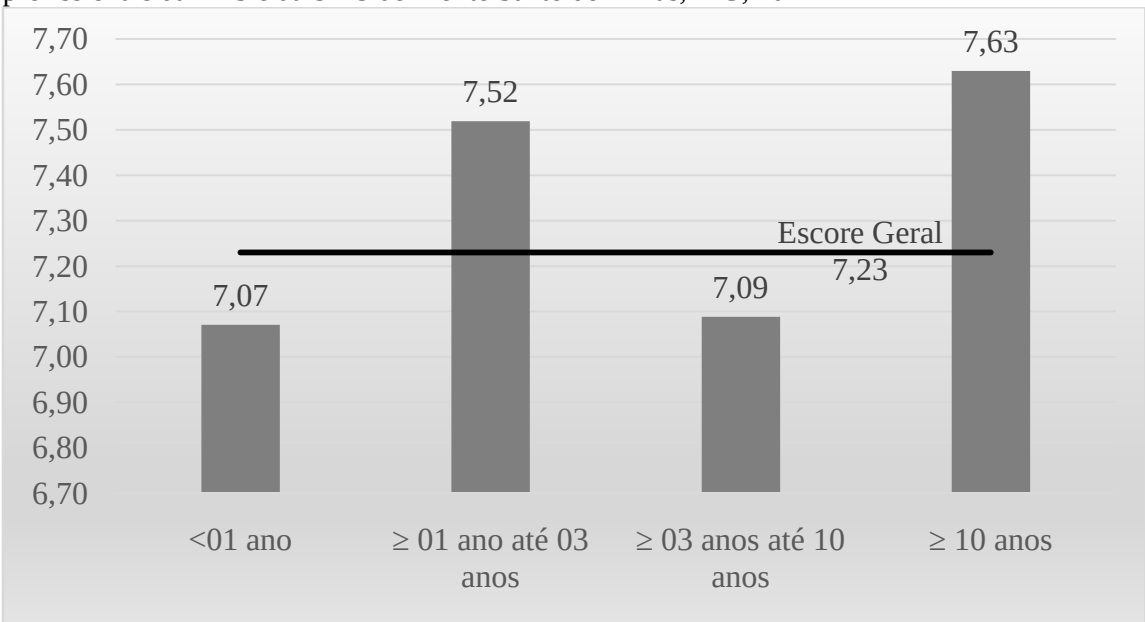


Fonte: Banco de dados do autor

A figura 11 evidencia que o tempo desde a formatura para profissionais com nível superior traz diferenças nas avaliações. Os profissionais com menos de um ano de formados apresentaram maior escore geral (7,97) e aqueles formados entre três e dez anos, os de pior escore geral, com 7,07.

.

Figura 12 - Média do escore geral comparado por tempo de atuação no local de serviço atual dos profissionais da APS e da SMS de Monte Santo de Minas, MG, 2017

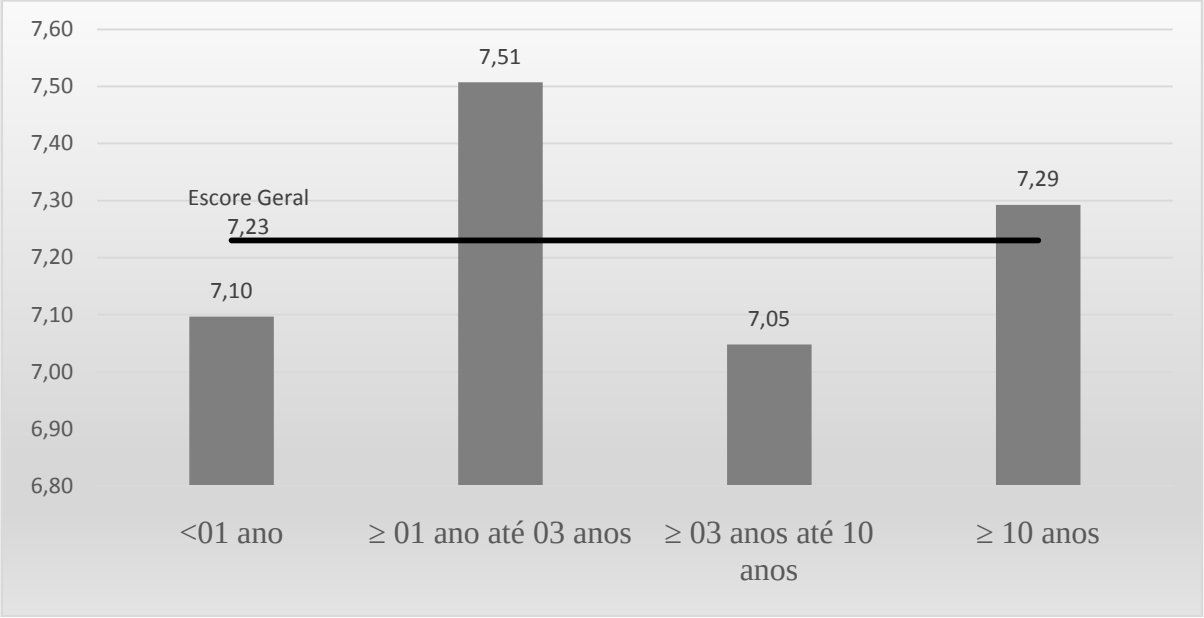


Fonte: Banco de dados do autor

Há também evidências de que o tempo de atuação no local atual dos profissionais apresenta diferenças entre as avaliações, conforme a figura 12. A atuação acima de dez anos

no mesmo local apresentou o mais alto escore geral, 7,63 de avaliação. Por outro lado, os profissionais com menos de um ano no atual local de serviço fizeram a pior avaliação dos atributos da APS, com 7,07.

Figura 13 - Média do escore geral comparado por tempo de atuação na ESF dentre os profissionais da APS e da Secretaria de Saúde de Monte Santo de Minas, MG, 2017.



Fonte: Banco de dados do autor

Também existem evidências, de acordo com a figura 13, de que o tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família está associado a diferenças entre os escores gerais dos participantes, sendo que profissionais entre um ano e três anos são aqueles com maior média final (7,51) e os profissionais com tempo de ESF entre acima de três anos até dez anos apresentaram pior avaliação (7,05).

5 DISCUSSÃO

A utilização do instrumento PCATool-Brasil para avaliar os serviços de APS tem aumentado nos últimos anos e sua escolha pode ter relação com a publicidade pelo Ministério da Saúde, que desde 2010 disponibiliza o instrumento validado em seus veículos oficiais de comunicação. Há estudos publicados utilizando as três versões disponíveis: adultos, crianças e profissionais.

O PCATool, pela sua compreensão e aplicação fáceis, permite a avaliação com custo baixo e com agilidade das características estruturais e dos processos dos serviços de saúde, e serve como um recurso para o planejamento das ações com intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde (MAIA et al., 2017). É um instrumento aferidor eficaz, ao apresentar as condições dos serviços de saúde (PENSO et al., 2017).

Para Lins, Soares e Coelho (2016), a qualidade dos serviços de saúde pode ser influenciada pelo perfil de seus profissionais. Destarte, são discutidas a seguir algumas características da população deste estudo com o intuito de permitir comparações com publicações semelhantes que utilizaram o mesmo instrumento.

A avaliação da APS por meio da aplicação do PCATool versão profissionais tem acontecido em várias publicações, entretanto tem sido pouco frequente quando se considera sua aplicação com todos os profissionais da equipe, seja de ensino superior, médio ou fundamental. Em relação à escolaridade, um estudo feito em Serra (ES) para avaliar a qualidade da ESF por meio dos atributos da APS se aproxima deste ao trabalhar com profissionais de ensino superior, médio e fundamental (LIMA et al., 2016).

Já em relação às funções exercidas pelos profissionais, a variedade de funções no presente estudo não coincide com nenhum dos estudos levantados, mesmo naqueles em que os autores definiram a sua população como todos os profissionais atuantes nas equipes de APS e/ou gestão. Diferentes estudos levantados definiram sua população entre profissionais médicos e enfermeiros (MAIA et al.,2017; ARAÚJO; MENDONÇA; SOUZA, 2015; SILVA et al., 2014; BARBARO, LETTIERE E NAKANO, 2014; CHOMOTAS et al., 2013; VITÓRIA et al., 2013), e a estes, dependendo da pesquisa, foram incluídos ou não os de nível fundamental e médio ou outros de nível superior (PENSO et al., 2017; LIMA et al., 2016).

Divergente destes, há dois trabalhos avaliativos que incluíram ou odontólogo entre os de nível superior, ou os gestores de saúde. O primeiro em municípios do Rio Grande do Sul da qualidade da APS na atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV, feita com

enfermeiro, médico e odontólogo (FERREIRA et al., 2016). E o segundo, uma análise da rede de APS em Piracicaba com profissionais de nível superior e gestores (CÉSAR et al., 2014).

Em relação ao sexo, cuja população mostrou-se de maioria feminina no levantamento da atual pesquisa, os dados coincidem com os estudos com profissionais de APS em Lajeado, Rio Grande do Sul, de Penso et al. (2017); em municípios do sudoeste de Goiás, de Maia et al. (2017); e em Ribeirão Preto, em investigação de Barbaro, Lettiere e Nakano (2014) sobre a atenção à saúde de adolescentes gestantes em unidades de saúde do município.

No atual estudo há maior presença de profissionais de ensino médio, seguido pelos com aqueles que têm alguma de pós-graduação, graduação e, por fim, ensino fundamental. Dentre os que possuem pós-graduação, a presença preponderante de Especialização em Saúde da Família (60%), mestrado em Saúde Pública (7%) e Especialização em Saúde Pública (6%) permite supor que os profissionais têm buscado se especializar na área em que escolheram atuar.

Isso também foi apontado no levantamento por meio do PCATool na microrregião de Alfenas (MG), onde todos os profissionais que declararam ter feito pós-graduação, possuíam-nas em saúde pública, atenção básica, saúde da família, PSF e medicina de família (SILVA et al. 2014). Em relação à presença dos gestores, a investigação da situação das Unidades de Saúde em Piracicaba com demais profissionais de saúde e gestores, por meio do PCATool, não apresentou diferença significativa entre as respostas dos dois grupos (CESAR et al., 2014), divergente dos dados encontrados no atual estudo, onde os gestores fizeram uma melhor avaliação dos atributos da APS em relação aos outros profissionais.

Já sobre as médias temporais, tem-se que o tempo de formação dos profissionais com ensino superior (7,93 anos) é inferior ao estudo de Maia et al. (2017) e superior ao de Alfenas, MG (SILVA et al., 2014). Dos que atuam no setor saúde (7,06 anos), inferior ao estudo em Ribeirão Preto (BARBARO, LETTIERE E NAKANO, 2014). No serviço atual (3,73 anos), superior aos 2,86 anos da pesquisa de Goiás (MAIA et al., 2017), condizente com a de Alfenas, MG (SILVA et al., 2014) e inferior ao de Ribeirão Preto, SP (BARBARO, LETTIERE E NAKANO, 2014). Por último, o tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família foi de 5,20 anos.

Partindo para a avaliação da Atenção Primária à Saúde de Monte Santo de Minas, esta apresentou conformidade dos atributos propostos no PCATool, com escore geral de 7,23, sendo que a partir de 6,6 já se pode ser considerado alto o índice de avaliação pelo instrumento (PENSO, 2017). Mesmo se considerarmos apenas os atributos derivados ou essenciais separadamente, o escore foi alto, ou seja, considerado bom.

Esta avaliação positiva dos Escores gerais, essenciais e derivados também apareceram em Goiás (MAIA et al., 2017), Lajeado (PENSO et al., 2017), Serra (LIMA et al., 2016), no estudo de avaliação da APS com médicos e enfermeiros em Chapecó, Santa Catarina (VITÓRIA et al., 2013) e na investigação com profissionais da presença e extensão dos atributos da APS em Curitiba, Paraná, (CHOMATAS et al., 2013).

O estudo em Ribeirão Preto sobre pré-natal da adolescente também apresentou escore essencial alto, contundo foram verificados apenas os atributos essenciais (BARBARO, LETTIERE E NAKANO, 2014). Na pesquisa do Distrito Federal sobre a percepção de usuários e profissionais dos atributos da APS no cuidado integral à criança (ARAÚJO, MENDONÇA, SOUZA, 2015), o escore essencial foi abaixo de 6,6, mas o escore geral e o derivado ficaram acima do ponto de corte.

Considerando a confiabilidade interna do instrumento, os dois únicos atributos com Alfa de Cronbach acima de 0,70, considerado aceitável, foram a Longitudinalidade e a Integralidade dos Serviços Prestados, e este achado tem correspondência com estudo feito com profissionais de nível superior em Goiás (MAIA et al., 2017). Quando verificados os atributos essenciais entre si, e o escore geral final, o Alfa de Cronbach foi, acima de 0,80, tido como bom, e isso também tem conformidade com a pesquisa de MAIA et al., 2017. No estudo em Rio Grande do Sul, o escore geral também apresentou o Alfa de Cronbach alto, com 0,86 (FERREIRA et al., 2016)

Desde a Conferência dos Cuidados Primários em Alma-Ata em 1978, a APS tem sido entendida, em sua essência, como representação do direito humano, pois a partir de lá emergiram alguns elementos fundamentais de sua constituição, tais como a educação em saúde, as práticas complementares, a promoção da saúde e a maior percepção de fatores determinantes, como o saneamento básico, para o aparecimento de doenças (MENDES, 2012).

Assim sendo, um dos conceitos de APS relaciona-a como “estratégia de organização do sistema de atenção à saúde” ao coordenar “os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população” (MENDES, 2012). A completude dos atributos da APS é ponto basilar para que se possa enxergá-la com a função de organizadora de um sistema de saúde.

Por outro lado, vê-se que um dos enfrentamentos da APS como ordenadora dos sistemas de saúde está na dificuldade de se estabelecer uma rede verdadeira entre os diferentes serviços e níveis de atenção, além da fragilidade dos pontos de apoio e logística

como aportes nos fluxos de comunicação e na produção social da saúde (RODRIGUES et al., 2014).

O município de Monte Santo de Minas definiu no decorrer do seu processo de conformação municipal de saúde que a Atenção Primária à Saúde seria composta de maneira inclusiva apenas da Estratégia de Saúde da Família. A ESF busca, nos propósitos de Alma-Ata, junto com os princípios e diretrizes do SUS, a partir de sua conformação de atenção integral à saúde das pessoas, famílias e comunidades dentro de seu próprio espaço social (FERTONANI, PIRES e SCHERER, 2015), se firmar como possibilidade de organização da APS nacional.

Mesmo havendo certa desilusão de alguns atores do SUS em relação à ESF, ou por se acreditar que o modelo não encaixa em variadas realidades do país, ou por considerá-lo caro e pouco resolutivo, a estratégia apresenta várias evidências de sua resolutividade e avanços em situações de saúde e é um modelo acertado de organização da APS nacional, necessitando de processos contínuos de melhorias (MENDES, 2012).

A atual investigação, por exemplo, trouxe um desses possíveis pontos que necessitam de evolução, pois o atributo com menor escore e considerado como baixo escore foi o Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, que teve avaliação final de 3,70. Este resultado aproxima-se de outros (MAIA et al., 2017; LIMA et al., 2016; CHOMATAS et al., 2013; ARAÚJO, MENDONÇA, SOUZA, 2015; BARBARO, LETTIERE E NAKANO, 2014; PENSO et al., 2017; SILVA et al., 2014; VITÓRIA et al., 2013) e mostra que o acesso continua como um dos desafios para que a APS se consolide como um caminho de solidificação do Sistema Único de Saúde no país.

Em Monte Santo de Minas, MG, as unidades de saúde funcionam em horário comercial em dias úteis da semana e não possuem meios de comunicação instantâneos de atendimento ao público, como telefones ou aplicativos, fora do horário de expediente, de modo especial no período noturno e finais de semana, o que impossibilita o acesso do usuário a este serviço nessas ocasiões. Estes achados também apareceram nas pesquisas imediatamente supracitadas.

Por outro lado, o item de atendimento no mesmo dia quando o paciente adoece, estando o serviço aberto, foi aquele com maior média final neste estudo. Esses são apontamentos de que serviços com portas fechadas tendem a ser a primeira barreira a ser vencida para ampliação do acesso, além da ausência de tecnologias que permitam que o usuário possa ampliar os modos de contatos com as equipes de APS.

Atributo essencial, sem o qual a APS perde uma característica imprescindível para ser entendida como tal, o acesso merece centralidade nas discussões do sistema público de saúde brasileiro. Uma APS de acesso restritivo vai de encontro com o princípio doutrinário da universalidade, ao impossibilitar que haja uma atenção à saúde adequada à população adscrita.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017a) manteve a falta de incentivo junto aos municípios para a ampliação de horário funcionamento de 40 horas semanais das equipes de APS. Uma revisão deste entendimento, não com a proposição de espaço compartilhado entre UBS e creche (FORMENTI, 2018), traria a possibilidade de ampliação da acessibilidade, com melhora do acolhimento, da criação e aumento do vínculo e da escuta qualificada (MAIA et al., 2017). A partir disso, o cuidado pode ser direcionado, se necessário, já que o acesso traz pontos como o acolhimento e a humanização da atenção (LIMA et al., 2016).

Sem o acesso garantido, os outros atributos da APS ficam prejudicados, já que sem o primeiro os outros inexistem. A expansão do acesso possibilita, por exemplo, a coordenação e integração das diversas redes de atenção à saúde, contemplem estas os serviços hospitalares ou ambulatoriais (LINS, SOARES e COELHO, 2016). E para o acesso se tornar tangível é necessário investimento financeiro para ampliação do horário de atendimento e sobrepujar as limitações legais das jornadas além do horário comercial (VITÓRIA et al., 2013)

Além da discussão sobre a ampliação do período em que a Unidade de Saúde fica aberta para o atendimento ao público, com o intuito de ampliar o acesso, a presença dos itens no PCATool relacionados a isso, também se afasta da realidade do modo como se tem organizado o modelo de atenção da APS no Brasil. Por este motivo, Chomatas et al. (2013) e D'Ávila et al. (2017) avaliam a necessidade de atualizar o instrumento a este modelo de organização ou, como debatido acima, a mudança do próprio modo de atuação dos serviços de cuidados primários no país.

O restante dos atributos essenciais variou entre 7,22, com a Coordenação – Integração dos Cuidados, a 7,78, com a Coordenação – Sistema de Informações. Dentro dos atributos ligados à Coordenação, o item com avaliação mais baixa é o da contrarreferência dos especialistas. Esta fragilidade relacionada à comunicação com outros serviços da rede de atenção à saúde também apareceu nas pesquisas em Chapecó, SC (VITÓRIA et al., 2013), Alfenas, MG, (SILVA et al., 2014) e em uma investigação em Maceió, AL, que avaliou as EqSF e as equipes tradicionais, considerando a opinião de médicos preceptores e de discentes em estágio em Saúde da Família (LINS, SOARES E COELHO, 2016). Já no estudo de

Curitiba o resultado do item foi positivo devido ao investimento do município em sistema de informação, como facilitador para marcação de consultas especializadas e verificação de exames *online* (CHOMATAS, 2013).

Em Minas Gerais, a Coordenação do Cuidado relaciona-se à organização do cuidado por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) (SILVA et al., 2014). O PDR, instrumento de planejamento e gestão, fixa bases geográficas e populacionais, a fim de verificar as necessidades em saúde, realocar recursos financeiros a partir das prioridades e descentralizar ações programáticas e gerenciais, ao dividir o território em regiões ampliadas de saúde e, compondo estas, regiões de saúde, anteriormente chamadas de microrregiões. (DINIZ, 2017).

Apesar do município de Monte Santo de Minas estar sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Passos, MG, ele também se aproxima geograficamente da região de Alfenas, MG, o que permite uma ligação com as dificuldades encontradas no estudo de Silva et al. (2014), para quem há uma carência de mecanismos de contrarreferência dos níveis secundários e terciários de atenção à saúde na região, tornando a qualidade do atendimento da APS dificultada e desacreditada, ao romper a relação cuidador-cuidado.

Outra característica, como se verifica no tempo no serviço atual dos profissionais da atual investigação, é este estar como o mais baixo entre as variáveis de tempo estudadas. Para Silva et al. (2014), a fixação de profissionais, além da capacidade de oferecer estrutura de serviços em rede, com níveis de complexidade diverso, tendo a ESF como pedra angular, devem ser consideradas ao se debater sobre o modo de organização de um sistema de saúde descentralizado, municipalizado e regionalizado (SILVA et al., 2014)

A conformação da ESF como porta de entrada com capacidade adequada de definição do usuário no sistema de saúde deve permitir que aconteça a coordenação da atenção à saúde do usuário nas possíveis redes existentes, possibilitando a escolha com mais qualidade em cada situação (SILVA et al., 2014). Quando inexiste a coordenação do cuidado, os outros atributos essenciais também desfalecem: longitudinalidade, integralidade e primeiro contato, este com uma inter-relação ainda mais próxima, ficam comprometidos, diminuindo a potencialidade da APS (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUZA, 2015).

Discutindo os outros atributos essenciais, a Longitudinalidade, se considerado isoladamente, foi aquele com maior escore entre os essenciais, já que tanto a Coordenação como a Integralidade, no PCATool, foram subdivididos em dois atributos, com pesos equivalentes. Pesquisa em Curitiba (CHOMATAS et al., 2013) também apresentou alto

escore no atributo. O item melhor avaliado na Longitudinalidade foi “se o paciente é sempre atendido pelo mesmo médico ou enfermeiro” que está relacionado à criação e manutenção de vínculo. O pior item neste atributo foi “se o profissional sabe o trabalho ou o emprego de cada paciente”, e entende-se que tem ligação com uma visão mais ampliada de saúde.

A longitudinalidade deve ser entendida como a atenção regular ao longo do tempo, sendo que o serviço de saúde deve ter capacidade de identificar tanto a população como os indivíduos que necessitam desta atenção, assim como a possibilidade de criação de laços interpessoais entre os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade (STARFIELD, 2002).

Quando a longitudinalidade encontra-se presente, há uma tendência de ocorrerem diagnósticos e tratamentos mais acertados, tendo como resultado uma diminuição no número de encaminhamentos aos serviços especializados e uma queda na ocorrência de procedimentos e ações com complexidade maior (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Ademais, há também as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde com a população cadastrada da área, que tendem a diminuir a exposição a fatores de risco e, por conseguinte, o aparecimento de possíveis agravos (BARATIERI; MARCON, 2011). O trabalho com os determinantes sociais do processo saúde doença mostra-se uma etapa importante da APS e demonstra sua capacidade de cuidado longitudinal da comunidade onde está estabelecida, trazendo também efeitos positivos à saúde individual.

E, por fim, como último atributo essencial avaliado, a Integralidade, que é subdividida em Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, também resultou em alto escore, como em outros estudos que utilizaram o PCATool versão profissional como instrumento avaliativo (MAIA et al., 2017; LIMA et al., 2016; CHOMATAS et al., 2013; PENSO et al., 2017; SILVA et al., 2014; VITÓRIA et al., 2013).

Apesar do alto escore, há notas bastante baixas em alguns itens no atributo Integralidade, tanto em serviços disponíveis como em serviços prestados. Nos serviços disponíveis, as baixas avaliações estão ligadas à “presença da vacinação nas unidades”, como no estudo em Ribeirão (BARBARO; LETTIERE; NAKANO, 2014) e em serviços tidos como cirúrgicos e ambulatoriais, tais como “remoção de verrugas” e de “unhas encravadas”, “sutura de cortes” e “colocação de talas”, como em Alfenas (SILVA et al., 2014). Já nos serviços prestados, os itens com baixas avaliações são os de “orientação quanto ao uso de arma” e os de “aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos especiais para crianças e sobre quedas de altura de crianças”.

A integralidade, na APS, relaciona-se à capacidade dos serviços primários em reconhecer e distinguir as necessidades das pessoas, sejam funcionais, orgânicas ou sociais, para receberem cuidados, sejam preventivos ou de diagnóstico, tratamento e reabilitação, mesmo que precisem de encaminhamentos para outros locais, como os serviços secundários, terciários ou outros, como comunitários, por exemplo (STARFIELD, 2002). O conceito de integralidade, então, passa pela percepção holística do sujeito como uma das dimensões a ser considerada durante o atendimento, e também pelo direcionamento a atendimento ampliado e desfragmentado, coexistindo a troca de saberes entre os atores envolvidos. (PENSO et al., 2017).

Desse modo, problemas estruturais e organizacionais tendem a interferir negativamente no alcance da integralidade, mesmo que seja próprio da ESF uma maior capacidade de reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais dos indivíduos, por trabalhar com o conceito ampliado de saúde (ARAÚJO; MENDONÇA; SOUZA, 2015). Para Silva et al. (2014), a ESF ainda teria dificuldades em acolher as demandas de sua população e em ser um ponto de convergência para uma intersetorialidade efetiva na diminuição dos agravos e melhora dos determinantes sociais.

Ou seja, há um fator de enfrentamento de problemas estruturais e organizacionais, ligados à parte da gestão, por exemplo, na presença ou ausência de algumas situações relacionadas à integralidade, como a sala de vacina, mas há também as características dos profissionais com maior ou menor compreensão ou atitude frente ao conceito ampliado de saúde e os modos de lidar com ele. Para Barbaro, Lettiere e Nakano (2014) os profissionais integrantes das equipes de ESF possuem princípios, valores e interesses e podem intervir no modo de organização e produção das ações e serviços.

Por outro, ao se considerar todos os atributos, a Orientação Familiar e a Orientação Comunitária, que compõem o escore derivado, foram os dois que tiveram melhor avaliação final considerando todos os atributos. Na Orientação Familiar o item mais bem avaliado pelos participantes foi “se o profissional está disposto a atender alguém da família do paciente, se necessário”.

Em relação à Orientação Comunitária, a “visita domiciliar por algum membro da equipe” apresentou a única nota máxima do estudo. A visita domiciliar é um dos instrumentos que permitem maior aproximação com a comunidade pela EqSF e um modo mais equânime de atender as demandas tidas como inexistentes anteriormente.

Com o advento do Programa de Saúde da Família, a família ganhou papel central no modo de buscar a atenção à saúde. Isso porque é na família onde ocorre boa parte das

interações e conflitos, interferindo de modo direto na saúde das pessoas, pois é neste contexto que deve haver uma abordagem socioeconômica e cultural, entendendo o indivíduo como um ser com autonomia (ALENCAR et al., 2014).

Ampliando esta visão integral, que perpassa pela visão individual e familiar, a equipe deve estar orientada para a comunidade onde atua. As necessidades das pessoas ocorrem em um contexto social, e é papel da equipe de saúde dar condições para que os usuários entendam como estão distribuídas as características de saúde na comunidade e quais são os recursos disponíveis (STARFIELD, 2002). E, assim, o papel da visita domiciliar e, em especial, do Agente Comunitário de Saúde, são preponderantes para que as ações voltadas para a centralidade na atenção familiar e para a orientação comunitária estejam presentes no cotidiano das equipes de saúde.

Por fim, todos os grupos estudados apresentaram associação, via teste Qui-quadrado de Pearson, mesmo que fraca, de acordo com o Teste V de Cramer. As associações são por nível de escolaridade, função exercida, local de trabalho, tempo desde a formatura, tempo no serviço atual e tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, em relação ao escore geral.

As evidências que profissionais com nível superior apenas com graduação obtiveram as melhores avaliações em relação aos demais, coincidem com a pesquisa com profissionais de Lajeado (PENSO et al., 2017), quando comparados com os de nível fundamental, médio e com pós-graduação. Não houve esta relação em outro trabalho (FERREIRA et al., 2016). Entretanto, quando consideramos apenas os profissionais com nível superior equiparando-os aos com alguma pós-graduação, os resultados vão ao encontro da investigação de Alfenas, MG, onde o primeiro grupo teve uma avaliação mais positiva que o segundo grupo (SILVA et al., 2014).

Há também uma relação entre ser técnico de enfermagem e avaliar mais positivamente o serviço onde atua, assim como ser recepcionista e avaliar mais negativamente. Pode-se sugerir que estes resultados se relacionam com a função desempenhada, entretanto não houve analogia com pesquisa no Rio Grande do Sul (FERREIRA et al., 2016)

Outra associação é a da localização das Unidades de Saúde da Família e o escore geral, sendo que as unidades mais centralizadas e com população exclusivamente urbana apresentaram as piores avaliações, em contraste com uma USF localizada na zona rural, e outras duas de zona urbana e periférica, que apresentaram escores mais altos. Não foram

localizados estudos que relacionam a localização dos serviços a maiores ou menores escores, havendo a necessita de outras investigações.

Em relação ao tempo de formatura dos profissionais com nível superior, as melhores avaliações partiram de profissionais com formação mais recente. As possíveis causas podem ser uma motivação maior de atuação e as perspectivas profissionais. Estes dados vão ao encontro com a investigação do Rio Grande do Sul, pois nesta houve uma melhor avaliação de profissionais acima de quinze anos de formação. (FERREIRA et al., 2016)

Ainda em relação ao tempo de atuação, entre todos os participantes da pesquisa, os achados apontaram que os maiores escores estão em profissionais que atuam há mais de dez anos no serviço atual e que têm entre um e três anos na Estratégia de Saúde da Família. Ou seja, profissionais mais experientes no local de atuação e com experiência intermediária na ESF tendem a melhor avaliar a APS. No estudo do RS não houve associação entre tempo de serviço, maior ou menor de três anos, e o escore geral (FERREIRA et al., 2016). As possíveis justificativas para essas avaliações estariam ligadas ao vínculo criado com a equipe e a comunidade no caso de atuação no mesmo serviço de saúde, e a um período de maior conhecimento da ESF, mas ainda sem criar possíveis desilusões.

6 CONCLUSÕES

A utilização do instrumento PCATool Brasil tem sido uma maneira eficiente de mensurar a qualidade da Atenção Primária à Saúde no país, por se tratar de um instrumento validado, de fácil aplicação, com custos baixos e confiável, como também demonstrou esta pesquisa por meio da aplicação do Alfa de Cronbach, mesmo que nem todos os atributos separadamente tenham conseguido resultado acima de 0,70, nível considerado de consistência interna substancial. Os resultados, a partir de seu uso, podem orientar os atores envolvidos nos cuidados à saúde quanto a ações de alcançar com plenitude os atributos que caracterizam a APS no país.

Nesta pesquisa verificou-se que os profissionais de Monte Santo de Minas, MG, e os gestores ligados à APS municipal avaliaram positivamente as equipes da cidade, pois o escore geral foi alto. Seis dos sete atributos avaliados obtiveram esta avaliação e pode-se considerar, pela função do instrumento, que estão inseridos na prática diária das equipes.

Por outro lado, o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade apresentou baixo escore final e necessita de uma análise crítica dos atores envolvidos para que seus problemas sejam superados. Tanto os atributos com avaliação positiva, quanto o acesso, com avaliação negativa, são compostos por itens que apresentaram pontuações variáveis, e sua análise mais detalhada pode contribuir no planejamento das ações das equipes envolvidas na pesquisa.

Exemplos disso são itens ligados ao funcionamento das unidades de saúde em horários ampliados além do já existente horário comercial, no caso do atributo acesso, e do item relacionado à contrarreferência no atributo coordenação. A discussão e enfrentamento das dificuldades surgidas a partir desses itens podem transformar significativamente o modo de atuação da APS, pois tanto a ampliação do acesso por meio da chegada do usuário até os serviços, quanto o fortalecimento dos serviços de cuidados primários como ordenadores da rede, influenciam o alcance dos outros atributos.

Deve-se também considerar as associações que surgiram neste estudo, em relação a um melhor ou pior escore geral, como a função exercida pelos profissionais ou seu tempo de atuação no serviço atual. A distinção das avaliações pode sugerir situações específicas do município, como, por exemplo, a melhor avaliação pelo técnico de enfermagem e a pior pelo recepcionista, mas também podem mostrar que há características a serem pensadas na gestão da saúde pública, como melhorias nas condições de trabalho, já que maior tempo de atuação

no serviço associou-se positivamente às melhores avaliações, o que pode estar relacionado ao vínculo.

Em relação às limitações deste estudo pode-se citar a aplicação unilateral do instrumento com profissionais, sem realizá-lo com o usuário, como um modo de comparação,e o uso apenas de um instrumento quantitativo como o PCATool, já que uma avaliação qualitativa poderia apresentar subsídios para uma completude no entendimento de determinadas situações relacionadas aos atributos.

Além disso, com a ampliação do rol de serviços da APS, em virtude do aumento do número de equipes do NASF e Saúde Bucal,e uma percepção de que o instrumento é voltado para um modelo curativista, principalmente nos atributos de orientação familiar e comunitária, sugerem a necessidade de uma avaliação para verificar a importância de uma atualização do instrumento.

Aventa-se também a realização de outras pesquisas com equipes ampliadas de saúde, inclusive com a participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família em Atenção Básica (NASF-AB) e as equipes de Saúde Bucal, buscando ganhos na avaliação da qualidade da APS no país.

Por fim, esta pesquisa contribuiu para demonstrar a importância da avaliação na APS, devido a seu poder de possíveis mudanças, quer seja permitindo a gestão refletir sobre sua capacidade de interferir no seu processo de trabalho e no das equipes, quer seja demonstrando às próprias equipes esta alternativa.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. N. et al.. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 353-364, fev. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>. Acesso em: 05 mar. 2018.

ALMEIDA, C. MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços e atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Organização Pan-americana da Saúde/OPAS, 2006. 215 p. Disponível em: https://goo.gl/KpfHAP. Acesso em: 16 fev. 2018

ARAUJO, J. P. et al.. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400073>. Acesso: em 30 out.2016.

ARAUJO, R. L.; MENDONCA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>. Acesso em: 15 fev.2018.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. de. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2627-2638, ago 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500037>. Acesso: em 30 out. 2016.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 802-810, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020>. Acesso em: 01 abr. 2018.

BARBARO, M. C.; LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.. Assistência pré-natal à adolescente e os atributos da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 108-114, fev. 2014. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3035.2390>. Acesso em 13 jan. 2018.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 jan.2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 692, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programade Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 1994. Disponível em: <https://goo.gl/8dro1J >. Acesso em 17 jan.2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do SUS - NOB SUS 01/96. **Diário Oficial da União,** Brasília, 1996. Disponível em:<https://goo.gl/eG1apS>Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União,** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/h6D7dY>. Acesso em: 30 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.° 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União,** Brasília, 2010a. Disponível em: https://goo.gl/dptJRw. Acesso em: 30 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**, Brasília, 2010b.144 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em 15 jan.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf. Acesso em: 18 jan.2016

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União,** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <https://goo.gl/MAHUNz>. Acesso em 06 fev.2013

_____. Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em 22 jan. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n°466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2012. Disponível em: < https://goo.gl/T5o3y2 >. Acesso em: 09 mai.2017.

_____.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portarian.º1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União,** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <https://goo.gl/6bTa4V>. Acesso em: 16 jan.2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017a. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 14 dez. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades** online. 2017b. Disponível em: <https://goo.gl/2AwHkp>. Acesso em 27 mar. 2017.

_____.Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica (DAB). **Sistema de Nota Técnica do DAB,** 2018. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php. Acesso em 22 mar.2017.

BROUSSELLE, A. et al.. **Avaliação: conceito e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292 p.

CARNEIRO, M. S. M et al. . Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCAToola profissionais e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.spe, p. 279-295, out. 2014. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021 >. Acesso em: 16 jan. 2016.

CARVALHO, S. N.. Avaliação de programas sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. **São Paulo Perspec**., São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 185-197, dez. 2003. Dispoonível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000300019. Acesso em 18 fev. 2016.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al.. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, dez. 2014. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140063>. Acesso em 30 out.2016.

CESAR, M. C et al.. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 296-306, Out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S022>. Acesso em: 14 jan. 2018.

CHOMATAS, E. et al.. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 294-303, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828>. Acesso em: 13 fev. 2018

D'AVILA, O. P. et al.. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 855-865, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>. Acesso em: 22 mar. 2018

DINIZ, B. F. Formas de Participação e de Controle Social nas Políticas Públicas de Saúde. In: Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. (Org.). **Curso de Qualificação para Conselheiras e Conselheiros**, Belo Horizonte: ESP-MG, 2017, unid. 2, 47-102.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**,[S.I], v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>. Acesso em: 17 mar.2017.

FARIA, H. P. et al.. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte:Nescon/UFMG,Coopmed,2.ed.,2010.68p.Disponívelem:<http://www.nesco n.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1792.pdf >. Acesso em 20 jan.2013.

FERREIRA, T. et al.. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: PCATool-Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, e61132, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.61132>. Acesso: em: 25 ago 2016.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al.. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 12 mar 2018.

FORMENTI, L. Ministro da Saúde quer que prédios de UBSs também abriguem creches. **O Estado de São Paulo,** São Paulo, 02 abr. 2018. Disponível em: http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,ministro-da-saude-quer-que-predios-de-ubs-tambem-abriguem-creches,70002251630. Acesso em 03 abr. 2018.

FRACOLLI, L. A. et al.. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez. 2014. Disponível em: <.http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>. Acesso em: 30 out 2016

GERHARD,T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf Acesso em 16 jan.2016.

GIL, C. R. R.. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006 >. Acesso em: 30 out.2016.

GLIEM, J.A., GLIEM, R. R. Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for likert-type scales. **Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education.** Columbus, OH, 8-10 out., 2003; Disponível em: https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/344

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *et al.*. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil,** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, cap. 17, p. 575-626.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R.M. B.; DI LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saude Soc.**, São Paulo, v.20, n.4, p.875-883, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400006>. Acesso em: 30 out 2016.

HARZHEIM, E. et al. . Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006 .Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>. Acesso em: 16 jan. 2016.

_____. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 274-284, out. 2013. Disponível em: < doi:https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829>. Acesso em: 22 mai. 2017.

HOLLANDA, C. B. Roda Vida. In: Hollanda, C. B. **Volume 3.** Rio de Janeiro: RGE/ Som Livre, 1968. Faixa 6. 1. Disco de vinil.

IBANEZ, N. et al. . Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, set. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>. Acesso em 21 jan. 2018.

LIMA, E. F. A et al.. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, jun 2016. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>. Acesso em: 14 dez. 2017.

LINS, T. S.; SOARES, F. J. P.; COELHO, J. A. P. M.. Avaliação dos atributos em Atenção Primária à Saúde no estágio em saúde da família. **Rev. bras. educ. med**., Rio de Janeiro , v. 40, n. 3, p. 355-363, set. 2016. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e01862015>. Acesso em: 14 out. 2016.

MAIA, L. G. **Avaliação da atenção primária na perspectiva dos profissionais de saúde**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2017. 81 p. Disponível em: http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/7824. Acesso em: 22 jan. 2018.

MATOS, G. A. CUNHA, N. F. Assistência primária de saúde. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 34, n. 1, p. 100-116, 1981. Disponível em < http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719810001000014>. Acesso em 22 mar. 2017.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: https://goo.gl/UpC8af. Acesso em: 12 fev 2016.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, jun.2004. Disponívelem:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>. Acesso em: 09 mai. 2017.

NICKEL, D. A. et al.. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2619-2630, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00022314>. Acesso em: 14 dez. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020. Acesso em: 22 jun. 2016.

OLIVEIRA, M. M. et al.. Análise da estrutura de uma Unidade de Saúde da Família sob a perspectiva da ambiência. **Rev. APS**, Juiz de Fora,v.17,n.4, p.423-428, out. 2014. Disponível

em: https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2046/836. Acesso em: 30 out.2016.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Declaração de Alma-Ata**,1978.

PENSO, J. M. et al.. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [S.l.], v. 12, n. 39, p. 1-9, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1212>. Acesso em: 11 jan. 2018.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2010. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/. Acesso em: 22 out. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PRODANOV, C. C.; FREITAS E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale; 2013. 276 p. Disponível em: https://goo.gl/ZyeG74. Acesso em: 11 jan. 2018

RBMFC, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. A Atenção Primária à Saúde como campo de conhecimento e a Medicina de Família e Comunidade como disciplina. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [S.l.], v. 4, n. 16, p. 243-244, nov. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc4(16)161>. Acesso em: 21 jun. 2017.

RIZZOTTO, M. L. F. et al.. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. esp, out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S018>. Acesso em: 16 fev. 2016.

RODRIGUES, L. B. B. et al.. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.2, p. 343-352, fev 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>. Acesso: em 30 out 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev Crítica Ciênc Soc**.[online], v.85, p.65-82, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4000/rccs.343>. Acesso em 09 mai. 2017.

SILVA, S. A. et al.. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122-128, ago 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>. Acesso em: 11 nov. 2016.

SILVA, R. M.; ANDRADE, L. O. M. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1207-1228, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400010>. Acesso: em 30 out 2016.

STARFIELD,B..**Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-243. Acesso em: 16 fev.2016

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instru mentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília,v. 22, n.1 ,p.179-181 ,mar. 2013 Disponível em <.http://dx.doi.org/10. 5123/S1679-49742013000100019>.Acesso em 26 out. 2016.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400010>.Acesso: em 30 out 2016.

TURCI, M. A.; COSTA, M. F .L.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v .31, n. 9, p.1941-1952, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114 >. Acesso em: 30 out. 2016.

VITORIA, A M. et al.. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 285-293, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832>. Acesso em: 26 abr. 2018.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento PCATool Brasil Versão Profissionais

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

1. PCATOOL – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS

1. Descrição do Instrumento

É composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS

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).

A versão para profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

2. Instrumento 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**	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	**com certeza, não**	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
8 – 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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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**	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	**com** certeza, **não**	Não sei / não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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**	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	**com certeza, não**	Não sei / não lembro
E1 – Aconselhamento nutricional.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E2 – Imunizações.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – Avaliação da saúde bucal.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – Tratamento dentário.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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

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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Continua...

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F11 – Como prevenir quedas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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

3. Instruções para Elucidar Dúvidas Quanto ao Significado de Alguns Itens

Para todos os itens deve ser utilizado o Cartão Resposta (Anexo 3).
No início do instrumento, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?
Este item busca definir se o serviço de saúde que o entrevistado trabalha possui um meio de comunicação para os pacientes quando o serviço está fechado, não incluindo outros locais que o paciente possa acessar.

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?
Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço afiliado atenderia o paciente durante o final de semana, não incluindo outros serviços que o paciente possa acessar.

A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?
Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço afiliado atenderia o paciente durante a noite, não incluindo outros serviços que o paciente possa acessar.

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)?
Informações dadas na recepção ou um primeiro contato com a secretária ou técnica de enfermagem não contam como atendimento; o item refere-se apenas a consulta prestada pelo médico/enfermeiro do serviço identificado como prestador de cuidados primários.

B – LONGITUDINALIDADE

B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?
Se é sempre o mesmo profissional de saúde que atende o entrevistado.

B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?
É de difícil compreensão para a maioria dos entrevistados. Convém lembrar que as respostas não devem ser induzidas por interpretações do entrevistador acerca do significado do item, pois é necessário que todas as pessoas recebam a pergunta da mesma forma. Desse modo, caso o entrevistado não entenda, repetir o item tal como ele é e dizer para o entrevistado responder de acordo com o que ele entendeu.

B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?
O profissional conhece o paciente de maneira integral, conhecendo todos os remédios que o paciente está em uso, mesmo os não prescritos por ele próprio.

C – COORDENAÇÃO - Integração de Cuidados

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?
O item refere-se a consulta a um especialista diferente do médico referido como principal prestador de serviço, evidenciando a característica do serviço como porta de entrada para o paciente.

C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?
O entrevistado discute com seus pacientes sobre os serviços que o paciente poderia ser encaminhado.

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?
O paciente recebe auxílio do serviço do entrevistado para agendar consultas com especialistas.

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?
O entrevistado fornece informação de referência para o profissional especialista sobre o motivo do encaminhamento.

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?
O especialista fornece informação de contra-referência sobre o resultado da consulta.

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?
O entrevistado explica para o paciente os resultados da consulta com o especialista.

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Nesta parte do instrumento, há uma série de itens referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para o paciente no local onde o entrevistado lhe provê a atenção primária.
Além disso, salienta-se ao entrevistado que os procedimentos devem ser considerados como disponíveis sempre que souber que é oferecido, mesmo que ele próprio ainda não tenha prestado o procedimento. A mesma orientação se aplica, por exemplo, caso o entrevistado seja enfermeiro e não realiza "cirurgias ambulatoriais", mas sabe que tal atendimento é prestado por algum profissional da equipe.
O enunciado deve ser repetido a cada três ou quatro itens, salientando se o serviço está disponível.

Entrevistador pergunta: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).
Só forneça o exemplo caso o entrevistado não entenda o item após este ser repetido.

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).
Só forneça o exemplo caso o entrevistado não entenda o item após este ser repetido.

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Os itens desse componente visam identificar se esses assuntos são abordados pelo profissional entrevistado em suas consultas. Por isso, é importante repetir o enunciado a cada três ou quatro itens, enfatizando se o assunto foi abordado em consultas.
Os itens F1-F15 devem ser respondidos por profissionais que atendem pacientes de todas as idades.
Se o entrevistado atende apenas **crianças**, ele **não deve responder** as perguntas F4 a F13.
Se o entrevistado atende apenas **adultos**, ele **não deve responder** as perguntas F14 a F15.

Entrevistador, repita antes de F14 e F15:
Os seguintes assuntos são discutidos com o cuidador ou responsável pela criança?

G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?
O entrevistado busca incluir os pacientes nas decisões de seu tratamento ou de seus familiares.

G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?
São abordadas em consulta doenças que podem ter componente familiar, como problemas de saúde mental ou doenças de influência genética.

G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?
Haveria a possibilidade de se reunir com os familiares dos pacientes para discutir algum assunto importante.

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?
O entrevistado ou alguém do serviço conhece os problemas do território em que seus pacientes vivem.

H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?
O entrevistado ou alguém do serviço houve opiniões e idéias da comunidade adscrita visando melhorar seus serviços.

H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?
O entrevistado ou alguém do serviço busca conhecer se seus serviços estão sendo adequados aos seus pacientes.

H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?
O entrevistado ou alguém do serviço faz pesquisas na comunidade em que atua para identificar as necessidades em saúde importantes a serem abordadas.

H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários)
O entrevistado ou alguém do serviço convida os pacientes e familiares para participar de conselhos, para que esse atue no processo de saúde da comunidade.

4. Cálculo dos Escores – PCATool versão Profissionais

Como você observou ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: "com certeza sim" (valor=4), "provavelmente sim" (valor=3), "provavelmente não" (valor=2), "com certeza não" (valor=1) e "não sei/ não lembro" (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

1º Passo Inversão dos Valores

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

2º Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco ("*missing*") com respostas "9" ("não sei/não lembro") atingir 50% ou mais do total de itens de um componente ("A" a "H"),não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco ("*missing*") no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco ("*missing*") 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"). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A):

Itens = A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9

O item A9 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão dos Valores). Após inversão dos valores deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = (A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7 – A8 + A9) / 9

Longitudinalidade (B):

Itens = B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = (B1 + B2 + B3 + B4 – B5 + B6 + B7 + B8 + B9 + B10 – B11 – B12 + B13) / 13

Coordenação – O atributo é formado por 2 componentes

Coordenação - Integração de Cuidados (C):

Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 – C6) / 6

Coordenação - Sistema de Informações (D):

Itens = D1, D2 e D3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = (D1 + D2 + D3) /3

Integralidade – O atributo é formado por 2 componentes

Serviços Disponíveis (E):

Itens = E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = (E1 + E2 + E3 – E4 + E5 + E6 + E7 + E8 – E9 – E10 + E11 + E12 + E13 + E14 + E15 + E16 + E17 + E18 + E19 + E20 + E21 + E22) / 22

Serviços Prestados (F):

Itens = F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio de acordo com as faixas etárias que o profissional de saúde atende.

Caso o profissional de saúde atenda **TODAS** as faixas etárias, calcule da seguinte forma:

Escore = (F1 + F2 + F3 + F4 – F5 + F6 + F7 + F8 + F9 – F10 + F11 + F12 + F13+ F14 – F15) / 15

Caso o profissional de saúde atenda **SOMENTE cRIANÇAS**, calcule da seguinte forma:

Escore = (F1 + F2 + F3 + F14 + F15) / 5

Caso o profissional de saúde atenda **SOMENTE ADULTOS** (> 18 anos), calcule da seguinte forma:

Escore = (F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6 + F7 – F8 + F9 + F10 + F11 + F12 + F13) / 13

Orientação Familiar (G):

Itens = G1, G2 e G3.

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = (G1 + G2 + G3) / 3

Orientação comunitária (h):

Itens: H1, H2, H3, H4, H5 e H6.

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = (H1 – H2 + H3 – H4 + H5 – H6) / 6

Transformação dos Escores

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula:

[escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1)\ X10}{3}$$

Escore Essencial

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes.

Exemplo: (Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais) / número de componentes.

(A + B + c + D + E + F) / 6

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou mais componentes essenciais (ver página 72 - 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 2 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.

Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados) / número total de componentes.

(A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes (ver página 72 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

2 ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

1. Entrevistadores

O PCATool-Brasil pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde (Agente Comunitário de Saúde, enfermeiro, médico, etc...) ou entrevistadores com, no mínimo, nível médio de escolaridade completo e devidamente capacitados a utilizá-lo, familiarizados com os itens e termos frequentemente utilizados em nosso sistema de saúde.

2. Orientações na Apresentação do Entrevistador

- Informe quem você é e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA / AVALIAÇÃO SOBRE .....;
- Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas;
- Reforçar a IMPORTÂNCIA do estudo / avaliação;
- Diga que a entrevista vai durar em torno de 40 minutos;
- Mostre sua identificação / carteira de identidade / crachá;
- Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa / avaliação. Se houver recusa inicial devido ao horário, combine um horário mais adequado para o entrevistado.

3. Orientações Prévias à Saída para a Entrevista

Cada entrevistador deverá ter todo material necessário para a realização das entrevistas.

- Identificação como entrevistador;
- Carteira de identidade;
- Lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- Instrumento PCATool-Brasil;
- Manual de instruções;
- Cartão Resposta.

4. Instruções Gerais para Aplicação do PCATool-Brasil

- Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome;
- Seja simpático. O instrumento é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa / avaliação será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade;
- Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra;
- Tenha sempre o telefone do responsável pela pesquisa / avaliação no seu celular, caso necessite acessá-lo com rapidez;

• O instrumento traz a maioria das informações necessárias para sua aplicação. Quanto mais familiarizado com ele você estiver, mais fluente será a sua aplicação;
• Formule os itens exatamente como estão escritos. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar o item. Use os parênteses para explicar o sentido do item. Não induza as respostas;
• Sempre mostre o Cartão Resposta. Quando indicado, leia as alternativas;
• Em algumas partes do instrumento, um só enunciado serve de guia para uma série de pequenos itens. Lembre-se de repeti-lo a cada três ou quatro itens, principalmente se a pessoa estiver com dificuldades para entendê-los;
• Nunca demonstre censura, aprovação, reprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
• Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita o item de maneira mais enfática, cuidando para não induzir a resposta. Se você perceber um certo viés nas respostas por receio de falar a verdade, ou por gostar demais do profissional ou lhe ter antipatia, fale novamente sobre o caráter neutro e independente da pesquisa, e de que as respostas devem ser sinceras;
• Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: "2 ou 3 vezes"), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se o entrevistado não souber, marque o valor inferior;
• Algumas pessoas podem acabar se prolongando demais na hora de responder ao instrumento, tangenciando as respostas, contando histórias, etc. Para tornar a conversa mais fluida e a aplicação possível operacionalmente, devemos ser ágeis e evitar que a conversa fuja demais do instrumento. É preciso ter sensibilidade e tato para interromper com educação e fazer as pessoas retornarem aos itens;
• Se a resposta do entrevistado for "sim", e ele tem que escolher a resposta entre as alternativas "Com certeza sim" e "Provavelmente sim", leia apenas as respostas afirmativas e a opção neutra "Não sei/Não lembro". Se, por outro lado, a resposta for "não", leia apenas as opções negativas: "Provavelmente não" ou "Com certeza Não", e a opção "Não sei/Não lembro";
• Se o entrevistado não entender o termo "provavelmente", leia as respostas "provavelmente sim" como "Acho que sim" e "provavelmente não" como "Acho que não";
• As informações entre parênteses no instrumento servem de orientação ao entrevistador ou, algumas vezes, trazem exemplos ilustrativos do caráter do item. Somente devem ser lidas para o entrevistado caso haja dificuldade de compreensão;
• Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: "serviço de saúde é o local onde você vai quando está doente ou quando quer fazer uma consulta de rotina, tirar dúvidas sobre sua saúde, receber orientações, prevenir doenças, por exemplo: uma Unidade Básica de Saúde, um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros";
• Lembre-se: o instrumento é individual. Não considere as respostas que outro familiar der aos itens que estão sendo feitos ao entrevistado. Isso comumente ocorre com idosos ou jovens, quando o cuidador ou o pai tenta responder os itens com informações que crê serem mais precisas que as que estão sendo dadas. Não podemos, porém, permitir esse tipo de viés na coleta;
• Ao terminar o instrumento, ainda na casa do entrevistado ou no serviço de saúde, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido;
• As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legíveis, sem deixar margem para dúvidas. Use letra de forma;
• Nunca deixe uma resposta em branco, a não ser as dos "pulos" indicados no instrumento;
• Não use abreviações ou siglas, a menos que tenham sido fornecidas pelo manual.

ANEXO B – Cartão resposta utilizado na aplicação do instrumento 2 – PCATool

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

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool
Pesquisador: GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 68443917.2.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.144.501

Apresentação do Projeto:
Trata-se de um projeto em pendência.

Objetivo da Pesquisa:
Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Foram incluídos os benefícios indiretos aos participantes da pesquisa no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram apresentados os seguintes documentos: 1- autorização do serviço onde será realizada a coleta de dados, em papel timbrado e com assinatura e carimbo do responsável; 2- TCLE, com benefícios indiretos aos participantes.

Recomendações:
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Todas as pendências foram respondidas adequadamente.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.144.501

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_847761.pdf	27/06/2017 09:02:03		Aceito
Outros	Oficio_autorizacao_instituicao.pdf	27/06/2017 08:44:56	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito
Outros	Oficio_resposta_parecer_CEP_Gilmar.pdf	26/06/2017 20:36:40	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_Projeto_Mestrado_Gilmar_26_06_2017.pdf	26/06/2017 20:30:22	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	26/06/2017 20:29:12	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	17/05/2017 11:27:31	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	folha_gilmar.pdf	17/05/2017 07:55:53	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	15/05/2017 12:14:38	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_atividades.pdf	15/05/2017 12:14:25	GILMAR ANTONIO BATISTA MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 28 de Junho de 2017

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário utilizado para coleta de dados para caracterização profissional

Questionário para profissionais de saúde

Local	
Data de aplicação	

1	Nome									
2	Sexo		Masculino		Feminino					
3	Data de Nascimento									
4	Qual o seu nível de escolaridade?		Fundamental		Médio		Superior		Pós-graduação	
5	Se ensino superior, qual o ano de formatura?									
6	Se possui pós-graduação, cite-a (s)									
7	Qual a sua profissão?		ACS		Enfermeiro		Aux. Enfermagem		Técnico Enfermagem		Médico
			Dentista		Aux. Saúde Bucal		Técnico Saúde Bucal		Outro: _____	
8	Qual a sua função neste serviço?									
9	Há quanto tempo atua no setor saúde? (em anos e meses)									
10	Há quanto tempo atua neste serviço de saúde? (em anos e meses)									
11	Há quanto atua na Estratégia de Saúde da Família? (em anos e meses)									

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Avenida Bandeirantes 3900, Ribeirão Preto- SP- Brasil- CEP 14040-902.

Nº instrumento: _____

Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Profissionais

Esta pesquisa irá avaliar a qualidade da Atenção Primária da Saúde de um município Minas Gerais, aplicando um instrumento validado no Brasil. O título da pesquisa é"Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool". Está sendo realizada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão da Universidade de São Paulo. Farão parte do estudo os profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família, os coordenadores de Atenção Primária à Saúde e de Saúde Bucal, os gerentes de saúde e o Secretário Municipal de Saúde de Monte Santo de Minas, Minas Gerais, que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, confeccionado tendo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, como guia.

O motivo pelo qual se decidiu estudar o assunto é a necessidade de haver processos avaliativos da qualidade da Atenção Primária à Saúde, a fim de que se verifique se esta possui todos os atributos que a caracterizam. Assim, a pesquisa se justifica pela importância de se verificar o panorama da Atenção Primária à Saúde nos momentos da avaliação, podendo ser esse um disparador do entendimento do processo de trabalho vivenciado, e também um propulsor para possíveis mudanças que se julgar necessário.

A sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a dois instrumentos, sendo o primeiro com características de identificação e profissionais, e o segundo para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Assim, sua participação implica na disponibilidade de tempo para responder aos instrumentos. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho, de modo agendado.

Ressalta-se que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que o senhor (a) trabalha. O senhor (a)poderá a qualquer momento desistir do estudo. Os pesquisadores garantem que sua identificação será

preservada e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual de suas respostas serão divulgados.

A concordância em participar no estudo não acarretará custos para o senhor (a) e, dessa forma, não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. Há riscos mínimos ligados a esta pesquisa e se relacionam ao desconforto pelo tempo dispendido durante a aplicação dos instrumentos, além da geração de alguma situação de estresse e / ou desconforto psicológico, devido ao conteúdo dos instrumentos. A fim de prevenir essas situações, serão garantidos: a confidencialidade das respostas, esclarecimentos prévios sobre a pesquisa, a possibilidade de interrupção a qualquer momento durante a aplicação dos questionários, o sigilo e o voluntarismo em participar do estudo.

Além disso, os possíveis riscos são justificados pelos benefícios da pesquisa, pois a partir dos resultados as equipes terão uma dimensão em nível municipal de como esta a Atenção Primária à Saúde a partir de seus atributos e se o caminho percorrido tem sido adequado ou não, além de possibilitar a geração de conhecimento que pode ser generalizado.

Eu,_____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acercados procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento a qualquer momento, da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Em caso de dúvidas, poderei entrar em contato com o estudante Gilmar Antonio Batista Machado ou a professora orientadora Dra. Carmen Sílvia Gabriel pelo telefone (16) 3315-3394, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situado à Avenida dos Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Bairro Monte Alegre – Ribeirão Preto – SP, 14.040-902,telefone (16) 3315-9197, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10:00 às 12:00 horas e das 14:00 às 16:00 horas. A função do CEP, de acordo com seu regimento interno é de “defender os interesses dos participantes em pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro do padrões científicos”.

_____ _____

Nome do(a) Participante Assinatura Data

_____ _____

Nome do Pesquisador(a) Assinatura Data

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Carmen Sílvia Gabriel - Telefone: (16) 3315-3394