ANA PAULA SCOLEZE FERRER

**Avaliação da Atenção Primária à Saúde
prestada a crianças e adolescentes na região
oeste do município de São Paulo**

Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa: Pediatria

Orientadora: Profª Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ferrer, Ana Paula Scoleze

Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo / Ana Paula Scoleze Ferrer. -- São Paulo, 2013.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Pediatria.

Orientadora: Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Atenção à saúde 3.Avaliação dos serviços de saúde 4.Avaliação do acesso e da qualidade da assistência à saúde 5.Serviços de saúde 6.Assistência integral à saúde da criança e do adolescente 7.Hospitalização

USP/FM/DBD-387/13

_ DEDICATÓRIA _

*Aos meus pais, Ebe e José,
ao meu esposo, Fernando,
às minhas filhas, Juliana e Mariana,
e à memória dos meus avós,
meus modelos de amor incondicional*

_ A G R A D E C I M E N T O S _

À **professora Sandra Grisi**, pela orientação, confiança e incentivo, não apenas nessa etapa, mas em toda a minha trajetória pelo meio acadêmico.

À **professora Ana Cecília Sucupira**, pela eterna parceria e ensinamentos.

À **professora Alexandra Brentani**, pela ajuda no aprimoramento dos dados e, principalmente pelo apoio sempre presente.

Aos amigos do Ambulatório Geral, **Sandra Zuccolotto, Malu, Daleth, Denise Ballester, Ana Cláudia, Andreza e Cassiano**, por toda a torcida, incentivo e por favorecerem a realização desse trabalho.

À toda minha família: meus pais, **Ebe e José**, meu esposo **Fernando**, meus irmãos, **Sergio e Ricardo**, minhas tias, **Lígia e Ana Maria**, meu sobrinho **Tiago**, minha cunhada **Graziela** e meus sogros, **Maria Amélia e Fernando**, pelo inestimável amor e por darem todo o suporte que eu preciso para realizar esse e outros sonhos.

Às minhas amadas filhas, **Juliana e Mariana**, por aguentarem firmes e fortes esse período de trabalho e por torcerem tanto para que ele chegasse ao final.

Aos demais colegas da disciplina Pediatria Preventiva e Social, professora **Ana Maria Escobar, Denise Lellis, Ana Luíza, Filumena, Maria Helena, Leide e Maria Eugênia**, por todo o apoio e torcida.

Ao **professor Alfredo E. Giglio** e toda a equipe da enfermaria do Hospital Universitário, por permitirem e facilitarem a realização das entrevistas.

Aos alunos **Ana Carolina, Elisa, Filomena, Cintia, Bruno, Alexandre, Rodrigo T. e Rodrigo S.**, pela dedicação na realização das entrevistas.

À **Elier B. Cristo**, pela dedicação e profissionalismo na análise estatística.

Às secretárias **Gisele e Érica**, que facilitaram o contato com a minha orientadora e torceram pela realização desse trabalho.

Às crianças e seus responsáveis, gestores e profissionais das UBS, que aceitaram em participar das entrevistas.

*“SE AS COISAS SÃO INATINGÍVEIS... ORA!
NÃO É MOTIVO PARA NÃO QUERÊ-LAS...
QUE TRISTES OS CAMINHOS, SE NÃO FORA
A PRESENÇA DISTANTE DAS ESTRELAS”*

MÁRIO QUINTANA

Essa tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:
Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. - São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação – DBD/FMUSP, 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

_ SUMÁRIO _

Lista de abreviaturas

Lista de siglas

Lista de figuras, quadros e gráficos

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UM BREVE HISTÓRICO	3
1.2	AS DIFERENTES EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS ATUAIS RECOMENDAÇÕES	8
1.3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	11
1.3.1	<i>A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)</i>	<i>16</i>
1.3.2	<i>A Atenção Primária à Saúde no município de São Paulo..</i>	<i>19</i>
1.3.3	<i>O papel da Atenção Primária à Saúde na atenção à saúde da criança</i>	<i>22</i>
1.4	AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL	23
1.5	AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DA APS	39
2	JUSTIFICATIVA.....	46
3	HIPÓTESE.....	49
4	OBJETIVOS	51
4.1	OBJETIVO GERAL.....	52
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
5	REFERENCIAL TEÓRICO	53
5.1	O OBJETO DE AVALIAÇÃO – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	55
5.2	A ESCOLHA DA ABORDAGEM ADOTADA	57

5.3	Os MODELOS TEÓRICOS ADOTADOS	58
6	MÉTODOS.....	62
6.1	LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	63
6.2	DESENHO DO ESTUDO.....	67
6.3	AMOSTRA ESTUDADA	68
6.3.1	<i>Amostra de usuários</i>	68
6.3.2	<i>Amostra de profissionais</i>	72
6.4	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	73
6.5	COLETA DOS DADOS	76
6.5.1	<i>Estudo piloto</i>	76
6.5.2	<i>Realização das entrevistas</i>	77
6.5.3	<i>Checação dos diagnósticos</i>	78
6.6	VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	78
6.7	ANÁLISE DOS DADOS	81
6.7.1	<i>Análises estatísticas</i>	83
6.8	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	84
6.9	FINANCIAMENTO.....	85
7	RESULTADOS.....	86
7.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DO UNIVERSO DAS INTERNAÇÕES	87
7.2	PERFIL DA AMOSTRA DE USUÁRIOS ENTREVISTADOS PARA A ANÁLISE QUANTITATIVA	87
7.3	PERFIL DOS SERVIÇOS – UBS AVALIADAS	91
7.4	ESCORES OBTIDOS NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS	95
7.4.1	<i>Acesso De Primeiro Contato E Seus Componentes</i> ...	96
7.4.2	<i>Longitudinalidade E Seus Componentes</i>	98
7.4.3	<i>Coordenação E Seus Componentes</i>	102
7.4.4	<i>Integralidade E Seus Componentes</i>	104
7.4.5	<i>Orientação Familiar (I) E Orientação Comunitária (J)</i> . 106	
7.4.6	<i>Escore Essencial E Escore Geral</i>	108

7.5	COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES OBTIDOS NAS PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS	111
7.6	ENTREVISTAS QUALITATIVAS.....	114
8	DISCUSSÃO.....	119
8.1	Aspectos Gerais Das Interações.....	121
8.2	Características Da Amostra	123
8.3	Avaliação Dos Atributos	124
8.3.1	<i>Acesso De Primeiro Contato</i>	<i>125</i>
8.3.2	<i>Longitudinalidade</i>	<i>137</i>
8.3.3	<i>Integralidade.....</i>	<i>142</i>
8.3.4	<i>Coordenação.....</i>	<i>146</i>
8.3.5	<i>Orientação Familiar E Orientação Comunitária.....</i>	<i>150</i>
8.3.6	<i>Escore Essencial E Escore Geral</i>	<i>151</i>
8.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	152
9	CONCLUSÕES.....	154
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
11	ANEXOS.....	159
12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189

Apêndices

_ LISTA DE ABREVIATURAS _

cols.	colaboradores
n	número de respostas válidas
SM	salário-mínimo

_ LISTA DE SIGLAS _

APS	Atenção Primária à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
NOB SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PROESF	Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
UBS	Unidade Básica de Saúde
CAA/AB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ELB-PROESF	Estudo de Linhas de Base do Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
AB	Atenção Básica
ICSAP	Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PRO	Programa da Região Oeste
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CEP HU-USP	Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

_ LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS _

Figura 1: Mapa de cobertura da ESF – número de equipes para cada 3 mil habitantes usuários do SUS (Município de São Paulo, 2010).....	21
Figura 2: Representação esquemática do percurso percorrido pelo paciente e o desfecho Internação por Condição Sensível à Atenção Primária	59
Figura 3: Representação do modelo hierárquico multinível de fatores envolvidos no grau de orientação à APS	61
Figura 4: Mapa dos distritos administrativos do município de São Paulo	63
Figura 5: Mapa da rede básica do Projeto Região Oeste	67
Figura 6: Fluxo para seleção de pacientes.....	70
Figura 7: Esquema representativo da composição da amostra final	71
Quadro 1: Resumo das principais avaliações nacionais de desempenho da Atenção Primária à Saúde.....	26
Quadro 2: Estudos nacionais sobre os fatores associados às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	42
Quadro 3: Distribuição dos itens por atributo e seus componentes – PCATool Brasil – versão criança	74
Quadro 4: Distribuição dos itens por atributo e seus componentes – PCATool Brasil – versão profissional.....	75
Quadro 5: Variáveis independentes	80
Quadro 6: Variáveis dependentes	81
Quadro 7: Respostas das entrevistas qualitativas realizadas com responsáveis por crianças que “não eram levadas à UBS quando surgia um novo problema de saúde (n = 18).....	114

Quadro 8: Respostas das entrevistas qualitativas realizadas com responsáveis por crianças que “não seguem em UBS” (n = 7).....	117
Gráfico 1: Número de publicações sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).....	24
Gráfico 2: Distribuição da população de 0 a 14 anos de idade, por faixa etária (microrregião Butantã / Jaguaré).....	64
Gráfico 3: Distribuição da população de acordo com a renda mensal (microrregião Butantã/Jaguaré).....	65
Gráfico 4: Distribuição da população de acordo com a escolaridade da pessoa responsável pelo domicílio (microrregião Butantã/Jaguaré).....	65
Gráfico 5: Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico de admissão (n = 501).....	89
Gráfico 6: Distribuição da amostra de acordo com o serviço que indicou a internação (n = 501).....	89
Gráfico 7: Distribuição da amostra de acordo com o modelo de atenção recebida pelo paciente (n = 501).....	90
Gráfico 8: Número de entrevistas conforme a UBS de referência (n = 501)....	90
Gráfico 9: Valores dos escores para cada um dos atributos segundo a perspectiva dos usuários.....	96
Gráfico 10: Tipo de serviço procurado quando a criança fica doente / necessita, de acordo com o modelo de atenção	100
Gráfico 11: Tipo de serviço considerado como o que melhor conhece a criança como pessoa de acordo com o modelo de atenção	101
Gráfico 12: Tipo de serviço considerado como o mais responsável pelo atendimento da criança de acordo com o modelo de atenção	102
Gráfico 13: Grau de orientação para cada um dos atributos – comparação usuários X profissionais em relação ao ponto de corte (escore = 6,6)	113

_ LISTA DE TABELAS _

Tabela 1: Proporcionalidade das causas de internação conforme a faixa etária.....	87
Tabela 2: Características sociodemográficas dos usuários entrevistados (n = 501).....	88
Tabela 3: Caracterização das UBS de acordo com os questionários respondidos pelos gestores (n = 14).....	92
Tabela 4: Valores dos escores e grau de orientação à APS para cada um dos atributos segundo a perspectiva dos usuários	95
Tabela 5: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Acesso de primeiro contato (BC) e seus componentes: Utilização (B) e Acessibilidade (C).....	97
Tabela 6: Análise das respostas de cada questão do componente Utilização (B) de acordo com o modelo de atenção.....	98
Tabela 7: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Longitudinalidade (AD) e seus componentes: Grau de afiliação (A) e Vínculo (D).....	99
Tabela 8: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Coordenação (EF) e seus componentes: Integração de cuidados (E) e Sistema de Informações (F)	103
Tabela 9: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Integralidade (GH) e seus componentes: Serviços disponíveis (G) e Serviços prestados (H).....	105

Tabela 10: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para os atributos derivados – Orientação familiar (I) e Orientação comunitária (J).....	107
Tabela 11: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o Escore Essencial e para o Escore Geral.....	109
Tabela 12: Modelo hierárquico final para o Escore Geral - Análise multivariada pela regressão de Poisson de variância robusta.....	110
Tabela 13: Valores dos escores e respectivos desvios – padrão para cada um dos atributos segundo a perspectiva dos usuários e dos profissionais.....	111
Tabela 14: Grau de orientação para cada um dos atributos – comparação usuários X profissionais.....	112

| RESUMO _

Ferrer APS. *Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo* [tese]. São Paulo. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2013.

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada pela Organização Mundial da Saúde como o componente essencial para a organização da assistência à saúde. Muitas evidências dos benefícios da APS são descritas, entretanto, verifica-se uma grande heterogeneidade na assistência oferecida, o que repercute nos resultados em saúde. Dessa forma, os estudos que avaliam a qualidade da APS têm sido considerados fundamentais para identificar como o cuidado tem sido oferecido, em que pontos estão ocorrendo falhas e quais são as prioridades para a atuação, buscando aumentar a efetividade e a eficiência da atenção prestada. O Brasil passa, atualmente, por um momento de reestruturação do sistema e de organização da APS. As avaliações realizadas em nosso meio, até o momento, têm verificado alguns impactos positivos, porém os resultados ainda são inconsistentes. Um desses resultados é a manutenção de taxas elevadas de Internações por Condições Sensíveis À Atenção Primária (ICSAP) além da constatação de aumento dessas condições no município de São Paulo. Esse estudo partiu da hipótese de que as altas porcentagens de ICSAP devem estar relacionadas a uma baixa orientação aos princípios norteadores (atributos) da APS dos serviços de atenção básica oferecidos à população infantil. **Objetivo:** Avaliar os atributos da atenção primária oferecida às crianças moradoras da região oeste do município de São Paulo e que foram internadas por condições sensíveis à atenção primária. **Métodos:** Estudo de corte transversal de abordagem quanti-qualitativa. A população alvo foram as crianças internadas na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário da USP, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011, usuárias de uma das 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região oeste do município de São Paulo. Foram entrevistados também os profissionais dessas UBS. Os dados quantitativos foram obtidos com o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment Tool* validado no Brasil - PCATool-Brasil) e os dados qualitativos foram obtidos por entrevista semi-estruturada. As variáveis independentes foram: idade, escolaridade materna, renda familiar, tipo de diagnóstico e modelo de atenção oferecido, e as variáveis dependentes foram os atributos de APS, de acordo com o referencial de Starfield. Realizou-se análises bivariadas e um modelo hierárquico final. **Resultados:** 65,2% das hospitalizações foram ICSAP. Foram entrevistados 501 usuários e 42 profissionais. Sob a perspectiva dos usuários, com exceção do atributo coordenação, todos os demais apresentaram baixa orientação aos princípios da APS, verificando-se influência das variáveis nos resultados obtidos pelas análises bivariadas. O modelo hierárquico final demonstrou que o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi associado a 2 vezes mais chances de uma melhor avaliação do Escore Geral da APS oferecida. Os profissionais atribuíram bons escores para a maioria dos atributos avaliados, com exceção do acesso, observando-se diferenças em comparação às avaliações feitas pelos usuários. **Conclusões:** A proporção de ICSAP foi alta na população estudada. Sob a perspectiva dos usuários, foi verificada uma baixa orientação

aos princípios da APS, com exceção do atributo coordenação. O modelo da ESF apresentou o dobro de chance de que seus usuários avaliassem melhor o serviço. Com exceção do atributo acesso, os profissionais avaliaram bem os serviços de APS oferecidos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Atenção à Saúde; Avaliação dos Serviços de Saúde; Avaliação do Acesso e da Qualidade da Assistência à Saúde; Serviços de Saúde, Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, Hospitalização.

| **SUMMARY** _

Ferrer APS. Evaluation of Primary Health Care provided to children and adolescents in western region of São Paulo [thesis]. São Paulo: School of Medicine, University of São Paulo; 2013.

Introduction: The World Health Organization considers the Primary Health Care (PHC) as an essential component for the organization of health care. Much evidence of the benefits of APS are described, however, there is a great heterogeneity in the care provided, which affects health outcomes. Thus, studies that evaluate the quality of health care have been considered essential to identify how care has been offered, in which points are occurring faults and what are the priorities for action, seeking to increase the effectiveness and efficiency of care provided. Actually, the Brazilian health system and the PHC organization are being restructured. Evaluations undertaken in our country are showing some positive impacts, but the results are still inconsistent. One of these results is the maintenance of high rates of Hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions (ICSAP) and the increase of these conditions in the city of São Paulo. We believe that the high ICSAP percentages must be related to a low orientation to principles (attributes) of PHC offered to the child population. **Objective:** Evaluate the attributes of primary care offered to children living in the western region of São Paulo who were hospitalized for conditions sensitive to primary care. **Methods:** It's a cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach. The target population were children admitted to the pediatric ward of the University Hospital of University of São Paulo, from January 1 to December 31, 2011, users of the 14 Basic Health Units (BHU) in the western region of São Paulo. The UBS's professionals were also interviewed. Quantitative data were obtained with the Primary Care Assessment Tool validated in Brazil (PCATool - Brazil) and qualitative data were collected by semi-structured interview. The independent variables were: age, maternal literacy, family income, type of diagnosis and model of care offered, and the dependent variables were the attributes of PHS, according to the Starfield's referential. We conducted bivariate analyzes and a hierarchical model approach. **Results:** 65.2 % of hospitalizations were ICSAP. We interviewed 501 users and 42 professionals. From the perspective of users, the attributes showed lower orientation to the PHC principles, with the exception of the coordination and we observe the influence of the variables on the results from bivariate analyzes. The hierarchical model showed that the Family Health Strategy (FHS) was associated with twice as likely to be better evaluated in relation to the traditional model of care. Professionals assigned scores good for most of the attributes evaluated, with the exception of access, observing differences in comparison to assessments made by users. **Conclusions:** The proportion of ICSAP was high in this population. From the perspective of users, there was a low orientation to the principles of PHC, with the exception of the coordination attribute. The model presented FHS double the chance that your users better evaluate the service. Except the attribute access, services were better evaluated by professionals.

Descriptors: Primary Health Care; Health Care (Public Health); Health Services Evaluation; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Health Services, Comprehensive health care, Hospitalization

| INTRODUÇÃO _

1 INTRODUÇÃO

Embora as primeiras ideias relacionadas aos cuidados primários em saúde tenham sido descritas no início do século XX, o termo Atenção Primária à Saúde (APS) foi empregado, pela primeira vez, apenas no início da década de 1970, em uma revista da Comissão Médica Cristã, chamada “Contact” (Cueto, 2004; Mello e cols., 2009). Essa comissão defendia que os cuidados à saúde deveriam ser efetuados por agentes de saúde treinados, na própria comunidade, considerando que as ações missionárias baseadas em hospitais apresentavam baixo impacto na saúde da população (Mello e cols., 2009). A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a empregar oficialmente a expressão APS em 1975, no documento “The Promotion of National Health Services” (Mello e cols., 2009), mas foi apenas em 1978 que a recomendação para a organização dos sistemas de saúde a partir da atenção primária se propagou, tendo por objetivo alcançar as suas duas principais metas: 1. a otimização da saúde individual e populacional e 2. a promoção da equidade em saúde (Starfield, 2002).

As experiências bem sucedidas de países como Canadá, Espanha, Cuba, entre outros, fortaleceram a importância da APS como eixo organizador dos sistemas de saúde. Muitas evidências dos benefícios da APS passaram a ser descritas: melhores resultados na saúde da população, menores gastos em saúde, maior equidade e acesso ao sistema de atendimento, melhor qualidade, eficiência e custo efetividade da assistência oferecida e maior satisfação do usuário (Starfield, 1994; Starfield e cols., 2005).

O percurso para a implantação da atenção primária enquanto um modelo assistencial e de organização dos sistemas de saúde é marcado por caminhos diversos e por diferentes composições e recomposições, não sendo possível afirmar que já esteja plenamente consolidado. Além dessa diversidade de configurações, não há consenso nem quanto ao uso da expressão “Atenção Primária à Saúde”, que é utilizada sob muitos enfoques e com dife-

rentes abrangências. O efeito dessa diversidade implica em resultados desiguais nos indicadores de saúde, além de ampla variação na qualidade assistencial oferecida.

As múltiplas possibilidades de interpretação do que é a APS tornam importante a contextualização do uso desse termo para a compreensão ao que se está referindo. Portanto, para uma melhor apreensão do objeto de estudo dessa pesquisa é fundamental que se recupere a trajetória histórica da construção do conceito da atenção primária à saúde e, principalmente, o papel dessa concepção na política de saúde brasileira e em sua reforma sanitária.

A legitimação de uma determinada prática, tanto em saúde como nos demais campos do saber, é o resultado de uma complexa combinação de elementos: os paradigmas em vigor, o contexto social, além da articulação entre a sociedade e o Estado. A prática sanitária, isto é, a maneira pela qual se busca responder aos problemas de saúde, é direcionada pelo paradigma vigente, particularmente o referente ao conceito saúde-doença, e pelo contexto sócio – econômico – político – tecnológico (Santos e Westphal, 1999). É nesse sentido que se apresentará, a seguir, um breve histórico da construção do conceito e da validação da atenção primária enquanto diretriz de organização dos sistemas de saúde.

1.1 A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – UM BREVE HISTÓRICO

Foram as corporações de artesões, durante o século XIII, que criaram as primeiras unidades de atendimento ambulatorial de uma forma mais coletiva, mas foi apenas em 1630, na França, que surgiram os ambulatórios fora dos hospitais, com um objetivo filantrópico. Esses estabelecimentos foram denominados de dispensários porque distribuíam medicamentos. Posteriormente, disseminaram-se para outros países, oferecidos pelas escolas médicas como um local de treinamento para seus alunos. Apesar disso, os

hospitais, que já existiam há mais tempo, ainda eram a referência para o tratamento dos doentes (Roemer¹ citado por Giovanella e Mendonça, 2008). A crescente urbanização verificada durante o período da revolução industrial veio acompanhada pelo aparecimento de novos problemas sociais e surgimento de grandes epidemias, concomitantemente à revolução científica pautada na teoria bacteriológica de Pasteur e Koch. Difundiram-se, então, as técnicas higienistas e começaram a surgir políticas públicas relacionadas à saúde, cuja preocupação estava intimamente relacionada a fins político-econômicos (Santos e Westphal, 1999; Aguiar, 2003). O envolvimento do Estado nas questões de saúde deu origem ao movimento sanitarista, pelo qual se organizavam as práticas de caráter preventivo (imunizações, controle de vetores e medidas de saneamento) dirigindo-as à população mais pobre. A partir dessas políticas públicas surgiram os princípios da medicina social, despontando as primeiras noções dos distritos sanitários e dos centros de saúde, em substituição aos antigos dispensários, os quais dariam origem a alguns fundamentos da atenção primária (Paim e Almeida Filho, 1998).

Os primeiros Centros de Saúde surgiram nos Estados Unidos, em 1910, com a intenção de integrar a prestação de serviços sociais a cuidados de saúde. Algumas características fundamentais dos sistemas de saúde baseados em atenção primária já estavam presentes nesses Centros de Saúde norte-americanos, como a regionalização, pautada na responsabilidade desses serviços por uma população definida, e a coordenação dos recursos disponíveis (Rosen² citado por Conill, 2008). Porém, foi em 1920, que Lord Dawson, o primeiro ministro inglês, elaborou e difundiu o conceito de um sistema de saúde regionalizado, hierarquizado e integrado em rede, baseado na atenção primária, secundária e hospitais terciários (Mello e Cols., 2009). O modelo proposto pelo Relatório Dawson, como ficou conhecido, descrevia

¹Roemer MI. *National Strategies for Health Care Organization: a world overview*. Ann. Arbor: Health Administration Press, 1985.

²Rosen G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.

um sistema de saúde baseado em distritos e que tinha os Centros de Saúde como porta de entrada para a cobertura de toda a população. Nessa época, predominava o paradigma Flexneriano, também conhecido como Modelo Biomédico ou Medicina Científica, e a proposta elaborada por Dawson demorou décadas para ser colocada em prática, por pressão da própria classe médica (Giovanella e Mendonça, 2008).

Apesar do paradigma biomédico ainda exercer influência sobre a medicina praticada e ensinada na atualidade, ao final da década de 1960, esse modelo começou a ser questionado, face à crise econômica desencadeada por um sistema cada vez mais especializado e pautado na tecnologia (Donnangelo¹ citado por Conill, 2008). Além disso, nesse período, surgiram publicações que debatiam novas visões do processo saúde-doença, incluindo os determinantes sociais, além de questionamentos acerca da ineficiência do sistema de saúde em contraposição a experiências bem sucedidas, como a dos “médicos descalços chineses”, que combinavam cuidados preventivos e terapêuticos (Aguilar, 2003; Giovanella e Mendonça, 2008).

De um lado questionava-se o modelo biomédico e, de outro, os modelos verticais de intervenção da OMS, vigentes àquela época, para o combate das doenças endêmicas nos países em desenvolvimento (Giovanella e Mendonça, 2008). A partir dessas controvérsias cresceu o movimento a favor da medicina preventiva calcada no conceito da história natural da doença. Um dos marcos favoráveis à medicina preventiva foi a publicação, em 1974, pelo Ministério da Saúde canadense do Relatório Lalonde, pelo qual se interrogava o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, orientando para um enfoque mais social e comunitário (Santos e Westphal, 1999). Paralelamente a isso, desenvolvia-se o conceito de medicina familiar, focalizada no desenvolvimento de um novo modelo para o exercício da prática médica e ganhava força a medicina comunitária, tendo como objetivo principal

¹Donnangelo FMC, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1976

a expansão da cobertura dos serviços de saúde e a redução das iniquidades (Aguiar, 2003). Essas ideias associadas às propostas da *American Board of Family Practice*, criada em 1969, inspiraram a 30ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em 1977, que lançou o movimento “Saúde para todos no ano 2000”. Essa meta da OMS foi proposta por seu então líder, o médico Halfdan Mahler, dentro de um contexto político favorável aliado às modificações do paradigma médico vigorante.

O marco inicial daquele movimento foi a realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Casaquistão, em 1978, sob a organização da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), contando com a participação de 134 governos, dos quais o Brasil não fez parte, e de 67 organizações internacionais. Tendo por preocupação central o debate acerca de alternativas de cuidados à saúde mais equitativos difundiu-se a concepção de Atenção Primária à Saúde como a estratégia a ser adotada para a reorientação dos sistemas de saúde (Tejada de Riviero, 2003). Dessa conferência resultou a Declaração de Alma-Ata pela qual a OMS ampliou o conceito de saúde como “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade*”, definiu a saúde como um direito humano fundamental, garantiu o direito e o dever da participação dos indivíduos e da sociedade no planejamento dos cuidados em saúde e orientou para que os governos se comprometessem com os propósitos contidos no documento “Saúde para todos no ano 2000”, tendo a atenção primária como chave para o alcance dessas metas (OMS, 1978). Nesse documento a atenção primária foi definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desen-

volvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção à saúde”.
(OMS, 1978)

Essa concepção de Atenção Primária é **abrangente**; leva em consideração os custos, destacando a aplicação de tecnologias apropriadas e custo-efetivas; pressupõe a participação comunitária e a democratização do conhecimento e enfatiza que a Atenção Primária é o primeiro nível de atenção, porém não se restringe a ele, devendo integrar a prevenção – a promoção – a cura e a reabilitação (Giovanella e Mendonça, 2008).

Embora a 32ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1979, tenha endossado a conferência anterior e tenha aprovado a resolução de ter a APS como “a chave para alcançar um nível aceitável de saúde para todos”, a Declaração de Alma – Ata passou a ser criticada. Muitos a qualificaram de idealista, muito abrangente e pouco propositiva, além de considerarem que a meta ‘Saúde para todos no ano 2000’ era pouco factível (Cueto, 2004). Passou a haver discordância sobre o conceito e a abrangência do termo APS em países com diferentes realidades.

Tendo por preocupação a discussão de estratégias consideradas com melhor custo – efetividade, a Fundação Rockefeller associada a outras importantes agências internacionais promoveram uma conferência intitulada “*Health and Population in Development*”, em 1979, na Itália. Essa conferência apoiou-se na publicação chamada “*Selective Primary Health Care and Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries*”, que discutia as principais causas de morbi-mortalidade infantil em países em desenvolvimento e propunha algumas estratégias para combatê-las. Tanto esse artigo como a conferência realizada na

Itália utilizaram o termo “**Atenção Primária Seletiva**”, como uma nova perspectiva englobando algumas intervenções para atuar sobre os principais problemas de saúde dos países em desenvolvimento. Os autores não criticavam abertamente a Declaração de Alma – Ata, mas apresentavam essa proposta como “complementar” àquele documento - uma cesta de serviços básicos selecionados que deveriam ser ofertados nesses países. Inicialmente esse “pacote” proposto não ficou totalmente claro, mas com o passar do tempo foi reduzido a quatro intervenções, conhecidas como GOBI por suas iniciais na língua inglesa (G = *growth monitoring*, O = *oral rehydration*, B = *breastfeeding*, I = *immunization*), preconizadas no relatório “*The state of the world’s children*”, da UNICEF, em 1982. Posteriormente, foram acrescentadas mais três ações: FFF (*Food supplementation*, *Female literacy*, referindo-se à escolaridade materna e *Family planning*). O contexto internacional apresentado pelo menor crescimento econômico e pela predominância de governos conservadores, na década de 1980, foi propício à expansão e à hegemonia do modelo proposto como “Atenção Primária Seletiva”, em detrimento daquele apresentado em Alma – Ata, conhecido com “Atenção Primária Abrangente ou Ampliada”. Essa estratégia foi apoiada por várias agências internacionais, como o Banco Mundial e a UNICEF (Cueto, 2004, Giovanella e Mendonça, 2008).

As controvérsias acerca da definição da atenção primária, do quão abrangente deveria ser a sua abordagem, de como financiá-la, de como deveria ser colocada em prática, associadas ao contexto político – econômico e a resistência dos próprios médicos, formados em sua maioria nos moldes flexnerianos, acabaram por enfraquecer a APS enquanto estratégia (Cueto, 2004) e a sua implementação diferiu, e muito, entre os diversos países, encontrando-se, atualmente, uma ampla variação nos modelos de atenção à saúde vigentes.

1.2 AS DIFERENTES EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS ATUAIS RECOMENDAÇÕES

Na maioria dos países europeus e no Canadá, as reformas dos siste-

mas de saúde, a partir do final da década de 1990, têm fortalecido a APS como a base organizadora de todo o sistema. Embora haja diferenças nas configurações apresentadas, quanto à estrutura, ao tipo de financiamento adotado e à organização dos serviços, nesses países a APS funciona como porta de entrada ao sistema de saúde e como a coordenadora do cuidado. Há, ainda, a garantia de acesso universal e uma ampla variedade de serviços ofertados. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, apesar de ter se ampliado a discussão a respeito da saúde como um direito e a necessidade de se reduzir as desigualdades, o que predominou, nos anos seguintes a Alma – Ata, foi a prática da APS de caráter seletivo, que oferta uma “cesta” de serviços a grupos populacionais de baixa renda, sem garantir o acesso a outros recursos do sistema (Conill, 2008; Giovanella e Mendonça, 2008).

Mais recentemente, após evidências de que as abordagens seletivas não alcançaram bons resultados e nem ampliaram o acesso à saúde, a OMS e outras agências internacionais passaram a sugerir uma reaproximação das propostas de Alma – Ata. Reconhecendo a diversidade apresentada em seus países membros, e “as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS”, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publicou, em 2005, um documento intitulado “Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas”. Embora reconhecesse os avanços em saúde alcançados nos 25 anos posteriores a Alma – Ata, a OPAS chamou a atenção para a sobrecarga dos sistemas de saúde e a ampliação das desigualdades. Por esse documento a OPAS também reconhecia que o conceito de APS “tornou-se cada vez mais expansivo e confuso desde Alma – Ata, e que a APS não realizou tudo o que os seus defensores pretendiam” e buscou retomar o conceito de APS contido na Declaração de Alma - Ata, porém enfocando o sistema de saúde como um todo, destacando os valores, princípios essenciais de um sistema de saúde com base na APS e descartando que a APS seja um conjunto definido de serviços, os quais devem se adaptar as necessidades locais (OPAS, 2005). O documento da OPAS propôs uma atualização do conceito mais abrangente de APS e foi mais

propositivo que a Declaração de Alma-Ata, porém defendeu que a APS deve ser interpretada e adaptada aos diversos contextos políticos, sociais e culturais. Se por um lado isso a torna mais viável, por outro abre precedentes para que sua implementação seja ainda muito diversa.

Verifica-se, então, uma ampla variação na abrangência com que cada país aplica o conceito de APS. Reconhecendo que a tradução dos valores preconizados em Alma – Ata ainda tem sido muito irregular entre seus países membros, a OMS, por meio de seu Relatório Mundial de Saúde, de 2008, “Cuidados de Saúde Primários – agora mais do que nunca”, não apenas reafirma a importância da APS como orientadora de reformas dos sistemas de saúde mas também chama a atenção para que “o fundamental destas reformas vai muito além da prestação de serviços básicos e abarca o conjunto dos elementos estruturantes dos sistemas nacionais de saúde” (OMS, 2008).

Atualmente, a OMS reconhece a APS como o canal de acesso da população ao sistema de saúde, importante para a promoção, prevenção e cura das doenças e cuidados gerais. Para isso, descreve que os cuidados primários precisam ser desenvolvidos com algumas características: precisam ser orientados para as pessoas e compreendidos por elas, necessitam ser contínuos e devem funcionar como a porta de entrada no sistema de saúde. Para isso, preconiza que a organização da atenção à saúde deve considerar:

- ✓ a cobertura universal,
- ✓ a priorização do médico generalista,
- ✓ a necessidade de trazer os cuidados para mais perto das pessoas,
- ✓ a responsabilização dos serviços por uma determinada população, devendo acolher tanto os doentes como os saudáveis e tanto aqueles que procuram os serviços como aqueles que não o fazem e
- ✓ que os prestadores de cuidados primários atuem como coordenadores de toda a atenção, incluindo a atenção especializada e a hospitalar.

(OMS, 2008)

Esse relatório de 2008 e a resolução da OMS de 2009 (OMS, 2009) lançaram um compromisso político internacional para o fortalecimento da APS.

1.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O percurso da organização da APS no Brasil acompanhou o movimento verificado internacionalmente. Dos Centros de Saúde, do início do século XX, à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como organizadora da atenção à saúde, ainda não é possível afirmar que a APS esteja completamente consolidada.

No final do século XIX e início do século XX, a preocupação das autoridades era o controle e erradicação das doenças endêmicas e epidêmicas que pudessem comprometer o desenvolvimento urbano e econômico, atuando por meio de campanhas e da polícia sanitária (Sucupira, 1998). Os Postos de Saneamento e de Profilaxia Rural, criados em 1916, por Carlos Chagas e que tinham essa finalidade, de controle das epidemias, se expandiram das capitais à zona rural, com o apoio da Fundação Rockefeller (Campos, 2006). Embora as práticas de saúde pública já estivessem presentes nesse período, considera-se a criação dos primeiros Centros de Saúde, em 1925, como “a origem da ideia da atenção básica” no Brasil (Mello e cols., 2011).

Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira, bolsistas da Fundação Rockefeller, trouxeram a São Paulo a proposta dos Centros de Saúde. Com o objetivo de modificar as práticas vigentes - da polícia sanitária à educação sanitária e promoção da saúde - esses serviços apresentavam atividades de cunho educativo e preventivo e não dispunham de atendimento clínico a enfermidades que não tivessem caráter epidemiológico. A base das práticas sanitárias àquela época pautava-se na concepção que os processos educacionais promoviam uma “consciência sanitária” importante para a prevenção de doenças, partindo do indivíduo mas buscando a melhora da saúde coletiva (Sucupira, 1998). O perfil de morbi-mortalidade da época, com predomínio de doenças materno – infantis, doenças infecciosas, entre elas a tuberculose e

as doenças venéreas, legitimou essa prática e a Fundação Rockefeller fomentou esse modelo de Centro de Saúde, com caráter exclusivo de saúde pública. Os atendimentos de caráter curativo, nesse período, eram realizados por uma assistência médica baseada nas especialidades, nas Caixas e nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (Campos, 2006; Giovanella e Mendonça, 2008; Mello e cols., 2011, Mello e Vianna, 2011).

Embora a ideia de regionalização estivesse presente na proposta dos Centros de Saúde, que deveriam se responsabilizar pela saúde de uma população geograficamente definida, foi a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, que definiu as diretrizes de uma organização regional, descentralizada, coordenada e integrada (Mello e cols., 2011, Mello e Vianna, 2011). O modelo SESP adotou um caráter mais abrangente, associando práticas preventivas às curativas, porém foi restrito e aplicado apenas nas regiões Norte e Nordeste. Mesmo após a criação do Ministério da Saúde, em 1953, mantinha-se a dicotomia entre serviços de saúde pública e de assistência médica (Giovanella e Mendonça, 2008).

As décadas de 1960 e 1970 foram marcadas, politicamente, pelos regimes autoritários, e pelo crescimento paralelo da medicina privada e empresarial, com a mercantilização da assistência médica e criação de grandes hospitais e ambulatorios, ficando as práticas sanitárias em segundo plano (Suppirita, 1998). Nesse período, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), pela unificação dos institutos previdenciários (Campos, 2006; Giovanella e Mendonça, 2008).

A crise econômica e as precárias condições de saúde verificadas na década de 1970 revelavam a ineficiência do sistema previdenciário. Nessa época, os departamentos de medicina preventiva das escolas médicas propunham uma mudança nas práticas assistenciais: do modelo baseado em tecnologia pesada, controlado pelo setor privado e concentrado nas regiões urbanas, para um modelo docente – assistencial fundamentado na medicina comunitária, com base na atenção integral e caracterizado por técnicas

“simplificadas e massificadas”, as quais iam de encontro às necessidades de ampliar o acesso à saúde e reduzir os custos (Giovanella e Mendonça, 2008). Buscando a racionalização dos gastos em saúde, a lógica assistencial pautou-se na introdução de programas, particularmente no estado de São Paulo.

O modelo de “Programação em Saúde”, implantado nos centros de saúde paulistas, resgatava a proposta da antiga SESP, de integração de atividades de saúde pública e de assistência médica individual, chegando à prática a superação do dualismo (Mello e Cols., 2011; Mota e Schraiber, 2011). Os programas representavam uma sistematização do atendimento, com marcação de consultas regulares para ações de promoção e de prevenção, baseados “em intervenções de caráter clínico-epidemiológicas calcadas em medidas de impacto” (Campos, 2006). Porém, essa regulação baseada na epidemiologia e vigilância afetou o acesso clínico (Mello e cols., 2011). Os programas, por meio de consultas de prevenção de doenças e promoção da saúde, passaram a ser a “identidade” da assistência prestada nos centros e postos de saúde, determinando o padrão de consumo desses serviços. A população passou a reconhecer esses serviços como “carentes de recursos para a resolução das doenças” e os procuravam para obter benefícios, como vacinas e leite (Sucupira, 1998). Além disso, outros problemas comprometeram a manutenção do modelo programático: a fragmentação do trabalho, a falta de integração entre os diversos profissionais e serviços, a reprodução do atendimento especializado, com consequente afastamento das premissas da APS, perda da noção de território, falta de planejamento e treinamento, baixa remuneração, além das medidas para ampliar a cobertura, como as consultas de pronto – atendimento (Campos, 2006). A Programação em Saúde foi abolida no início da década de 1980, mas deixou como legado uma identidade aos centros de saúde, que se reflete, ainda hoje, no padrão de utilização dos serviços.

A grave crise econômica e previdenciária em um contexto de redemocratização, assinalado pela luta por direitos sociais por parte da sociedade, promoveram o começo do movimento da reforma sanitária, no final dos anos

70 e início dos anos 80. Sob a influência de Alma – Ata e assumindo o compromisso com a meta “Saúde para todos no ano 2000”, o Ministério da Saúde passou a assumir a APS como referência para as suas políticas de saúde, redefinindo o discurso em torno das políticas em saúde: priorização do setor público sobre o privado, busca da integralidade, proposta de reorganização do sistema a partir da descentralização, regionalização e hierarquização e promoção da atenção primária (Mello e cols., 2011). A reforma sanitária, que tinha como objetivo a construção de um sistema de saúde universal, culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 como a forma de efetivar os preceitos de saúde como um direito de todos e como um dever do Estado. A sua operacionalização foi regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, pautada pelas seguintes características: acesso universal e integral, controle social, organizada de forma descentralizada, hierarquizada e sob a responsabilidade municipal (Paim¹ citado por Sampaio e cols., 2012).

Para preservar o SUS, frente ao avanço de um projeto contra-reforma que visava a contenção de gastos públicos, e cumprir com o princípio da equidade, por meio do acesso universal, o Ministério da Saúde promoveu a descentralização da gestão, optando pela municipalização da saúde, a qual foi delineada pela legislação infraconstitucional. A reestruturação do sistema foi orientada visando o fortalecimento da APS, a partir das diretrizes divulgadas pelo Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde, e ocorreu com base nas experiências locais de diversas regiões do país. Dentre essas experiências, uma das que mais influenciou a reorientação do modelo foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado no estado do Ceará como um plano emergencial para reduzir as taxas de mortalidade infantil e expandido para o restante do país em 1991. A partir da necessidade de: ampliar o acesso à saúde, promover a integralidade na atenção, incorporar efetivamente o controle social no SUS e con-

¹Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador, Rio de Janeiro. Brazil: Edufba/ Editora FIOCRUZ; 2008

solidar o processo de descentralização, tendo por influência essas experiências exitosas, como a dos PACS, foi criado, em dezembro de 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF) (Giovannella e Mendonça, 2008).

Inicialmente o PSF foi implantado em 13 municípios de pequeno porte. A sua expansão, para o restante do país, foi favorecida por duas medidas: 1. a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96), de 1996, que instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), uma nova modalidade de repasse financeiro de recursos federais para os estados e municípios e 2. o Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF), de 2001, que promoveu o aumento da cobertura e qualificação do programa em municípios com mais de 100 mil habitantes. A rápida propagação do PSF deu início à fase de conversão do modelo “tradicional”, até então hegemônico, para o novo modelo de atenção (Sampaio e cols., 2012).

Alguns autores consideram que, inicialmente, o PSF foi concebido como um programa de características “verticais e seletivas”, porém acabou assumindo, durante a sua evolução, um caráter de APS abrangente (Conill, 2008; Giovannella e Mendonça, 2008). De programa, a saúde da família passou a ser considerada, pelo Ministério da Saúde, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser definida como “um modelo de atenção primária, operacionalizado através de estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos pelas equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido” (Andrade e cols., 2006). Em sua concepção, a equipe da ESF é multiprofissional e trabalha com adscrição da clientela, a partir do cadastramento e seguimento da população de determinado território de abrangência. A importância da ESF e as bases para a sua operacionalização foram definidas pelo Ministério da Saúde a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

1.3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a PNAB pela qual estabeleceu as diretrizes de organização da APS no Brasil. Esse documento foi revisado em 2011, mantendo muito do original, como a reafirmação da ESF como a estratégia de reorganização da APS, mas atualizou alguns conceitos e introduziu elementos relacionados ao papel da atenção básica dentro do sistema de saúde.

O PNAB caracteriza a atenção básica como:

“... um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito

em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral”.

(BRASIL, 2012)

O primeiro aspecto a ser ressaltado é o termo utilizado. O Ministério da Saúde, na contracorrente internacional, adotou a denominação “Atenção Básica”, para designar a atenção primária, em seus documentos e portarias. A opção por essa nomenclatura representou uma forma de diferenciar a proposta da ESF dos “cuidados primários de saúde” que se referiam a programas seletivos de APS (Testa¹ citado por Brasil, 2011). Na literatura encontra-se referência aos dois termos – atenção básica e atenção primária – algumas vezes interpretados como sinônimos. O debate sobre essa questão não chegou a uma conclusão (Gil, 2006; Conill, 2008; Mello e cols., 2009). O próprio Ministério emprega os dois termos em diferentes documentos, mas pela PNAB de 2011 afirma que atenção básica e atenção primária à saúde, nas atuais concepções, são termos equivalentes (Brasil, 2012). É interessante considerar as diferentes interpretações associadas a esses termos: enquanto para alguns “básica” se associa à ideia de “simples” e não de “fundamental”, para outros “primária” refere-se a “primitivo” e não a “principal”. Essas diferentes concepções possibilitam a banalização desse nível de atenção.

Outro elemento que merece ser discutido é a inclusão, na PNAB de 2011, do conceito de “Redes de Atenção à Saúde” (RAS), como o arranjo organizativo do SUS. As RAS foram propostas pela OPAS como uma alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde. Nos sistemas fragmentados os diferentes níveis de atenção não estabelecem comunicação, dificultando a continuidade da atenção, e fundamentam-se na atenção pontual e centrada na doença. Dessa forma, apresentam inúmeros efeitos negativos, como: a multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa, dificuldade de acesso aos serviços, perda de continuidade da atenção com falta de coerência

¹Testa M. Atenção primária (ou primitiva) de saúde. In: Tesa M. editor. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992: p. 160 - 74

entre as ações e serviços prestados (OPAS, 2010). Por meio da construção das RAS, propõe-se que os serviços não mais se disponham em hierarquia, embora cada um possua diferentes densidades tecnológicas e exerçam distintos papéis no processo assistencial, o que é essencial para a integralidade. A organização do sistema fundamentado nas RAS permite a integração entre os diversos pontos de atenção, favorecendo o acesso, a continuidade assistencial, a integralidade e a utilização mais racional dos recursos (Lavras, 2011).

Segundo Eugênio Vilaça Mendes, as RAS podem ser definidas como:

“... organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

(Mendes, 2009b)

Um dos desafios mais complexos para os sistemas de saúde é a articulação entre os diferentes pontos de atenção. A recomendação da OPAS, adotada pela PNAB, para superar essa dificuldade é colocar a APS como protagonista, ocupando o papel de eixo organizador das RAS. Essa proposta apoia-se nas evidências relatadas pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas (Saltman e cols., 2006). Para que a APS possa exercer esse papel, a rede de atenção deve garantir a resolutividade e a integralidade da atenção e os serviços de atenção primária devem funcionar como a porta de entrada no sistema e ter a capacidade de coordenar o fluxo do usuário entre os diferentes níveis de atenção que compõem o SUS. Por outro lado, quando esses serviços se apresentam apenas como o primeiro nível de atenção, dentro de um sistema fragmentado, reduz-se o seu “potencial transformador” (OPAS, 2011).

Outros aspectos importantes apresentados na PNAB 2011 foram: 1. a expansão da ESF para atender a populações ribeirinhas, de áreas fluviais e moradores de rua, 2. a consolidação dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), com equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento com o objetivo de ampliar o escopo das ações e a resolubilidade das equipes de ESF, 3. a utilização dos termos “médicos generalistas” e “médicos de família e comunidade” e 4. condicionar uma parte dos recursos financeiros aos resultados obtidos no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), um sistema de monitoramento e avaliação da atenção básica.

1.3.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Em conformidade com as diretrizes nacionais, a APS também é uma das prioridades em políticas públicas de saúde no município de São Paulo. Entretanto, a sua consolidação é assinalada por algumas peculiaridades que se refletem no padrão de utilização dos serviços e na avaliação da assistência prestada.

Em primeiro lugar, o município de São Paulo aderiu ao SUS apenas no ano de 2001, o que retardou o processo de municipalização, com a Secretaria Estadual da Saúde mantendo a responsabilidade pela rede básica de serviços. Desse modo, o início da implantação do PSF foi assumido pela esfera estadual em parceria com organizações sociais sem fins lucrativos, em um programa denominado Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), priorizando as populações desassistidas das regiões periféricas do município (Alves Sobrinho e Capucci, 2003; Guedes, 2003).

Além do processo de municipalização ser mais recente, um outro aspecto que exerce influência na configuração da atenção básica em São Paulo é a própria dinâmica urbana característica de uma grande metrópole, marcada por profunda desigualdade e exclusão social, além da presença de

condições limitantes ao acesso aos serviços. Há uma grande variedade nos serviços oferecidos, com maior concentração de média e alta complexidade, além de um mercado de consumo com características peculiares. Essas particularidades são consideradas como “constrangimentos” à expansão plena da ESF (Viana e cols., 2008). A figura 1 representa a heterogeneidade na cobertura da ESF no município, no ano de 2010. Naquele ano, 24 dos 96 distritos administrativos não contavam com ESF, principalmente na região Centro-Oeste e Sudeste, que são as que mais concentram recursos de média e alta complexidade.

Figura 1: Mapa de cobertura da ESF – número de equipes para cada 3 mil habitantes usuários do SUS (Município de São Paulo, 2010)

Fonte: Atlas da Saúde da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo; dezembro de 2012, p.155.

Outra particularidade observada na rede básica de serviços no município de São Paulo é a presença das unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), iniciada em 2005. De acordo com os documentos oficiais, as AMAs foram criadas para “absorver a demanda de quadros agudos de baixa e média complexidade”, casos não agendados, com o objetivo de “inverter a pirâmide de assistência”, isto é, reduzir o número de atendimentos em pronto-socorros e unidade de urgência e emergência. Essas unidades integram a estrutura da rede básica, estabelecendo um sistema de referência e contrarreferência com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Conforme a diretriz do município, em relação a esses serviços, a UBS deveria encaminhar o usuário para a AMA após “serem esgotados os recursos e capacidade de resolução da UBS, considerando a complexidade do caso” e a AMA tem o “compromisso” de encaminhar para a UBS os usuários que necessitem de acompanhamento. O documento municipal determina que 25% das vagas diárias das UBS devem funcionar como uma “reserva técnica” para encaminhamentos provenientes das AMAs, por meio de um sistema informatizado de controle de vagas (o sistema SIGA), respeitando um protocolo que define prioridades de casos a serem encaminhados (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2009).

Portanto, a rede básica da APS no município de São Paulo é composta por UBS com modelo assistencial tradicional, Unidades de ESF, unidades mistas, que mesclam os dois modelos de atenção, e unidades de AMA para o pronto-atendimento.

1.3.3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Cabe comentar que, em relação à atenção à saúde da criança, a APS assume o papel de prover os principais eixos de cuidado dessa faixa etária – a promoção e a vigilância em saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde desenvolve programas de atenção à saúde infantil, colocando os serviços de aten-

ção primária como os responsáveis por desenvolver as ações consideradas essenciais para alcançar melhores resultados em saúde: a atenção ao pré-natal, o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação saudável, o programa de imunização, o acompanhamento e vigilância sobre o crescimento e o desenvolvimento, a prevenção de acidentes e as medidas de prevenção e controle dos principais agravos que acometem essa população, as infecções respiratórias agudas, a doença diarreia e os distúrbios nutricionais (Brasil, 2004).

1.4 AVALIAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A avaliação em saúde tem extrapolado os interesses acadêmicos, passando a ser uma preocupação por parte dos órgãos de gestão em saúde. A Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/AB) foi criada no ano 2000, no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no sentido de promover a prática da avaliação nesse nível de atenção. Com o intuito de auxiliar a gestão e conduzir o processo decisório, qualificando a atividade assistencial, a avaliação da APS se fortaleceu a partir de 2003, com a expansão da ESF (Brasil, 2005). Embora a política nacional de avaliação ainda esteja em estágio incipiente, há uma disposição do Ministério da Saúde em institucionalizar essa prática. Exemplos dessa tendência são o documento formulado em 2004 pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), fornecendo subsídios para o acompanhamento e avaliação da atenção primária, os Estudos de Linha de Base do PROESF (ELB – PROESF), realizados em âmbito nacional e, mais recentemente, a divulgação, pelo Ministério da Saúde, do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), um indicador síntese que visa aferir a qualidade dos serviços do SUS. A Secretaria da Saúde do município de São Paulo criou a Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) que, a partir de dados epidemiológicos, dissemina informações que podem subsidiar o planejamento e dar suporte à gestão.

O interesse acadêmico no assunto também aumentou muitos nos últimos anos. De acordo com levantamento realizado na Biblioteca Virtual em

Saúde, selecionando-se Atenção Primária à Saúde, como assunto principal, e Brasil, como região, há 1419 publicações, sendo verificado um aumento significativo nos últimos anos (gráfico 1), relacionado a estudos que buscaram identificar o impacto da ESF nos indicadores de saúde. Uma grande parte dessas publicações foram fruto dos ELB-PROESF, realizados entre 2005 e 2007, encomendados pelo Ministério da Saúde a oito instituições e grupos de pesquisas do país, no sentido de fazer um diagnóstico epidemiológico e da organização dos serviços em relação à atenção básica (Bodstein e cols., 2006).

Gráfico 1: Número de publicações sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Uma revisão bibliográfica, publicada em 2010, sobre a avaliação da ESF descreveu que a maioria dos estudos foram feitos entre 2005 e 2006, nos estados de São Paulo, Bahia e Ceará, envolvendo usuários e profissionais e cujos objetivos primordiais eram avaliar o processo de trabalho e o impacto da ESF (Lentsck e cols., 2010).

Nos anos que se seguiram à criação da CAA/AB, entre 2000 e 2003,

as avaliações se pautaram principalmente na cobertura da ESF e no impacto decorrente da mudança do modelo assistencial. Em relação ao impacto, os autores têm endossado as evidências internacionais e descrito impacto positivo da APS, particularmente no modelo ESF: queda da mortalidade infantil (Macinko e cols., 2006; Aquino e cols., 2009), diminuição no número de interações evitáveis entre os adultos (Macinko e cols., 2011; Mendonça e cols., 2012a) e tendência de melhora de alguns indicadores de saúde (Lima e cols., 2012). Entretanto, os resultados em relação à qualidade da atenção oferecida não têm sido unânimes, sendo verificados problemas em vários aspectos.

As avaliações de qualidade da atenção oferecida têm encontrado resultados muito diversos, e, embora em alguns aspectos sejam descritos melhor desempenho da ESF em relação ao modelo tradicional, ainda são relatados várias dificuldades, principalmente em relação ao acesso e à integralidade da atenção. O quadro 1 sumariza as principais avaliações de desempenho da APS que, pelo desenho metodológico e contexto de realização, estabelecem diálogo com os resultados do presente estudo.

Quadro 1: Resumo das principais avaliações nacionais de desempenho da Atenção Primária à Saúde

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Brandão e cols., 2013	Rio de Janeiro	289 usuários de ESF	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; coleta de junho a agosto de 2010; instrumento: EUROPEP¹ 	Adaptar e aplicar um instrumento de avaliação de APS com base no EUROPEP	<p>Dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> relação e comunicação: muito bom; cuidados médico bom; informação e apoio: bom; continuidade e cooperação: regular; organização dos serviços: regular 	<ul style="list-style-type: none"> o instrumento é de fácil aplicação e uma boa ferramenta para avaliação e monitoramento da AB; sob a ótica dos usuários da ESF há um bom vínculo entre profissionais e usuários, mas a organização dos serviços está inadequada
Leao e Caldeira, 2011	Montes Claros (MG)	350 crianças menores de 2 anos cadastradas na ESF	<ul style="list-style-type: none"> Estudo transversal quantitativo; Coleta no 1^a trimestre de 2010; instrumento: PCATool² 	Verificar a associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional (residência Medicina Família)	<ul style="list-style-type: none"> 77,7% tinham a ESF como fonte regular; Escore Geral APS: 6,4 (usuários ESF) e 5,7 (não usuários) Escore maiores: longitudinalidade e integralidade; Variáveis associadas a melhor avaliação: ESF, maior número de atendimentos e maior qualificação profissional 	<ul style="list-style-type: none"> ESF não atingiu escore ideal, mas foi significativamente melhor; maior qualificação (residência +) foi associada a melhor avaliação

¹EUROPEP = European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care²PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Costa e cols, 2011	Teixeiras (MG)	161 mães de crianças menores de 2 anos de 4 UBS do município	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; entrevistas semi-estruturadas e observação direta 	Avaliar a atenção à saúde da criança em diferentes cenários de implementação da ESF	<ul style="list-style-type: none"> verificados como aspectos negativos: instalações físicas, qualidade de controle da diarreia e de infecções respiratórias, atividades de promoção/prevenção, participação comunitária e desenvolvimento da intersectorialidade avanços verificados no acolhimento 	<ul style="list-style-type: none"> Há um cenário intermediário em relação à ESF, observando-se uma atenção fragmentada mas com avanços; ainda há um distanciamento da proposta de reorientação do modelo assistencial hegemônico
Sala e cols. 2011	Município de São Paulo	184 usuários de UBS (ESF e tradicional) da região norte e centro-oeste	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; coleta no 2º semestre de 2007; PCATool¹, mas foi analisado considerando as respostas a cada questão e não a escores sintéticos 	Avaliar processos de integralidade em UBS sob o ponto de vista de usuários	<ul style="list-style-type: none"> obtiveram bom desempenho: porta de entrada, elenco de serviços e coordenação; resultados piores: enfoque familiar, orientação comunitária e acessibilidade; de um modo geral não houve diferenças entre ESF e UBS tradicionais 	<ul style="list-style-type: none"> questões relativas ao cuidado individual e à prestação direta dos serviços foram bem avaliadas, apesar das dificuldades no acesso; os aspectos que necessitam de reestruturação mais profunda na organização e cultura dos serviços tiveram resultados insatisfatórios

¹PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Azevedo e Costa, 2010	Recife	39 equipes de ESF de um distrito sanitário de Recife	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; coleta de agosto a dezembro de 2006 abordagem qualitativa; entrevistas semiestruturadas com usuários, profissionais e gestores, observação direta e análise documental 	Avaliar se a ESF possibilita o acesso integral	<p>Dimensões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 geográfica: não sofreu críticas; 2. organizacional: queixas a respeito da marcação de consultas, tempo de espera para atendimento, dificuldade para realização de exames e passar com especialista, insuficiência para referência e contrarreferência 3. sócio-cultural: padrão de oferta e demanda foi condizente com o modelo biomédico 4. econômica: insuficiente distribuição de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> a ampliação da cobertura não implicou em acesso efetivo; há gargalos no sistema que comprometem a organização como um todo; a ESF revelou-se como uma porta de entrada estreita em relação às necessidades dos sujeitos

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Viana e cols., 2008	São Paulo	62 municípios com mais de 100 mil habitantes	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo transversal; • coleta em 2005 e 2006; • classificação dos municípios de acordo com o perfil de indicadores e entrevistas com usuários (PCATool)¹ 	Relacionar modelos e indicadores de AB segundo alguns agrupamentos e analisar inquéritos feitos com usuários	<ul style="list-style-type: none"> • regiões metropolitanas apresentam baixa efetividade da AB; • predomina o modelo diversificado de atenção, representando dificuldade para integração da ESF; • de acordo com os usuários, os escores mais baixos na capital foram o enfoque familiar e a orientação comunitária, o acesso foi intermediário e a coordenação, a porta de entrada e o elenco de serviços foram melhor avaliados 	<ul style="list-style-type: none"> • a dinâmica urbana verificada nas regiões metropolitanas dificulta a expansão da ESF

¹PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Van Stralen e cols., 2008	Goiás e Mato Grosso do Sul	9 municípios com mais de 100 mil habitantes	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; entrevistas com 623 usuários e 509 profissionais (PCATool)¹ 	Avaliar o desempenho das UBS (tradicionais e ESF)	<ul style="list-style-type: none"> ESF melhor avaliada, de um modo geral (mas apenas enfoque familiar e orientação comunitária com diferença significativa); profissionais avaliam melhor que usuários; acesso foi mal nos 2 modelos; equipes de ESF têm um vínculo mais forte com os usuários; coordenação foi relativamente adequada nos 2 modelos 	<ul style="list-style-type: none"> ESF ainda está longe de reorientar a APS

¹PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Puccini, 2008	São Paulo	30 unidades de AMA	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal, descritivo; coleta de outubro a dezembro de 2006; dados secundários provenientes do CREMESP¹ e do SIA-SUS² 	Verificar as condições de funcionamento das AMAs e suas repercussões na AB	<ul style="list-style-type: none"> gestão das AMAs por parcerias múltiplas, público-privadas; 77% das unidades de AMAs foram acopladas a UBS já existentes; não adequadas à legislação de estrutura física e de equipamentos; registros de atendimentos em folhas avulsas e não em prontuário; 30% marcavam retorno; verificou-se diminuição nos atendimentos em outros serviços, inclusive em pronto-socorros e houve diminuição significativa no número de atendimentos nas UBS 	<ul style="list-style-type: none"> atendimento tipo “queixa-conduta” no sentido de ser um atendimento de baixa qualidade, medicalizante, resultando em exames desnecessários e sucessivos retornos; frágil articulação com a rede básica; prejuízo na integralidade e continuidade da atenção; reforço ao padrão de consumo de atendimento pontual e repetitivo.

¹CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

²Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Souza e cols., 2008	3 capitais do nordeste (2 metrópoles e um município de médio porte)	Usuários e profissionais de UBS tradicionais e de ESF	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; coleta entre setembro e dezembro de 2005; grupo focal 	Avaliar o acesso e o acolhimento na AB	<ul style="list-style-type: none"> a ampliação da rede melhorou a acessibilidade geográfica; verificados problemas no acesso: demanda excessiva, filas de espera, dificuldade com sistema informatizado, dificuldade para conseguir medicamentos, exames e consultas especializadas; em relação ao acolhimento: opiniões variadas e muitas vezes contrárias 	<ul style="list-style-type: none"> há uma desproporção entre: oferta potencial, atendimento à demanda e acesso a exames e consultas especializadas necessidade de melhorar a articulação da AB com os demais níveis de atenção; acesso é pior nas metrópoles, aonde a expansão da ESF é mais restrita; o acolhimento é um processo em construção

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Macinko e cols., 2007	Petrópolis	468 usuários de 40 UBS tradicionais e de ESF de Petrópolis	• estudo transversal, de validação e aplicação de instrumento (PCATool) ¹	Adaptar e aplicar o PCATool, comparando o desempenho da AB em UBS tradicionais e de ESF	<ul style="list-style-type: none"> • ESF teve pontuação mais alta na maioria das dimensões avaliadas (porta de entrada, orientação familiar e comunitária e escore geral); • para usuários: o acesso foi o pior avaliado, a porta de entrada, a coordenação e a longitudinalidade foram os melhores 	<ul style="list-style-type: none"> • o instrumento se mostrou capaz de diferenciar entre os dois modelos de atenção; • a ESF foi melhor de um modo geral

¹PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Facchini e cols., 2006	Alagoas, Paraná, Pernambuco, Piauí Rio Grande Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina	41 municípios com mais de 100 mil habitantes desses estados, perfazendo um total de 234 UBS	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; entrevistas com gestores, profissionais e usuários 	Avaliar o desempenho da AB nas regiões nordeste e sul	<ul style="list-style-type: none"> cobertura da ESF, entre 1999 e 2004, cresceu mais no nordeste do que no sul; menos da metade da demanda potencial usou a UBS da área de abrangência; acompanhamento de puericultura, de pré- natal e de outras ações programáticas foram mais frequentes na ESF 	<ul style="list-style-type: none"> oferta de ações de saúde, utilização e contato por ações programáticas foram mais adequadas na ESF do que nas UBS tradicionais; o desempenho da AB ainda está distante do preconizado pelo SUS

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Ibañez e cols., 2006	São Paulo	62 municípios com mais de 100 mil habitantes	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; coleta em 2005; entrevistas com profissionais e 2.923 usuários (PCATool)¹ 	<p>Avaliar o desempenho dos serviços de AB, comparando diferentes clusters de municípios (agrupados de acordo com indicadores sociais e complexidade de atenção)</p>	<p>1. para os usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> foi melhor avaliada a AB dos clusters com indicadores sociais mais favoráveis; satisfatórios: porta de entrada, longitudinalidade e profissionais; insuficientes: acesso, coordenação, orientação comunitária, enfoque familiar e elenco de serviços <p>2. profissionais X usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> as avaliações coincidem para acessibilidade, porta de entrada e vínculo; profissionais avaliam melhor os outros atributos 	<ul style="list-style-type: none"> AB pouco satisfatória ESF foi melhor, de uma maneira geral

¹PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Elias e cols., 2006	São Paulo	Usuários, profissionais e gestores de 343 UBS	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; entrevistas (PCATool)¹ 	<p>Comparar ESF e UBS tradicionais por estrato de exclusão social e comparar usuários X profissionais X gestores</p>	<p>1. Usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> ESF foi melhor na avaliação geral e na maior parte das dimensões, em todos os estratos de exclusão social obtiveram boa avaliação: porta de entrada, vínculo, coordenação e elenco de serviços; avaliações regulares: acessibilidade, orientação comunitária e familiar <p>2. Profis. e gestores: ESF = tradicional</p> <p>3. Usuários X profis. X gestores:</p> <ul style="list-style-type: none"> gestores = profis. e ambos melhores que usuários (exceto para acessibilidade) 	<ul style="list-style-type: none"> ESF foi melhor em todos os estratos de exclusão social para os usuários; confirmou as potencialidades do PCATool

¹PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Kovacs e cols., 2005	Recife	383 responsáveis por crianças menores de 5 anos que utilizaram serviço de pronto-socorro	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal descritivo; coleta em novembro de 2002 e fevereiro a maio de 2003; entrevistas 	<p>Conhecer a acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em pronto-socorro, reconstruindo a trajetória de contatos com UBS no evento atual e caracterizando vínculos com a AB e adequação da morbidade ao perfil organizacional dos serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> no evento atual: 61,5% não procurou a UBS; apenas 18,9% preferem UBS quando adoecem; motivos para ir ao PS: gosta, confia, melhor acessibilidade geográfica e melhor qualidade de atendimento apenas 15,2% da demanda requereria o potencial tecnológico condizente com a da unidade utilizada 	<ul style="list-style-type: none"> parte substancial da demanda espontânea decorre da legitimidade dos serviços de urgência perante a população

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO / PERÍODO DE COLETA E FONTE DOS DADOS	OBJETIVO(S)	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Harzheim, 2004	Porto Alegre	468 responsáveis por crianças de 0 a 2 anos de idade	<ul style="list-style-type: none"> estudo transversal; coleta em 2002; validação e aplicação do instrumento (PCATool¹ versão criança) 	Adaptar e aplicar o PCATool criança, comparando o desempenho da AB em UBS tradicionais e de ESF	<p>1. ESF X tradicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ESF foi melhor que a tradicional em: serviços básicos oferecidos, orientação familiar e comunitária; em relação à satisfação geral: ESF pouco superior problemas na referência e contrarreferência <p>2. Atributos X satisfação:</p> <ul style="list-style-type: none"> quanto maior o escore geral: melhor a satisfação com o atendimento e maior a probabilidade de reconhecer a saúde como muito boa resultados insatisfatórios para promoção/prevenção 	<ul style="list-style-type: none"> a ESF tem maior orientação aos princípios da APS, mas ambos, tanto ESF como unidades tradicionais, têm muito a avançar

¹PCATool = Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

1.5 AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DA APS

Com o objetivo de avaliar e subsidiar o planejamento em saúde têm sido utilizados indicadores que permitam identificar situações de risco, comparar diferentes estratégias e efeitos de políticas adotadas. Aqueles que conseguem captar os vários determinantes da saúde, como as condições socioeconômicas e ambientais, além da oferta e qualidade da atenção prestada constituem-se em sinalizadores de potenciais problemas que possam estar acontecendo e o ponto de partida para que sejam tomadas medidas mais adequadas às necessidades de determinada população. Nesse sentido, um dos indicadores que tem sido mais utilizado na atualidade é o de hospitalizações evitáveis, um corolário do conceito de mortes evitáveis (Mendonça e cols., 2012b).

No final da década de 1980, um estudo que tinha por objetivo avaliar o impacto das condições socioeconômicas nas internações hospitalares em Nova Iorque verificou que a ação oportuna e eficaz dos serviços ambulatoriais diminuiria o risco de hospitalização, fazendo surgir o termo “Causas de internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial” (Billings e cols., 1993). A utilização dessas hospitalizações, consideradas evitáveis, como um indicador do desempenho dos serviços ambulatoriais iniciou-se nos Estados Unidos e logo foi testado em outros países. Após sua utilização na Espanha, um país com sistema nacional de saúde universal e baseado na APS, passou a ser aplicado como indicador de efetividade desse nível do sistema, verificando-se que altas taxas de internações por essas condições poderiam representar problemas no acesso e/ou na qualidade da atenção primária oferecida (Casanova e Starfield, 1995; Casanova e cols., 1996; Caminal e cols., 2004).

É descrito que os cuidados básicos e o seguimento regular em serviços de saúde tanto servem para prevenir o aparecimento de doenças como para evitar o agravamento de condições já existentes, reduzindo o risco de hospitalização. Muitos estudos relacionam um sistema de APS bem estru-

turado a menores taxas de internação hospitalar (Parchman e Culler, 1994; Gill e Mainous, 1998; Caminal e Cols., 2002; Garg e cols., 2003; Castro e cols., 2005; Gil, 2006; Nedel e cols., 2010). Uma revisão publicada em 2010, envolvendo 18 publicações, reuniu evidências de que os pacientes atendidos por serviços com maior aproximação aos princípios da APS internaram menos por condições sensíveis à atenção primária. Essa publicação chamou a atenção para a crescente valorização do tema, com o aumento de publicações nos últimos anos, da melhora metodológica, porém ressaltou alguns aspectos negativos na utilização desse indicador, como a não inclusão de outros fatores determinantes de hospitalização não controlados pela APS, como as características socioeconômicas da população e políticas de admissão hospitalar, além da variação entre as listas de diagnósticos considerados evitáveis (Nedel e cols., 2010).

No Brasil, passou-se a utilizar o termo “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP) e o Ministério da Saúde publicou, em 2008, a portaria com a lista brasileira das ICSAP (Brasil, 2008), definindo que essa lista seja utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Dadas as diferenças epidemiológicas e de modelos de atenção existentes, é fundamental que a lista de diagnósticos considerados evitáveis seja individualizada para cada país. A inexistência de uma lista brasileira interferiria na interpretação e comparação dos resultados entre os estudos realizados até então (Alfradique e cols., 2009).

As publicações sobre ICSAP ainda são recentes no Brasil. Os estudos que têm utilizado esse indicador podem ser agrupados, do ponto de vista metodológico, em dois grupos: os que descrevem as tendências (em número e/ou causas) dessas internações e aqueles que averiguam os fatores que podem estar associados a essas condições (Mendonça e cols., 2012b). Os do primeiro grupo correspondem à grande maioria, são baseados em dados secundários

provenientes do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), e têm descrito tendência à diminuição da proporção das ICSAP tanto em nível nacional (Moura e cols., 2010; Boing e cols., 2012) como nas diversas regiões do país: Santa Catarina (Elias e Magajewski, 2008), Rio Grande do Sul (Souza e Costa, 2011), Mato Grosso do Sul (Campos e Theme-Filha, 2012), Piauí (Barreto e cols., 2012), Minas Gerais (Rodrigues-Bastos e cols., 2013), Espírito Santo (Pazó e cols., 2012) e estado de São Paulo (Rehem e Egry, 2011; Sala e Mendes, 2011). Entretanto, é interessante ressaltar que Rehem e Egry (2011) apesar de descreverem diminuição das ICSAP no estado, entre 2000 e 2007, verificaram que na grande São Paulo a tendência foi oposta, com um aumento de 17,65% no total de internações.

As taxas de internação variam muito entre as diferentes regiões e faixas etárias, sendo mais frequentes nos extremos de idade. Barreto e cols. (2012), em um dos poucos trabalhos realizados na faixa etária pediátrica, relataram que, em 2010, 60% das internações dos menores de 5 anos foram por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Em relação às causas também são verificadas variações relacionadas à faixa etária e à região estudada. Considerando-se o Brasil, entre os menores de 14 anos predominam as hospitalizações por gastroenterites infecciosas, pneumonia e asma (Moura e cols., 2010), mas as doenças respiratórias prevalecem em São Paulo (Rehem e cols., 2012).

O segundo tipo de estudo, aqueles que analisam os fatores associados às ICSAP são bem mais raros em nosso meio e por estarem mais diretamente relacionados aos objetivos dessa pesquisa, estão sumarizados no quadro 2. Entre as 5 pesquisas descritas, 4 comparam as ICSAP com as não ICSAP e descrevem variáveis que estiveram mais associadas ao risco de internar por condições consideradas evitáveis. Apenas uma tese, realizada em 2011 em Ribeirão Preto, se propôs a apreender a qualidade da APS recebida entre pacientes internados por ICSAP. Não encontramos outras publicações que tenham explorado o tema a partir dessa perspectiva.

Quadro 2: Estudos nacionais sobre os fatores associados às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

AUTORES/ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO METODOLÓGICO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÕES
Toso, 2011	Ribeirão Preto	11 famílias de crianças internadas por doenças respiratórias e profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none">estudo qualitativo;entrevistas semi-estruturadas, observação direta e análise documental de prontuários	<ul style="list-style-type: none">as doenças respiratórias corresponderam a mais de 50% das hospitalizações;os atributos da APS não estiveram presentes na atenção recebida por essas crianças;faltou resolutividade na atenção;os pacientes percorreram um longo caminho até a internação, gerando insatisfação	<ul style="list-style-type: none">foram feitas recomendações para melhorar a atenção oferecida

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO METODOLÓGICO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÕES
Caldeira e cols., 2011	Montes Claros (MG)	365 famílias de crianças de 0 a 14 anos internadas em enfermarias pediátricas	<ul style="list-style-type: none"> • Inquérito hospitalar realizado entre julho de 2007 e julho de 2008. • verificou variáveis associadas a maior chance de ICSAP em relação às não ICSAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência de ICSAP = 41,4%, chegando a 52,9% entre os menores de 2 anos • Principais causas: pneumonia, asma, gastroenterocolites e infecções de pele e subcutâneo • variáveis associadas à ICSAP: residir em área de ESF e idade menor de 2 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • a prevalência é semelhante à encontrada em outros estudos e salienta a necessidade de melhorar os cuidados à faixa etária estudada

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO METODOLÓGICO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÕES
Nedel e cols., 2010	Abrangência internacional	18 artigos sobre características da APS associadas ao risco de internar por ICSAP	<ul style="list-style-type: none"> estudo de revisão envolvendo 18 artigos publicados entre 1995 e 2008 	<p>Em estudos internacionais, menores taxas de ICSAP foram verificadas com:</p> <ul style="list-style-type: none"> mais consultas preventivas; maior continuidade do cuidado; APS regular; estar em dia com a puericultura; mais médicos generalistas e mais consultas; mais de 75% de consultas com o mesmo médico. <p>O único estudo nacional que entrou na revisão mostrou:</p> <ul style="list-style-type: none"> municípios com ESF adequada têm taxas mais baixas 	<ul style="list-style-type: none"> Os princípios fundamentais da APS associaram-se a menor risco de internar por ICSAP

AUTORES/ ANO	LOCAL	POPULAÇÃO ESTUDADA	DESENHO METODOLÓGICO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÕES
Fernandes e cols., 2009	Montes Claros (MG)	660 pacientes maiores de 14 anos, internados em clínica médica e cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • inquérito de morbidade hospitalar realizado entre julho de 2007 e julho de 2008. • verificou variáveis associadas a maior chance de ICSAP em relação às não ICSAP 	<ul style="list-style-type: none"> • a prevalência de ICSAP correspondeu a 38,8% das internações; • as variáveis associadas à ICSAP foram: internação prévia, visitas regulares a unidades de saúde, baixa escolaridade, controle de saúde não realizado por ESF, internação solicitada por médico que não é da ESF e idade igual ou superior a 60 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • as variáveis associadas à ICSAP são sobretudo relativas ao paciente, porém o controle regular de saúde fora da ESF duplica a probabilidade de internação
Nedel et al., 2008	Bagé (RS)	1200 pacientes de todas as faixas etárias	<ul style="list-style-type: none"> • inquérito hospitalar realizado entre setembro de 2006 a janeiro de 2007 	<ul style="list-style-type: none"> • a prevalência de ICSAP foi de 42,6%, chegando a 57,6% em menores de 5 anos de idade e 38,1% entre 5 e 14 anos; • a maior probabilidade de ICSAP esteve associada a: sexo feminino, idade menor de 5 anos, escolaridade menor de 5 anos, hospitalização no ano anterior, ter consulta em emergência e estar internado em hospital universitário • algumas variáveis deixam de ser significativas entre os usuários da ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • embora o estudo não permita inferências sobre o risco de internação, • a ESF é mais equitativa em relação à atenção tradicional

| **JUSTIFICATIVA** _

2 JUSTIFICATIVA

A avaliação da qualidade da atenção à saúde oferecida tem sido uma preocupação crescente na literatura no sentido de fornecer elementos que possibilitem reconhecer como o cuidado tem sido oferecido, em que pontos estão ocorrendo falhas e quais são as prioridades para a atuação a fim de que sejam propostos programas e mudanças nas políticas de saúde que permitam aumentar a efetividade e a eficiência da atenção prestada (Novaes, 2000; Donabedian, 2005). Avaliar é um ponto essencial para melhorar os resultados em saúde de determinada população. Nesse sentido, passou-se a buscar métodos que pudessem avaliar a qualidade da APS (Marshall e cols., 2006). Os estudos de avaliação contribuem para a definição de programas prioritários e de políticas de saúde, permitindo a qualificação da atenção à saúde oferecida e um melhor desempenho da APS, levando a melhores resultados.

Já há na literatura evidências suficientes da importância e dos benefícios da APS. Os sistemas que possuem a APS como eixo estruturante são mais equitativos, atingem melhores resultados sobre a saúde da população, têm melhor custo-efetividade e alcançam maior satisfação por parte dos usuários (Starfield, 1994; Starfield e cols., 2005; Mendes, 2009a). Entretanto também é consenso que para alcançar tais resultados é fundamental que a APS “seja entendida como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e não como um programa para pobres ou um nível de atenção à saúde” (Mendes, 2009a). O momento atual, no Brasil, é de reestruturação do sistema e de organização da APS, por meio da municipalização e da expansão da ESF, sendo importante avaliar se essas mudanças paradigmáticas estão de acordo com os princípios dessa APS abrangente.

As avaliações realizadas em nosso meio, até o momento, têm verificado alguns impactos positivos, porém os resultados ainda são inconsistentes. Ao retomar as conclusões das avaliações resumidas na introdução, é possível verificar que embora algumas tenham descrito avanços no desempenho da

APS, principalmente no modelo da ESF, praticamente todas identificaram inadequações na assistência: dificuldades de acesso, presença de “gargalos” no sistema, falta de articulação entre a atenção básica com os demais níveis de atenção, atenção fragmentada, grande utilização dos serviços de urgência e emergência, organização inadequada dos serviços, desafios e dificuldade de expansão da ESF nos grandes centros urbanos, entre outros. Mendes (2004), ao comparar o “SUS real” com o “SUS constitucional” descreveu, entre outros problemas, a baixa qualidade da APS oferecida, explicitada pelo baixo cumprimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e pela alta percentagem de internações evitáveis. Em relação às ICSAP, chamam a atenção, ainda, a alta prevalência na faixa etária pediátrica (Moura e cols., 2010; Caldeira e cols., 2011) e a constatação de que no município de São Paulo, na contramão das outras regiões, tem se verificado aumento na ocorrência dessas condições (Rehem e Egry, 2011).

Além dos resultados insatisfatórios, o outro aspecto a ser considerado nas avaliações de APS é a metodologia empregada. Em uma revisão sobre os aspectos metodológicos das pesquisas em APS no Brasil, Harzheim e cols. (2005) verificaram uma predominância de estudos descritivos, considerados como geradores de hipóteses e com pouca capacidade de estabelecer relação causal e, conseqüentemente, com menor valor para a reorientação de ações e condutas. Essa constatação é ainda mais evidente nos estudos sobre ICSAP. Pesquisas que permitam a correlação entre o modelo de cuidados oferecidos, a qualidade da atenção, a satisfação do usuário e os resultados em saúde têm sido consideradas essenciais (Harzheim e cols., 2006a).

| **HIPÓTESE** _

3 HIPÓTESE

As altas taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária devem estar relacionadas a uma baixa incorporação dos princípios norteadores (atributos) da Atenção Primária pelos serviços de atenção básica.

| OBJETIVOS _

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os atributos da atenção primária oferecida às crianças e adolescentes moradores da região oeste do município de São Paulo e que foram internados por condições sensíveis à atenção primária.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as ICSAP, advindas da região oeste do município de São Paulo, em uma enfermaria pediátrica de um hospital universitário de nível secundário e regionalizado;
2. Identificar possíveis deficiências nos atributos da APS oferecida a essas crianças e adolescentes que possam ter contribuído para o desfecho ICSAP;
3. Comparar a orientação aos princípios da APS entre os diferentes modelos de atenção vigentes na região oeste do município de São Paulo: tradicional (não ESF) e ESF;
4. Comparar a qualidade da APS sob a perspectiva dos usuários e a dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde.

| REFERENCIAL TEÓRICO _

5 REFERENCIAL TEÓRICO

“O quadro teórico constitui o universo de princípios, categorias e conceitos, formando sistematicamente um conjunto logicamente coerente, dentro do qual o trabalho do pesquisador se fundamenta e se desenvolve.”

(Severino, A.J. *Metodologia do trabalho científico*. 1992, pg. 125)

Avaliar pode ser definido como uma atividade que

“consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”

(Contandriopoulos¹ citado por Contandriopoulos, 2006).

De acordo com Tanaka (2011), o juízo de valor que resulta da avaliação é o que possibilita a tomada de decisão.

Embora se considere que para a produção do conhecimento científico seja necessário haver uma ruptura entre o pesquisador e sua subjetividade, não há como negar o que esse já traz de experiência e de saberes. Toda avaliação é parcial, isto é, representa o entendimento do avaliador de uma realidade complexa. Como permite uma variedade de possíveis recortes do real, a avaliação implica na presença da subjetividade do pesquisador, tanto em relação aos limites estabelecidos como nos parâmetros adotados no julgamento de valor. É fundamental, entretanto, que essas escolhas sejam assumidas e explicitadas. O passo inicial é delimitar o objeto a ser avaliado.

¹Contandriopoulos AP, Pouvourville G, Poullier JP, Contandriopoulos D. À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. In: Pomey MP, Poullier JP, éditeurs. Santé publique. Paris: Elipses; 2000. p. 637-67.

5.1 O OBJETO DE AVALIAÇÃO – A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Como já comentado, a concepção de APS é muito variada. Vuori¹, citado por Starfield (2002) propôs quatro possíveis interpretações de atenção primária: 1. como um conjunto de atividades, 2. como um nível de atenção, 3. como uma estratégia para organizar a atenção à saúde e 4. como uma filosofia que permeia a atenção à saúde. Com exceção da primeira, as três outras estão inter-relacionadas e se expressam na seguinte definição:

“o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pelos princípios que esses serviços devem proporcionar: atenção generalizada e não restrita a determinados grupos; atenção acessível, integrada, continuada e coordenada; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade e apoio constante ao usuário nos aspectos relacionados à sua saúde e bem estar.”

(Starfield, 1992)

Essa definição de Starfield fundamenta-se em termos operacionais, o que, além de ser conveniente para o processo de avaliação, se enquadra perfeitamente na proposta atual de organização do sistema em redes de atenção. Por essa proposta, o papel da APS é funcionar como a porta de entrada, que seja resolutiva e que se articula aos demais níveis de atenção, devendo coordenar o fluxo do usuário pelo sistema. Portanto, as características / atributos que derivam dessa definição de Starfield, contemplam essa função da APS.

Os atributos da APS propostos por Starfield (2002) são divididos em essenciais e derivados. Os quatro atributos essenciais a esse nível de atenção são: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade ou continuidade, a integralidade e a coordenação da atenção

¹Vuori H. The role of schools of public health in the development of primary health care. Health Policy; 1985: 4: 221-30.

dentro do sistema e os três atributos derivados, que qualificam as ações, são: a atenção à saúde centrada na família (ou orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural de seus profissionais. Assim, o **acesso de primeiro contato** implica que o paciente consiga receber atendimento a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam o serviço de saúde; a **longitudinalidade**, ou continuidade, significa a possibilidade de o paciente receber a atenção de maneira regular e ao longo do tempo; a **integralidade** diz respeito à capacidade de oferecer ao paciente todos os tipos de serviços de atenção que ele necessite e a **coordenação** implica na integração do cuidado oferecido, garantindo a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção. Em relação aos atributos ditos derivados, a **orientação familiar** envolve o conhecimento dos membros da família do paciente e de seus problemas, a **orientação comunitária** pressupõe que as necessidades de saúde se relacionam ao contexto social e a **competência cultural** implica que os profissionais reconheçam e tenham capacidade de lidar com as diferenças. Embora o acesso seja um ponto primordial, o acolhimento do paciente e a resolutividade de seus problemas também são aspectos fundamentais a serem ponderados na organização da atenção à saúde. Um sistema ou um serviço de saúde pode ser considerado provedor de APS quando apresenta os quatro atributos essenciais. A presença dos atributos derivados aumenta o poder de interação entre o sistema/serviço de saúde e o indivíduo ou a comunidade (Starfield, 2002). O conhecimento desses atributos serve como um referencial para a avaliação do grau de implantação e da qualidade da APS oferecida. A avaliação da APS a partir desses atributos propostos por Starfield tem sido considerada fundamental uma vez que os sistemas de saúde que cumprem esses preceitos têm obtido melhores resultados, além disso, a adoção desses padrões permite a comparação de avaliações realizadas em diferentes realidades (Viana e cols., 2008).

Construída essa imagem – objetivo do quê será avaliado, a seguir será apresentado o referencial teórico que embasou a escolha da abordagem adotada.

5.2 A ESCOLHA DA ABORDAGEM ADOTADA

O objetivo dessa pesquisa, avaliar a presença/extensão dos princípios norteadores da APS em serviços de atenção básica, permitia uma grande variedade metodológica. A abordagem adotada baseou-se na sistematização sugerida por Donabedian: estrutura – processo – resultado, para avaliação de qualidade. De acordo com esse autor, a estrutura diz respeito aos recursos disponíveis – humanos, materiais e organizacionais; o processo refere-se à interação entre profissional e usuários e, os resultados, às consequências do cuidado prestado (Donabedian, 2005). Essa proposta de avaliação é considerada como a mais pragmática (Tanaka, 2011).

Considerando-se que o resultado é influenciado, direta ou indiretamente, pela estrutura e pelo processo de atenção oferecidos, optou-se por partir de um resultado negativo – uma internação evitável – e avaliar aspectos da estrutura e do processo de cuidado recebidos por esses pacientes que permitissem caracterizar cada um dos atributos da APS. Essa abordagem é semelhante à utilizada nas avaliações que utilizam a técnica de eventos-sentinela.

O conceito de evento-sentinela foi descrito inicialmente por Rutstein e cols., em 1976, como a ocorrência de doença, invalidez ou morte evitáveis. Conforme esses autores, a investigação “do porquê” ocorreu tal evento permite determinar a qualidade do atendimento médico, além de permitir inferir o nível de saúde da população em geral e os efeitos de cada um de seus fatores determinantes (Rutstein e cols., 1976). Embora haja discordância na literatura a respeito da aplicação do conceito, essa técnica tem sido bastante utilizada.

A primeira controvérsia reporta-se à interpretação do evento - enquanto para alguns ele permite avaliar apenas a qualidade do serviço médico e não o nível de saúde da população (Plaut e Roberts¹ citados por Hartz e cols., 1996)

¹Plaut R., Roberts E. Preventable mortality: indicator or target? Applications in developing countries. *World Health Stat. Q.*, 42: 4-15, 1989

outros consideram que os serviços devem se adequar aos demais condicionantes do estado de saúde e que, portanto, sua interpretação pode ser mais abrangente (Charlton e cols¹. citados por Hartz e cols., 1996). A outra discordância em relação a essa técnica refere-se “ao quê” considerar como evento-sentinela, para alguns deveria ser usado apenas para ocorrências raras, e outros propõem um conceito mais ampliado, incluindo todas as situações que não devem ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente (Penna, 1997).

Partindo da reflexão contida nesse conceito mais ampliado – “a coleta da informação a partir do fato negativo, do que foi considerado previamente definido como o que não deve ocorrer” (Penna, 1997). Optou-se por avaliar a adequação dos serviços da rede básica aos princípios da APS a partir do cuidado recebido por pacientes internados por CSAP. A escolha dessa população, a que teve um resultado negativo, logicamente incorre no viés de seleção, com a sobre-representação de indivíduos expostos a maiores riscos, seja por fatores individuais seja por fatores relacionados à atenção recebida, mas a intenção principal foi identificar em que pontos estão ocorrendo falhas passíveis de melhorias, permitindo uma readequação dos serviços no sentido de atender melhor às necessidades de saúde da população.

Uma vez definidos o objeto e a abordagem, a próxima etapa é apresentar os modelos teóricos que orientaram a escolha dos aspectos metodológicos, definiram a escolha das variáveis e nortearam a discussão dos resultados encontrados.

5.3 OS MODELOS TEÓRICOS ADOTADOS

Objeto-modelo é uma “representação conceitual esquemática de uma coisa ou situação real ou suposta como tal” (Bunge² citado por Medina e

¹Charlton JRH. Avoidable deaths and diseases as monitor of health promotion. In: Measurement in health promotion and protection. Copenhagen WHO/IEA, 1987. p. 467-79.

²Bunge M. Os conceitos de modelo. Modelos na ciência teórica. In: Bunge M. Teoria e realidade. São Paulo: Perspectiva, 1974, p 11 – 40.

cols., 2010). O sistema “hipotético-dedutivo” que se refere ao objeto-modelo é o modelo teórico (Medina e cols., 2010).

Nessa pesquisa foram adotados dois modelos teóricos. O primeiro foi inicialmente descrito por Caminal e Casanova (2003) que descreveram um marco conceitual representando os possíveis caminhos percorridos pelo paciente, dentro do sistema, que podem culminar com uma hospitalização evitável (fig. 2).

Figura 2: Representação esquemática do percurso percorrido pelo paciente e o desfecho Internação por Condição Sensível à Atenção Primária

O percurso desejável (A) fundamenta-se no reconhecimento de que a APS tem a capacidade para resolver de 75 a 85% dos problemas de saúde da população e que a pequena parcela que necessita de atenção especializada, deveria ser referida pelo primeiro nível de atenção e voltar a APS tão logo completasse o processo diagnóstico e/ou terapêutico. Para isso é necessário que os serviços da rede básica:

- ✓ sejam acessíveis;
- ✓ atuem como a porta de entrada do sistema e sejam reconhecidos como tal;
- ✓ sejam resolutivos, o que é favorecido pela continuidade da atenção e pelos atributos derivados da APS (a orientação familiar, comunitária e a competência cultural);
- ✓ ofereçam atenção integral, devendo haver uma adequada coordenação entre os níveis assistenciais, quando for necessário outra densidade tecnológica.

Os percursos alternativos representam que a atenção primária teve uma baixa capacidade de resolução, não evitando a hospitalização (B) ou que o paciente não utilizou a atenção primária (C). A baixa capacidade de resolução pode estar relacionada tanto a um manejo clínico inadequado como a uma intervenção tardia, seja porque o serviço foi pouco acessível ou porque o usuário o procurou tardiamente. A não utilização do serviço pode decorrer além de problemas de acessibilidade como de fatores relacionados ao próprio paciente, como características sociodemográficas e culturais, atitudes frente ao adoecimento, a maneira como reconhece os diferentes serviços, entre outros.

Essa complexa interação entre os fatores relacionados ao indivíduo e às características dos serviços não só levam a um maior ou menor risco de ocorrer a ICSAP como também definem o padrão de utilização dos serviços de saúde, influenciando na avaliação final. Esses fatores, não só interagem de forma complexa, como possuem diferentes níveis de proximidade em relação ao desfecho grau de orientação à APS. Dessa forma, o segundo modelo teórico utilizado (fig. 3) nessa pesquisa considera uma estrutura multinível, baseada no conceito hierárquico proposto por Victora e cols. (1997). Por esse modelo, assume-se que o grau de orientação à APS não se resume às características do serviço em si e do modelo de atenção que o orienta, mas da relação que este estabelece com o usuário, o que, em última análise, é influenciado pelas características do paciente e do contexto social e político em que se inscrevem.

Figura 3: Representação do modelo hierárquico multinível de fatores envolvidos no grau de orientação à APS

| MÉTODOS _

6 MÉTODOS

O objeto de estudo dessa pesquisa foi a presença / extensão dos atributos da APS nos serviços de atenção básica da região oeste do município de São Paulo, por meio da abordagem dos cuidados prestados à população de 0 a 14 anos de idade. Partindo de um resultado negativo, uma internação por condição sensível à atenção primária, foram avaliados aspectos da estrutura e do processo de cuidados prestados pelos serviços sob a perspectiva dos usuários e dos profissionais.

6.1 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na microrregião Butantã/Jaguaré do município de São Paulo. Essa microrregião é composta por 6 distritos administrativos: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia (pertencentes à supervisão técnica do Butantã) e Jaguaré (pertencente à supervisão técnica Lapa / Pinheiros) (fig. 4).

Figura 4: Mapa dos distritos administrativos do município de São Paulo

Segundo os dados do censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total dessa microrregião, em 2010, era de 478.080 habitantes, sendo 52,8% do sexo feminino e, aproximadamente, 44,5% SUS-dependente, de acordo com os dados do CEInfo¹. A população de 0 a 14 anos de idade corresponde a 93.285 (19,5%), distribuídos de acordo com o gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição da população de 0 a 14 anos de idade, por faixa etária (microrregião Butantã / Jaguaré).

De acordo com o IBGE, 65% da população residente dessa microrregião é da raça branca, 25% é parda, 6% é preta, 4% amarela e menos de 1% é da raça indígena. As distribuições por renda e por escolaridade dessa população estão representadas nos gráficos 3 e 4, respectivamente.

¹CEInfo – Coordenação de epidemiologia de informação da Prefeitura Municipal de São Paulo – *Indicadores para diagnóstico sintético de saúde. Cidade de São Paulo* 2004 – 2011. Ano 8 (5) 3 abril de 2013.

Gráfico 3: Distribuição da população de acordo com a renda mensal (microrregião Butantã/Jaguaré)

Gráfico 4: Distribuição da população de acordo com a escolaridade da pessoa responsável pelo domicílio (microrregião Butantã/Jaguaré)

A escolha desse cenário levou em consideração o desenvolvimento do Projeto Região Oeste (PRO), uma parceria envolvendo a Faculdade de Medicina de São Paulo (FMUSP) e a Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo com o objetivo de criar uma plataforma de ensino, pesquisa e de organização do sistema de saúde da região oeste do município. O contrato firmado prevê a gestão dos equipamentos públicos de saúde da região pela FMUSP.

Para reestruturar a rede de atenção à saúde da região o PRO tem adotado a estratégia de organização em um sistema de prestação de serviços de forma longitudinal e integrada, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária, com a finalidade de oferecer uma assistência de qualidade. Para compor os três níveis de atenção, a rede de saúde (fig. 5) dessa região é composta por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 5 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), 1 Centro ambulatorial de especialidades, 2 pronto-socorros, 1 hospital municipal (Hospital Mário Degni), 1 hospital universitário (Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU-USP) e 1 hospital terciário (Hospital das Clínicas da FMUSP).

Figura 5: Mapa da rede básica do Projeto Região Oeste

O modelo de atenção varia entre as 14 UBS, havendo unidades integrantes da ESF, outras que atendem pelo modelo tradicional e algumas mistas.

Como a unidade de referência para as internações pediátricas dessa região é o HU-USP, foi na enfermaria desse hospital o local de seleção e entrevistas dos usuários do sistema de saúde que participaram da pesquisa. Na enfermaria do HU-USP são hospitalizadas crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade, com uma média de 150 internações ao mês.

6.2 DESENHO DO ESTUDO

A proposta inicial envolvia apenas uma avaliação de caráter quantitativo, por meio da análise de escores obtidos para cada um dos atributos

estudados. Porém, após uma análise parcial realizada na metade do estudo (com 230 entrevistas realizadas), dois aspectos chamaram atenção:

1. 69% (esse percentual chegou a 76,6% ao final da amostra) dos responsáveis responderam não levar a criança à UBS de origem quando surgia um novo problema de saúde e
2. muitas crianças estavam sendo excluídas por não fazerem seguimento em UBS.

Dessa forma, optou-se pela associação de algumas entrevistas de caráter qualitativo, com os usuários, com o objetivo de entender esses dois pontos específicos. Segundo Tanaka (2011), geralmente a análise quantitativa, embora mais objetiva, não é suficiente para compreender o fenômeno como um todo, sendo necessário a complementação com dados qualitativos. Os dados qualitativos permitem não apenas aprofundar, mas também ampliar a abrangência da avaliação (Minayo¹ citada por Furtado, 2001).

Trata-se, portanto, de um estudo de corte transversal de abordagem quanti-qualitativa.

6.3 AMOSTRA ESTUDADA

Foram realizadas entrevistas com usuários e com os profissionais da rede. Tanto a percepção da população usuária como a dos profissionais que atuam nos serviços têm sido consideradas importantes para a avaliação dos serviços e políticas de saúde, não apenas por expressarem pontos de vistas de diferentes ângulos, mas também por ambos estarem implicados no processo, constituindo-se nos grupos de interesse da avaliação (Furtado, 2001).

6.3.1 AMOSTRA DE USUÁRIOS

A amostra foi formada por crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, in-

¹Minayo C. *O desafio do conhecimento*. Editora Hucitec, São Paulo; 1996, 269 p.

ternados na enfermaria pediátrica do HU-USP, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011, usuárias de uma das 14 UBS da região de abrangência do PRO.

- Para a coleta de dados quantitativos:

Para a obtenção dos dados quantitativos buscou-se uma amostra universal das crianças internadas por CSAP, respeitando-se os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão:

- ✓ a criança ou adolescente estar internado na enfermaria pediátrica do HU-USP e
- ✓ o diagnóstico principal à admissão ser uma CSAP (anexo A), de acordo com a lista brasileira (Brasil, 2008; Alfradique e cols., 2009) e
- ✓ a criança ou adolescente fazer seguimento em UBS e
- ✓ a UBS de seguimento referida ser uma das 14 pertencentes ao PRO.

- Critérios de exclusão:

- ✓ o responsável já ter respondido ao questionário em outra internação que tenha ocorrido durante o período de coleta de dados ou
- ✓ a criança ou adolescente estar sem acompanhante responsável no momento da entrevista ou
- ✓ o responsável não saber informar sobre o acompanhamento ambulatorial realizado pela criança ou adolescente ou
- ✓ o responsável pela criança ou adolescente não aceitar em responder à pesquisa.

Para a seleção dos pacientes, os entrevistadores foram orientados a seguir o seguinte fluxo (fig. 6), definido após a realização do estudo piloto:

Figura 6: Fluxo para seleção de pacientes

No período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2011 ocorreram 2031 internações na enfermaria pediátrica do HU-USP. Dessas, 1325 (65,2%) foram por CSAP. Houve uma perda de 188 desses 1325 casos (14,2%), que tiveram alta antes da entrevista. Seguindo-se o fluxo apresentado para a inclusão / exclusão de pacientes, a amostra final contou com 501 usuários entrevistados (fig. 7).

Figura 7: Esquema representativo da composição da amostra final

- Para a coleta dos dados qualitativos:

A coleta dos dados qualitativos foi realizada nos últimos 3 meses da pesquisa, sendo incluídos os pacientes que estavam internados por CSAP, nos dias em que a pesquisadora principal realizou as entrevistas (escolhidos aleatoriamente), cujos responsáveis aceitaram em participar e que se enquadraram em um dos 2 critérios:

- ✓ a criança ou adolescente havia sido incluída na amostra de dados quantitativos e cujo responsável respondia que não procurava a UBS quando a criança apresentava um novo problema de saúde (pergunta B2 do questionário) ou
- ✓ a criança ou adolescente que não fazia seguimento em nenhuma UBS.

Foram realizadas 25 entrevistas qualitativas, sendo 18 com pacientes que faziam seguimento em UBS, mas que não procuravam esse serviço na vigência de um novo problema de saúde e 7 com pacientes que não faziam acompanhamento em UBS.

6.3.2 AMOSTRA DE PROFISSIONAIS

Participaram também do estudo, como entrevistados, três profissionais de cada UBS (o gestor, 1 médico e 1 enfermeiro), que se disponibilizaram a participar e que estiveram de acordo com o termo de consentimento. Esses profissionais foram escolhidos aleatoriamente e foram entrevistados no próprio local de trabalho.

Considerando as 14 UBS na região de abrangência, responderam à entrevista 42 profissionais.

6.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os dados quantitativos foram obtidos por meio do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment Tool* validado no Brasil - PCATool-Brasil) versão criança e versão profissionais (anexos C e D).

Esse questionário foi originalmente desenvolvido pelo grupo de Bárbara Starfield e colaboradores no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Undeserved Populations* (Cassady e cols., 2000) e foi validado em vários países (Pasarín e cols., 2007), inclusive no Brasil, pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, passando por um processo de tradução – tradução inversa – adaptação – debriefing – validação de conteúdo e de construto e análise de confiabilidade (Harzheim e cols., 2006b). Em 2010, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde incorporou esse instrumento como método de avaliação, divulgando-o como um de seus manuais técnicos, que contêm tanto o instrumento em si como as orientações para a sua aplicação e para o cálculo dos escores. A validação no Brasil veio favorecer a produção de pesquisas com maior rigor científico, permitindo reforçar as evidências da efetividade da APS e avaliar se as mudanças propostas com a ESF estão atingindo os seus objetivos (Brasil, 2010).

Uma revisão internacional que comparou 9 instrumentos, envolvendo a avaliação dos quatro atributos essenciais da atenção primária, concluiu que apenas o PCATool preencheu todos os critérios recomendados (Malouin e cols., 2009).

O PCATool foi elaborado com base na proposta de avaliação de qualidade de Donabedian e permite avaliar, por meio da experiência dos usuários e dos provedores do cuidado, a extensão dos quatro atributos essenciais e de dois atributos derivados da atenção primária nos serviços de atendimento, “promovendo medida de base individual sobre a estrutura e o processo de atenção nesse nível de atenção” (Brasil, 2010). Para cada atributo essen-

cial, o instrumento contém um componente relacionado à estrutura e outro ao processo do cuidado à saúde. Além do cálculo dos escores de cada um dos atributos separadamente, é possível o cálculo de um escore geral (que engloba os quatro atributos essenciais e dois atributos derivados) e de um escore essencial (envolvendo apenas os quatro atributos essenciais).

A versão criança (anexo C), que foi aplicada aos responsáveis pelas crianças internadas, é composta por 55 itens (questões), divididos de acordo com o quadro 3. A versão profissional (anexo D), foi respondida por médicos e enfermeiros das UBS, contendo 77 questões (quadro 4).

Quadro 3: Distribuição dos itens por atributo e seus componentes – PCATool Brasil – versão criança

ATRIBUTO	COMPONENTE	Nº DE ITENS
ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO	Estrutura – Acessibilidade (C)	6
	Processo – Utilização (B)	3
LONGITUDINALIDADE	Estrutura – Grau de afiliação (A)	3
	Processo – Longitudinalidade / Vínculo (D)#	11
COORDENAÇÃO	Estrutura – Sistema de informações (F)	3
	Processo – Integração de cuidados (E)	5
INTEGRALIDADE	Estrutura – Serviços disponíveis (G)	9
	Processo – Serviços prestados (H)	5
ORIENTAÇÃO FAMILIAR (I)		6
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (J)		4

no instrumento o componente de processo é denominado longitudinalidade (D), porém opto-se pelo uso do termo vínculo para não confundir com o atributo longitudinalidade (AD).

Quadro 4: Distribuição dos itens por atributo e seus componentes – PCATool Brasil – versão profissional

ATRIBUTO	COMPONENTE	Nº DE ITENS
ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE (A)		9
LONGITUDINALIDADE (B)		13
COORDENAÇÃO	Estrutura – Sistema de informações (D)	3
	Processo – Integração de cuidados (C)	5
INTEGRALIDADE	Estrutura – Serviços disponíveis (E)	22
	Processo – Serviços prestados (F)	15
ORIENTAÇÃO FAMILIAR (G)		3
ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (H)		6

As respostas a cada um dos itens apresentam-se como uma escala do tipo Likert: 4. Com certeza sim; 3. Provavelmente sim; 2. Provavelmente não; 1. Com certeza não e 9. Não sei/não lembro.

Além do PCATool-Brasil versão criança, para os cuidadores das crianças ou adolescentes foram realizadas perguntas para a caracterização das condições sociodemográficas (anexo B), e, para os gestores de cada UBS, aplicou-se um questionário para a caracterização da unidade (anexo E).

Para a obtenção dos dados qualitativos foram feitas perguntas abertas semi-estruturadas:

- Para os responsáveis que respondiam que não procuravam a UBS quando a criança apresentava um novo problema de saúde (questão B2) perguntava-se, após o final da aplicação do PCATool:
 - ✓ o motivo pelo qual não procurava a UBS,
 - ✓ se conseguiam consulta de “encaixe” na UBS se quisessem,
 - ✓ para onde a criança ou adolescente era levada nessas ocasiões e
 - ✓ se a criança ou adolescente costuma ficar doente muito frequentemente.

- Para os responsáveis de crianças que não faziam seguimento em UBS (durante a seleção de pacientes) perguntava-se:
 - ✓ o motivo da criança não seguir em UBS,
 - ✓ se a criança ou adolescente fazia seguimento em algum serviço ambulatorial e qual era esse serviço,
 - ✓ para onde a criança ou adolescente era levado quando apresentasse algum problema de saúde e
 - ✓ se a criança ou adolescente possui algum problema crônico de saúde

6.5 COLETA DOS DADOS

6.5.1 ESTUDO PILOTO

Previamente ao início da coleta de dados, em dezembro de 2010, a pesquisadora responsável realizou um pré-teste, aplicando o instrumento em dez crianças internadas na enfermaria do HU-USP. A realização desse estudo piloto foi importante para:

- definir que o diagnóstico de admissão a ser considerado fosse o diagnóstico principal, descrito pelo médico na ficha de admissão, uma vez que os diagnósticos digitados (pelo número do Código Internacional de Doenças) no sistema de internação, muitas vezes eram imprecisos e não correspondiam ao motivo principal da internação;
- definir o fluxo a ser seguido pelos entrevistadores na inclusão/exclusão dos pacientes, como previamente apresentado;
- pontuar a necessidade dos entrevistadores estarem atentos para as perguntas, já que no instrumento algumas questões foram formuladas de maneira inversa, isto é, respostas de maior valor indicavam menor orientação para a APS e

- convencionar que a pergunta A4 – Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez - deveria se relacionar a qual serviço de saúde havia indicado a internação.

Os pacientes que participaram do estudo piloto não foram incluídos na pesquisa.

6.5.2 REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Os responsáveis pelos pacientes foram entrevistados durante o período de internação no HU-USP. Foram realizadas, em média, de 3 a 4 visitas semanais, durante todo o ano de 2011, à enfermaria pediátrica.

Os dados quantitativos foram obtidos tanto pela pesquisadora responsável como por outros oito entrevistadores, alunos do 3º e 4º anos de graduação da Faculdade de Medicina da USP, inscritos no programa de iniciação científica e que se candidataram a participar dessa pesquisa. Esses alunos foram treinados, pela pesquisadora, conforme as orientações contidas no Manual do Instrumento de Atenção Primária à Saúde – PCATool-Brasil (p. 75-76). Durante todo o processo de coleta de dados, os entrevistadores contaram com o número de telefone da pesquisadora para possíveis questionamentos.

A pesquisadora checava diariamente, por acesso remoto, a lista dos pacientes internados na enfermaria do HU e repassava ao entrevistador responsável daquele dia, marcando os pacientes que já haviam sido entrevistados. Com a lista dos pacientes internados em mãos, os entrevistadores checavam o motivo de internação no prontuário do paciente e contavam com uma lista, de fácil acesso, dos diagnósticos a serem incluídos na pesquisa. Após a sequência apresentada no fluxo anterior, selecionavam os usuários a serem entrevistados, após a assinatura do termo de consentimento (apêndice A).

Seguindo as orientações contidas no manual (Brasil, 2010) os entrevistadores forneciam uma tarja de respostas (apêndice E), entregue ao entrevistado no momento da pesquisa.

As entrevistas qualitativas foram realizadas nos 3 últimos meses da pesquisa e feitas apenas pela pesquisadora responsável. Essas entrevistas foram gravadas, após o consentimento do entrevistado, em gravador digital.

Os profissionais das UBS (o gestor da unidade, um médico e um enfermeiro) foram entrevistados no próprio local de trabalho e escolhidos de maneira aleatória. Essas entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável.

6.5.3 *CHECAGEM DOS DIAGNÓSTICOS*

Com o propósito de confirmar os diagnósticos elegidos pelos entrevistados e para a análise da proporção de internações por CSAP no universo de todas as internações, ao final de cada mês a pesquisadora leu no sistema de informações do HU, os resumos de alta de todos os pacientes internados naquele período.

Para a classificação do caráter do diagnóstico, uma das variáveis estudada, em agudo ou crônico, a pesquisadora consultou os prontuários dos 97 pacientes que receberam o diagnóstico “J20 – Bronquite aguda”¹. Por se tratar de um diagnóstico inespecífico, utilizado em pacientes internados por crise de sibilância, buscou-se no prontuário informações que indicassem se a criança apresentava crises recorrentes e com indicação de controle ambulatorial (esses casos foram classificados como crônicos) ou não (classificados como agudos).

6.6 *VARIÁVEIS ESTUDADAS*

A partir do modelo teórico adotado, as variáveis consideradas na análise foram:

- Características relacionadas ao paciente:
 - ✓ Sociodemográficas: idade, escolaridade materna e renda familiar.
 - ✓ Necessidades em saúde: caráter do diagnóstico

- Tipo de modelo de atenção
- Características do serviço (atributos da APS): acesso (componentes de estrutura e de processo), longitudinalidade (componentes de estrutura e de processo), integralidade (componentes de estrutura e de processo), coordenação (componentes de estrutura e de processo), orientação familiar e orientação comunitária.

Essas variáveis foram classificadas em variáveis independentes (quadro 5) e variáveis dependentes (quadro 6).

Quadro 5: Variáveis independentes

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	ESCALA ADOTADA
Idade	idade da criança ou adolescente calculada no dia da admissão hospitalar	0 a 11 meses e 29 dias 1 ano a 4 anos 11 meses e 29 dias 5 a 9 anos 11 meses e 29 dias 10 a 14 anos
Escolaridade materna	de acordo com o grau de escolaridade referido	sem escolaridade fundamental incompleto fundamental completo médio incompleto médio completo superior
Renda familiar	renda mensal da família em número de salários mínimos	até meio salário-mínimo meio a 1 salário-mínimo 1 a 2 salários-mínimos 2 a 5 salários-mínimos 5 ou mais salários-mínimos
Caráter do diagnóstico ¹	consideram-se agudos os diagnósticos cujo diagnóstico e tratamento em tempo oportuno evitaria a hospitalização e crônicos aqueles cujo controle ambulatorial adequado evitaria exacerbações com necessidade de internação	A = agudo ² C = crônico ³
Modelo de atenção	modelo de atenção recebido pela criança	ESF = estratégia de saúde da família Não ESF = tradicional

1. dois pacientes com diagnóstico de doença imunoprevenível (B26 - caxumba) foram excluídos da análise

2. diagnósticos considerados agudos (de acordo com o CID-10): diarreia aguda (A09), desidratação aguda (E86), otite média aguda (H66), amigdalite aguda (J03), infecções agudas de vias aéreas superiores não especificada (J06), pneumonia aguda (J18), bronquiolite aguda (J21), impetigo (L01), abscesso cutâneo e furúnculo (L02), celulite (L03), linfadenite aguda (L04), outras infecções de pele e tecido subcutâneo (L08), nefrite túbulo-intersticial aguda (N10), infecção do trato urinário (N39), bronquite aguda (J20)*.

3. diagnósticos considerados crônicos (de acordo com o CID-10): anemia ferropriva (D50), diabetes mellitus insulino-dependente (E10), diabetes mellitus não especificado (E14), desnutrição proteico-calórica (E46), epilepsia (G40), asma (J45), estado de mal asmático (J46), bronquite aguda (J20)*

* de acordo com informações do prontuário

Quadro 6: Variáveis dependentes*

VARIÁVEL	ESCALA ADOTADA
Acesso de primeiro contato (BC) Utilização (processo) (B) Acessibilidade (estrutura) (C)	B – baixa orientação F – forte orientação
Longitudinalidade (AD) Grau de afiliação (estrutura) (A) Vínculo# (processo) (D)	B – baixa orientação F – forte orientação
Coordenação (EF) Integração de cuidados (processo) (E) Sistema de informações (estrutura) (F)	B – baixa orientação F – forte orientação
Integralidade (GH) Serviços disponíveis (estrutura) (G) Serviços prestados (processo) (H)	B – baixa orientação F – forte orientação
Orientação familiar (I)	B – baixa orientação F – forte orientação
Orientação comunitária (J)	B – baixa orientação F – forte orientação
Escore essencial (A+B+C+D+E+F+G+H)	B – baixa orientação F – forte orientação
Escore geral (A+B+C+D+E+F+G+H+I+J)	B – baixa orientação F – forte orientação
Escore $\geq 6,6$ – forte orientação para APS Escore $< 6,6$ – baixa orientação para APS	
* as definições dessas variáveis são as contidas na definição de B.Starfield, conforme apresentado no Referencial teórico. # no instrumento esse componente é denominado longitudinalidade (D), mas para não confundir com o atributo longitudinalidade (AD), optou-se pela adoção do termo vínculo.	

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram submetidos à digitação dupla, por pessoas diferentes, e validação, utilizando-se os programas SPSS versão 10.0 (SPSS Inc. Chicago, EUA) e o programa Excel 2000 (Microsoft Corp. EUA).

Tanto a frequência das ICSAP, no universo das internações, como as características do perfil da amostra foram descritas em proporções.

Os atributos foram analisados pelo escore sintético, como descrito abaixo, entretanto, para os componentes Grau de afiliação (A) e Utilização (B), além do escore sintético optou-se por também se analisar as questões que compõem esses itens separadamente, dada a importância dessas infor-

mações para a discussão dos achados.

Para cada questionário preenchido foi calculado o escore de cada um dos atributos da APS, o escore essencial de APS e o escore geral de APS, de acordo com as orientações para cálculo dos escores contidas no Manual do Instrumento de Atenção Primária à Saúde – PCATool-Brasil (Brasil, 2010). Dessa forma, foram seguidos os seguintes passos nos cálculos dos escores:

1º. Inversão dos valores das questões (C2, C4, C5, D11) formuladas de maneira que quanto maior o valor atribuído, menor a orientação ao atributo avaliado. Nessas questões, os valores foram invertidos: valor 4 = 1, valor 3 = 2, valor 2 = 3 e valor 1 = 4;

2º. Cálculo do escore de cada atributo para cada entrevistado, considerando-se válido apenas se o número de respostas “não sei/não lembro” tivesse sido menor que 50% dos itens daquele atributo. Nesses casos, o valor 9 foi substituído por 2. De acordo com o Manual, essa transformação é necessária para pontuar negativamente as características do serviço não conhecidas pelo entrevistado. Quando o número de respostas em branco ou com valor = 9 (não sei/não lembro) foi maior ou igual a 50% das questões de determinado atributo, o escore não foi calculado para esse entrevistado, permanecendo em branco no banco de dados. Isso justifica os diferentes números de respostas válidas (n) em cada componente estudado;

3º. Transformação dos escores obtidos em escala de 0 a 10. Essa transformação foi feita utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{ESCORE OBTIDO} - 1) \times 10}{3}$$

4º. Os valores dos escores foram considerados:

Valores $\geq 6,6$ – forte orientação para APS

Valores $< 6,6$ – baixa orientação para APS

O grau de afiliação espelha o quanto o paciente se sente “pertencente” ao serviço e é formado por 3 perguntas: se há um serviço de saúde geralmente procurado quando há necessidade, se há um serviço que conhece melhor a criança ou adolescente e se há um serviço que é considerado como o responsável pelo atendimento da criança ou adolescente. A pontuação desse componente depende do quanto há concordância nas 3 respostas acima. Como o nosso foco de avaliação eram as UBS, consideramos apenas as respostas referentes a esses serviços. Dessa forma a pontuação foi 4 quando as três respostas eram a UBS, 3 quando a UBS era a resposta a duas questões, 2 quando era a resposta a uma questão e 1 quando não era a resposta a nenhuma das três questões.

O valor do escore de cada atributo foi calculado como descrito anteriormente, sendo apresentados tanto os valores obtidos, com os respectivos desvio-padrão, como a classificação em baixa / forte orientação à APS.

As entrevistas qualitativas foram transcritas e categorizadas utilizando-se o software N-Vivo 9. Para a análise utilizou-se a técnica de análise de conteúdo segundo categorias temáticas e foram utilizadas para complementar a discussão a respeito dos resultados quantitativos.

6.7.1 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para cada um das dimensões analisadas, comparou-se a proporção do grau de orientação à APS (baixa / forte) em relação a cada variável estudada utilizando-se os testes qui-quadrado de Pearson's e o teste exato de Fisher, sendo adotado como nível de significância o $p < 0,05$.

Posteriormente à descrição e análise bivariada, foi construído o modelo

hierárquico explicativo final do valor geral de orientação da APS. Para isso, foi realizada uma análise multivariada pelo modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Iniciando-se pelo nível distal, foram incluídas apenas as variáveis que tiveram $p < 0,20$ na análise bivariada. Foram relatados a razão de prevalência (RP), o intervalo de confiança (IC) e o p-valor, considerando significativo o $p < 0,05$.

Para a comparação entre as avaliações feitas pelos usuários e pelos profissionais também foram realizados os testes qui-quadrado de Pearson's e o teste exato de Fisher e considerado como nível de significância o $p < 0,05$.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (CEP HU-USP) (apêndice C) e, para a realização das entrevistas com os profissionais, foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo (apêndice D).

Previamente à coleta de dados, foi obtida a autorização dos responsáveis pela enfermagem pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, do Coordenador de Saúde da região do Butantã e dos responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde participantes.

Todos os participantes, usuários e profissionais, receberam informações claras sobre o estudo e somente foram entrevistados aqueles que concordaram e assinaram o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndices A e B).

6.9 FINANCIAMENTO

O projeto foi submetido ao edital 014/2010 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado sob o número 480932/2010-7, contando com o financiamento dos custos previstos no orçamento apresentado.

| RESULTADOS _

7 RESULTADOS

7.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO UNIVERSO DAS INTERNAÇÕES

No período de 1º de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2011 ocorreram 2031 internações na enfermaria pediátrica do HU-USP. Dessas, 1325 (65,2%) foram ICSAP. A proporcionalidade das ICSAP variou com a faixa etária (tabela 1).

Tabela 1: Proporcionalidade das causas de internação conforme a faixa etária

FAIXA ETÁRIA	Nº TOTAL DE INTERNAÇÕES	INTERNAÇÕES POR CSAP	INTERNAÇÕES POR OUTROS DIAGNÓSTICOS
0 a 11m 29d	694 (34,2%)	530 (76,4%)	164 (23,6%)
1 - 4a 11m 29d	633 (31,2%)	439 (69,3%)	194 (30,7%)
5 - 9 a 11m 29d	376 (18,5%)	219 (58,2%)	157 (41,8%)
10 - 14a	328 (16,1%)	137 (41,8%)	191 (58,2%)
Total	2031	1325 (65,2%)	706 (34,8%)

Dos 2031 pacientes internados na enfermaria em 2011, 58% eram do sexo masculino. A idade variou de 6 dias a 15 anos e 11 meses, com uma mediana de 29,8 meses. O tempo de permanência hospitalar variou de menos de 24 horas a 73 dias, com uma média de 4,8 dias de internação.

7.2 PERFIL DA AMOSTRA DE USUÁRIOS

ENTREVISTADOS PARA A ANÁLISE QUANTITATIVA

Foram realizadas 501 entrevistas, sendo que as mães foram as principais informantes, respondendo a 87% dos questionários. As características sociodemográficas dos pacientes incluídos no estudo estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2: Características sociodemográficas dos pacientes incluídos no estudo (n = 501)

	n	%
Sexo		
Masculino	289	57,7
Feminino	212	42,3
Idade	Variou de 20 dias a 14 anos	Mediana = 15,6 meses
0 a 11m e 29d	215	42,9
1 ano a 4a 11m e 29d	169	33,7
5 anos a 9a 11m e 29d	78	15,6
10 a 14 anos	39	7,8
Raça		
Brancos	274	54,7
Pardos	189	37,7
Negros	37	7,4
Amarelos	1	0,2
Escolaridade materna		
Sem escolaridade	8	1,6
Fundamental incompleto	146	29,1
Fundamental completo	68	13,6
Médio incompleto	83	16,6
Médio completo	178	35,5
Superior	18	3,6
Renda familiar		
Menos de ½ SM	13	2,6
½ a menos de 1 SM	60	12
1 a menos de 2 SM	194	38,7
2 a menos de 5 SM	184	36,7
5 SM ou mais	14	2,8
Não sabe informar	36	7,2

Entre os pacientes da amostra, o tempo de hospitalização variou de 1 a 42 dias, com média de 4,9 dias de permanência hospitalar. As doenças respiratórias corresponderam à grande maioria dos diagnósticos de admissão (gráfico 5). Em relação ao tipo de ICSAP, 409 (82%) dos casos foram classificados como agudos, 90 (18%) como crônicos e apenas 2 casos como

doenças imunopreveníveis.

Gráfico 5: Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico de admissão (n = 501)

O gráfico 6 representa o serviço que indicou a internação do paciente.

Gráfico 6: Distribuição da amostra de acordo com o serviço que indicou a internação (n = 501)

Em relação ao modelo de atenção recebido pelos pacientes, 39% da amostra estava sob os cuidados da ESF (gráfico 7).

Gráfico 7: Distribuição da amostra de acordo com o modelo de atenção recebida pelo paciente (n = 501).

A distribuição das entrevistas realizadas de acordo com a UBS de referência estão representadas no gráfico 8.

Gráfico 8: Número de entrevistas conforme a UBS de referência (n = 501)

7.3 PERFIL DOS SERVIÇOS – UBS AVALIADAS

As características da UBS, de acordo com os questionários preenchidos pelos gestores, estão apresentadas na tabela 3.

Tabela 3: Caracterização das UBS de acordo com os questionários respondidos pelos gestores (n = 14)

PARA AS UBS COM MODELO ESF OU MISTO														NÚMERO DE PROFISSIONAIS					
UBS	População coberta	Tem atividade de ensino?	Modelo de atenção	Desde quando atende ESF/misto?	Situação de cadastramento	Número de equipes	Tem PACs?	Médicos	Enfermeiros	Auxiliares de enfermagem	Agentes comunitários	Pediatras	Tem vínculo com AMA?						
1	20.000	Sim	ESF	2001	Concluído	6	Sim	6	8	14	36	2	Não						
2	27.172	Sim	Misto	2003	Concluído	6	Sim	11	7	20		1	Sim						
3	15.842	Sim	Misto	2001	Concluído	5	Sim	12	6	11	28	2	Não						
4	15.284	Sim	ESF	2009	Mais da metade da população	4	Não	5	6	11	24	1	Não						
5	29.000	Sim	Misto	2009	Concluído	6	Não	11	7	19	36	2	Sim						
6	65.000	Não	Misto	2010	Concluído	4	Sim	4	4	8	24	3	Sim						
7	25.271	Não	Tradicional	-	-	-	Não	15	3	19	-	2	Sim						
8	37.520	Não	Tradicional	-	-	-	Não	7	2	13	-	3	Não						
9	25.000	Não	Tradicional	-	-	-	Não		2	15	-	3	Não						
10	50.000	Não	Tradicional	-	-	-	Não	11	2	8	-	5	Não						
11		Não	Tradicional	-	-	-	Não	5	2	12	-	2	Não						
12	24.000	Não	Tradicional	-	-	-	Não	11	3	13	-	3	Não						
13	19.000	Não	Misto	2009	Concluído	2	Sim	7	3	9	8	2	Não						
14	36.600	Não	Misto	2011	Em fase inicial	3	Não	8	4	12	18	2	Não						

continua

Tabela 3 - continuação

UBS	As instalações físicas são adequadas?	Por que?	Os equipamentos são adequados?	Por que?	A dispensação de medicamentos é adequada?	Por que?	O acesso a exames é adequado?	Por que?
1	Sim		Sim		Sim		Sim	
2	Não	Falta espaço	Não	Falta equipamentos	Sim		Não	Demanda maior que oferta
3	Não	Elevador desativado	Sim		Sim		Sim	
4	Não	Falta espaço, rampa e sinalização	Sim		Sim		Sim	
5	Não	Falta espaço e rampa	Não	Falta materiais e equipamentos	Sim		Sim	
6	Não	Falta rampa	Sim		Sim		Não	Tempo de espera é grande
7	Não	Acesso ruim	Não	Falta equipamentos	Não	Falta da cesta básica	Não	Falta vagas para média complexidade
8	Não	Acesso ruim	Não	Falta recursos humanos	Não	Instalações ruins e demanda grande	Não	Não há fluxo contínuo. Falta gente para acessar o SIGA.
9	Não	Acesso ruim	Não	Falta desfibrilador	Sim		Sim	
10	Sim		Não	Equipamentos antigos e sem manutenção	Sim		Não	Falta vagas
11	Não	Falta espaço	Não	Insuficientes e ultrapassados	Sim		Sim	
12	Não	Falta elevador	Não	Equipamentos antigos	Sim		Sim	
13	Não	Falta espaço	Não	Falta equipamentos	Sim		Não	Fila de espera é grande
14	Não	Falta espaço	Não	Insuficientes e ultrapassados	Não	Não está adequada à legislação	Não	É difícil agendar

continua

Tabela 3 - continuação

UBS	O acesso a serviços especializados é adequado?	Por que?	Tem serviço de emergência de retaguarda?	Tem serviço de internação hospitalar de retaguarda?	Horário de funcionamento	Tem encaixe para pacientes sem consulta agendada e com queixa aguda?
1	Sim		Sim	Sim	7:00 às 18:00	Sim
2	Não	Demanda maior que oferta	Sim	Sim	7:00 às 18:00	Sim
3	Não	Dificuldade de transporte	Sim	Sim	7:00 às 18:00	Sim
4	Sim		Sim	Não	7:00 às 18:00	Sim
5	Não	Falta vagas e locais distantes	Sim	Não	7:00 às 18:00	Sim
6	Não	Falta vagas	Sim	Sim	7:00 às 18:00	Sim
7	não	Falta vagas e locais distantes	Sim	Sim	7:00 às 19:00	Sim
8	Não	Falta vagas	Sim	Não	7:00 às 19:00	Sim
9	Sim		Sim	Não	7:00 às 19:00	Sim
10	Não	Fila de espera é grande	Sim	Sim	7:00 às 19:00	Sim
11	Sim		Sim	Não	7:00 às 19:00	Sim
12	Não	Fila de espera é grande	Sim	Sim	7:00 às 19:00	Sim
13	Não	Falta vagas	Sim	Sim	7:00 às 19:00	Sim
14	Não	Demora e os locais são distantes	Sim	Não	7:00 às 19:00	Sim

7.4 ESCORES OBTIDOS NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Os escores obtidos e o grau de orientação para a APS de cada um dos atributos avaliados estão apresentados na tabela 4 e no gráfico 9. A seguir, serão apresentados os resultados de cada atributo em separado.

Tabela 4: Valores dos escores e grau de orientação à APS para cada um dos atributos segundo a perspectiva dos usuários.

ATRIBUTO	NÚMERO DE ENTREVISTAS VÁLIDAS	ESCORE (0 – 10) ± DP	GRAU DE ORIENTAÇÃO À APS
Acesso de primeiro contato (BC)	484	4,97 ± 1,87	Baixa
Utilização (processo) (B)	501	6,07 ± 2,45	Baixa
Acessibilidade (estrutura) (C)	484	3,78 ± 2,43	Baixa
Longitudinalidade (AD)	492	4,93 ± 2,53	Baixa
Grau de afiliação (estrutura) (A)	501	3,03 ± 3,94	Baixa
Vínculo (processo) (D)	492	6,79 ± 2,08	Alta
Coordenação (EF)	112	6,61 ± 2,27	Alta
Integração de cuidados (processo) (E)	116	5,27 ± 3,55	Baixa
Sistema de informações (estrutura) (F)	483	7,87 ± 1,66	Alta
Integralidade (GH)	437	6,11 ± 2,24	Baixa
Serviços disponíveis (estrutura) (G)	451	6,27 ± 1,49	Baixa
Serviços prestados (processo) (H)	484	5,79 ± 3,86	Baixa
Orientação familiar (I)	489	4,19 ± 3,03	Baixa
Orientação comunitária (J)	451	4,21 ± 3,04	Baixa
Escore Essencial (A+B+C+D+E+F+G+H)	492	5,64 ± 1,62	Baixa
Escore Geral (A+B+C+D+E+F+G+H+I+J)	494	5,33 ± 1,66	Baixa

Gráfico 9: Valores dos escores para cada um dos atributos segundo a perspectiva dos usuários.

7.4.1 ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO E SEUS COMPONENTES

A tabela 5 apresenta os resultados, para o atributo Acesso de primeiro contato (BC) e seus respectivos componentes de processo – Utilização (B) – e de estrutura – Acessibilidade (C), da análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as variáveis independentes. A seguir (tabela 6), é apresentada uma análise individual das respostas para cada uma das questões do componente Utilização (B), em relação ao modelo de atenção, por sua importância na discussão dos resultados.

Tabela 5: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Acesso de primeiro contato (BC) e seus componentes: Utilização (B) e Acessibilidade (C)

	ACESSO (BC)			UTILIZAÇÃO (B)			ACESSIBILIDADE (C)		
	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p*	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p*	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p*
Idade									
0 a 11m e 29d	381 (79)	103 (21)	0,4123	190 (38)	311 (62)	0,1195	405 (84)	79 (16)	0,008057 0,00627
1 ano a 4a 11m e 29d	157 (75)	52 (25)	0,4315	89 (41)	126 (59)	0,1149	163 (78)	46 (22)	
5 anos a 9a 11m e 29d	134 (82)	30 (18)		52 (31)	117 (69)		143 (87)	21 (13)	
10 a 14 anos	61 (81)	14 (19)		34 (44)	44 (56)		70 (93)	5 (7)	
	29 (81)	7 (19)		15 (38)	24 (62)		29 (81)	7 (19)	
Escolaridade materna									
sem escolaridade	379 (79)	102 (21)	0,4121	189 (38)	309 (62)	0,7925	403 (84)	78 (16)	0,7457 0,7301
fund. incompleto	5 (71)	2 (29)	0,3286	4 (50)	4 (50)	0,7956	6 (86)	1 (14)	
fund. completo	118 (85)	21 (15)		58 (40)	87 (60)		119 (86)	20 (14)	
médio incompleto	53 (79)	14 (21)		28 (42)	39 (58)		54 (81)	13 (19)	
médio completo	60 (74)	21 (26)		31 (37)	52 (63)		64 (79)	17 (21)	
superior	131 (77)	40 (23)		63 (36)	114 (64)		146 (85)	25 (15)	
	12 (75)	4 (25)		5 (28)	13 (72)		14 (88)	2 (13)	
Renda familiar									
até 1/2 SM	356 (79)	94 (21)	0,7237	177 (38)	288 (62)	0,1301	382 (85)	68 (15)	0,0919 0,1271
de 1/2 a menos de 1SM	9 (69)	4 (31)	0,7340	2 (15)	11 (85)	0,1394	8 (62)	5 (38)	
1 a menos de 2 SM	46 (78)	13 (22)		24 (40)	36 (60)		51 (86)	8 (14)	
2 a menos de 5 SM	151 (80)	38 (20)		74 (38)	120 (62)		159 (84)	30 (16)	
mais de 5 SM	139 (79)	38 (21)		68 (37)	116 (63)		152 (86)	25 (14)	
	11 (92)	1 (8)		9 (64)	5 (36)		12 (100)	0 (0)	
Caráter do diagnóstico									
agudo	381 (79)	102 (21)	0,0325	189 (38)	310 (62)	0,5345	405 (84)	78 (16)	0,8432 0,7468
crônico	321 (81)	76 (19)	0,0285	158 (39)	251 (61)	0,4745	334 (84)	63 (16)	
	60 (70)	26 (30)		31 (34)	59 (66)		71 (83)	15 (17)	
Modelo de atenção									
ESF	381 (79)	103 (21)	0,0347	189 (38)	311 (62)	0,2601	405 (84)	79 (16)	0,3574 0,3146
Não ESF	139 (74)	50 (26)	0,0305	68 (35)	129 (65)	0,2574	154 (81)	35 (19)	
	242 (82)	53 (18)		121 (40)	182 (60)		251 (85)	44 (15)	

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

Tabela 6: Análise das respostas de cada questão do componente Utilização (B) de acordo com o modelo de atenção

	NÃO n (%)	SIM n (%)	TOTAL n (%)	p-VALOR*
Questão1 - Quando a sua criança necessita de consulta de revisão/rotina, você vai ao serviço de APS antes de ir a outro serviço?				
ESF	14 (7)	183 (93)	197 (39)	0,3068
NÃO ESF	31 (10)	273 (90)	304 (61)	0,2657
TOTAL	45 (9)	456 (91)	501 (100)	
Questão 2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao serviço de APS antes de ir a outro serviço?				
ESF	132 (67)	65 (33)	197 (39)	0,0001
NÃO ESF	251 (83)	53 (17)	304 (61)	0,0001
TOTAL	383 (76)	118 (24)	501 (100)	
Questão 3 - Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o médico o serviço de APS tem que encaminhá-la obrigatoriamente?				
ESF	68 (35)	129 (65)	197 (39)	0,7802
NÃO ESF	100 (33)	204 (67)	304 (61)	0,7714
TOTAL	168 (34)	333 (66)	501 (100)	

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

7.4.2 LONGITUDINALIDADE E SEUS COMPONENTES.

As análises bivariadas para o atributo longitudinalidade (AD) e seus componentes de estrutura (grau de afiliação – A) e de processo (vínculo – D) estão descritas na tabela 7.

Tabela 7: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Longitudinalidade (AD) e seus componentes: Grau de afiliação (A) e Vínculo (D)

	LONGITUDINALIDADE (AD)			GRAU DE AFILIAÇÃO (A)			VÍNCULO (D)		
	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p
Idade									
0 a 11m e 29d	347 (71)	145 (29)	0,1001	341 (68)	160 (32)	0,0825	180 (37)	312 (63)	0,1588
1 ano a 4a 11m e 29d	139 (66)	72 (34)	0,09928	136 (63)	79 (37)	0,0823	66 (31)	145 (69)	0,1529
5 anos a 9a 11m e 29d	119 (71)	49 (29)		115 (68)	54 (32)		65 (39)	103 (61)	
10 a 14 anos	62 (81)	15 (19)		61 (78)	17 (22)		34 (44)	43 (56)	
	27 (75)	9 (25)		29 (74)	10 (26)		15 (42)	21 (58)	
Escolaridade materna									
sem escolaridade	344 (70)	145 (30)	0,7025	338 (68)	160 (32)	0,9668	180 (37)	309 (63)	0,4980
fund. incompleto	7 (88)	1 (13)	0,7347	6 (75)	2 (25)	0,9684	4 (50)	4 (50)	0,4799
fund. completo	104 (73)	38 (27)		101 (70)	44 (30)		51 (36)	91 (64)	
médio incompleto	43 (65)	23 (35)		43 (64)	24 (36)		19 (29)	47 (71)	
médio completo	55 (67)	27 (33)		55 (66)	28 (34)		28 (34)	54 (66)	
superior	123 (71)	51 (29)		121 (68)	56 (32)		70 (40)	104 (60)	
	12 (71)	5 (29)		12 (67)	6 (33)		8 (47)	9 (53)	
Renda familiar									
até 1/2 SM	322 (71)	134 (29)	0,6898	317 (68)	148 (32)	0,4422	175 (38)	281 (62)	0,4120
de 1/2 a menos de 1 SM	9 (69)	4 (31)	0,6552	7 (54)	6 (46)	0,4302	8 (62)	5 (38)	0,4125
1 a menos de 2 SM	37 (64)	21 (36)		36 (60)	24 (40)		21 (36)	37 (64)	
2 a menos de 5 SM	142 (74)	51 (26)		137 (71)	57 (29)		71 (37)	122 (63)	
mais de 5 SM	126 (70)	54 (30)		127 (69)	57 (31)		69 (38)	111 (62)	
	8 (67)	4 (33)		10 (71)	4 (29)		6 (50)	6 (50)	
Caráter do diagnóstico									
agudo	345 (70)	145 (30)	0,9501	339 (68)	160 (32)	0,7348	179 (37)	311 (63)	0,4204
crônico	284 (70)	119 (30)	1,0000	276 (67)	133 (33)	0,7089	151 (37)	252 (63)	0,3913
	61 (70)	26 (30)		63 (70)	27 (30)		28 (32)	59 (68)	
Modelo de atenção									
ESF	347 (71)	145 (29)	0,0006	341 (68)	160 (32)	0,0001	180 (37)	312 (63)	0,1707
Não ESF	120 (62)	75 (38)	0,0006	114 (58)	83 (42)	0,0001	79 (41)	116 (59)	0,1520
	227 (76)	70 (24)		227 (75)	77 (25)		101 (34)	196 (66)	

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

Assim como foi feito para o componente Utilização, optou-se por apresentar separadamente as respostas para as três perguntas referentes ao Grau de afiliação (A).

Quando perguntados se “Há um serviço de saúde onde geralmente leva a criança quando ela está doente ou necessita de algum conselho de saúde” (pergunta A1) 79,2% da amostra respondeu que sim. O gráfico 10 representa a distribuição de qual é o tipo de serviço procurado de acordo com o modelo de atenção.

Gráfico 10: Tipo de serviço procurado quando a criança ou adolescente fica doente / necessita de algum conselho, de acordo com o modelo de atenção

A proporção de usuários que respondeu que “há um serviço que conhece melhor a criança ou adolescente como pessoa” (pergunta A2) foi menor, 59,3%. O gráfico 11 representa qual é considerado o serviço que conhece melhor a criança ou adolescente de acordo com o modelo de atenção.

Gráfico 11: Tipo de serviço considerado como o que melhor conhece a criança ou adolescente como pessoa de acordo com o modelo de atenção.

Para a pergunta A3, 58,5% da amostra considerou que “há algum serviço que é o mais responsável pelo atendimento de saúde da criança ou adolescente” e esse serviço variou de acordo com o modelo de atenção recebido (gráfico 12).

Gráfico 12: Tipo de serviço considerado como o mais responsável pelo atendimento da criança ou adolescente de acordo com o modelo de atenção.

7.4.3 COORDENAÇÃO E SEUS COMPONENTES

Os resultados das análises bivariadas para o atributo Coordenação (EF) e seus componentes de processo – Integração de cuidados (E) e de estrutura – Sistema de informações (F) estão apresentados na tabela 8.

Tabela 8: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Coordenação (EF) e seus componentes: Integração de cuidados (E) e Sistema de Informações (F)

	COORDENAÇÃO (EF)			INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS (E)			SISTEMA DE INFORMAÇÕES (F)		
	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p
Idade									
0 a 11m e 29d	53 (47)	59 (53)	0,8836	67 (58)	49 (42)	0,3686	41 (8)	442 (92)	0,01609
1 ano a 4a 11m e 29d	16 (53)	14 (47)	0,8890	22 (71)	9 (29)	0,3504	11 (5)	197 (95)	0,01953
5 anos a 9a 11m e 29d	24 (46)	28 (54)		28 (54)	24 (46)		14 (8)	153 (92)	
10 a 14 anos	10 (43)	13 (57)		12 (50)	12 (50)		13 (17)	62 (83)	
	3 (43)	4 (57)		5 (56)	4 (44)		3 (9)	30 (91)	
Escolaridade materna									
sem escolaridade	53 (48)	57 (52)	0,5712	67 (59)	47 (41)	0,4713	41 (9)	439 (91)	0,2685
fund. incompleto	0 (0)	1 (100)	0,6112	0 (0)	1 (100)	0,4788	0 (0)	8 (100)	0,2600
fund. completo	17 (53)	15 (47)		19 (58)	14 (42)		11 (8)	128 (92)	
médio incompleto	7 (47)	8 (53)		11 (73)	4 (27)		2 (3)	63 (97)	
médio completo	4 (31)	9 (69)		6 (46)	7 (54)		11 (14)	69 (86)	
superior	23 (53)	20 (47)		28 (62)	17 (38)		15 (9)	157 (91)	
	2 (33)	4 (67)		3 (43)	4 (57)		2 (13)	14 (88)	
Renda familiar									
até 1/2 SM	50 (49)	52 (51)	0,2848	64 (60)	42 (40)	0,5367	40 (9)	407 (91)	0,2430
de 1/2 a menos de 1 SM	4 (67)	2 (33)	0,3074	4 (67)	2 (33)	0,6145	0 (0)	13 (100)	0,3064
1 a menos de 2 SM	7 (47)	8 (53)		8 (53)	7 (47)		4 (7)	54 (93)	
2 a menos de 5 SM	20 (56)	16 (44)		24 (65)	13 (35)		18 (9)	172 (91)	
mais de 5 SM	17 (40)	26 (60)		25 (56)	20 (44)		15 (9)	159 (91)	
	2 (100)	0 (0)		3 (100)	0 (0)		3 (25)	9 (75)	
Caráter do diagnóstico									
agudo	52 (47)	59 (53)	0,3408	66 (57)	49 (43)	0,2589	41 (9)	440 (91)	0,9424
crônico	42 (50)	42 (50)	0,2737	53 (61)	34 (39)	0,1941	33 (8)	362 (92)	0,8310
	10 (37)	17 (63)		13 (46)	15 (54)		8 (9)	78 (91)	
Modelo de atenção									
ESF	53 (47)	59 (53)	0,2260	67 (58)	49 (42)	0,5619	41 (8)	442 (92)	0,6261
Não ESF	14 (38)	23 (62)	0,1668	20 (53)	18 (47)	0,5483	18 (10)	171 (90)	0,5089
	39 (52)	36 (48)		47 (60)	31 (40)		23 (8)	271 (92)	

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

7.4.4 INTEGRALIDADE E SEUS COMPONENTS

A tabela 9 traz os resultados da análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as variáveis independentes para o atributo Integralidade (GH) e seus componentes de estrutura – Serviços disponíveis (G) – e de processo – Serviços prestados (H).

Tabela 9: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o atributo Integralidade (GH) e seus componentes: Serviços disponíveis (G) e Serviços prestados (H)

	INTEGRALIDADE (GH)			SERVIÇOS DISPONÍVEIS (G)			SERVIÇOS PRESTADOS (H)		
	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p
Idade									
0 a 11 m e 29 d	224 (51)	213 (49)	0,2291	251 (56)	200 (44)	0,9955	245 (51)	239 (49)	0,5895
1 ano a 4a 11m e 29d	110 (56)	87 (44)	0,2293	113 (56)	90 (44)	0,9973	112 (54)	96 (46)	0,5906
5 anos a 9a 11m e 29d	67 (45)	83 (55)		85 (56)	68 (44)		77 (47)	88 (53)	
10 a 14 anos	31 (52)	29 (48)		34 (55)	28 (45)		38 (50)	38 (50)	
	16 (53)	14 (47)		19 (58)	14 (42)		18 (51)	17 (49)	
Escolaridade materna									
sem escolaridade	222 (51)	212 (49)	0,1942	248 (55)	200 (45)	0,1921	243 (51)	238 (49)	0,2288
fund. incompleto	4 (67)	2 (33)	0,1972	4 (67)	2 (33)	0,1859	5 (63)	3 (38)	0,2277
fund. completo	62 (47)	69 (53)		63 (48)	69 (52)		72 (50)	71 (50)	
médio incompleto	26 (41)	38 (59)		33 (51)	32 (49)		25 (38)	41 (62)	
médio completo	37 (53)	33 (47)		44 (59)	31 (41)		38 (49)	40 (51)	
superior	84 (56)	66 (44)		97 (62)	59 (38)		93 (55)	77 (45)	
	9 (69)	4 (31)		7 (50)	7 (50)		10 (63)	6 (38)	
Renda familiar									
até 1/2 SM	206 (51)	197 (49)	0,5242	230 (55)	187 (45)	0,2850	227 (51)	221 (49)	0,7472
de 1/2 a menos de 1 SM	6 (55)	5 (45)	0,5293	8 (73)	3 (27)	0,2910	6 (46)	7 (54)	0,7603
1 a menos de 2 SM	25 (48)	27 (52)		23 (43)	30 (57)		31 (53)	27 (47)	
2 a menos de 5 SM	84 (48)	92 (52)		96 (55)	80 (45)		94 (48)	100 (52)	
mais de 5 SM	84 (55)	70 (45)		96 (58)	69 (42)		88 (51)	83 (49)	
	7 (70)	3 (30)		7 (58)	5 (42)		8 (67)	4 (33)	
Caráter do diagnóstico									
agudo	222 (51)	213 (49)	0,2253	249 (55)	200 (45)	0,0904	243 (50)	239 (50)	0,2478
crônico	189 (53)	171 (48)	0,2047	213 (57)	158 (43)	0,0795	205 (52)	191 (48)	0,2343
	33 (44)	42 (56)		36 (46)	42 (54)		38 (44)	48 (56)	
Modelo de atenção									
ESF	224 (51)	213 (49)	0,0901	251 (56)	200 (44)	0,8111	245 (51)	239 (49)	0,1815
Não ESF	77 (46)	91 (54)	0,0773	94 (55)	78 (45)	0,7701	90 (47)	103 (53)	0,1643
	147 (55)	122 (45)		157 (56)	122 (44)		155 (53)	136 (47)	

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

7.4.5 ORIENTAÇÃO FAMILIAR (I) E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (J)

A seguir apresenta-se a tabela com o resultado da análise bivariada para os atributos derivados – Orientação familiar (I) e Orientação Comunitária (J) (tabela 10).

Tabela 10: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para os atributos derivados – Orientação familiar (I) e Orientação comunitária (J)

	ORIENTAÇÃO FAMILIAR (I)			ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (J)		
	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p
Idade						
0 a 11 m e 29 d	359 (73)	130 (27)	0,5966	321 (71)	130 (29)	0,9081
1 ano a 4a 11m e 29d	154 (73)	57 (27)	0,5965	136 (71)	56 (29)	0,9200
5 anos a 9a 11m e 29d	122 (73)	44 (27)		109 (70)	47 (30)	
10 a 14 anos	60 (78)	17 (22)		50 (75)	17 (25)	
	23 (66)	12 (34)		26 (72)	10 (28)	
Escolaridade materna						
sem escolaridade	359 (74)	127 (26)	0,2803	320 (71)	129 (29)	0,5660
fund. incompleto	5 (71)	2 (29)	0,2798	6 (75)	2 (25)	0,5614
fund. completo	107 (75)	35 (25)		88 (66)	45 (34)	
médio incompleto	41 (62)	25 (38)		47 (73)	17 (27)	
médio completo	58 (73)	22 (28)		61 (78)	17 (22)	
superior	134 (77)	39 (23)		108 (72)	43 (28)	
	14 (78)	4 (22)		10 (67)	5 (33)	
Renda familiar						
até 1/2 SM	337 (74)	116 (26)	0,8526	299 (71)	121 (29)	0,1938
de 1/2 a menos de 1 SM	10 (77)	3 (23)	0,8564	9 (75)	3 (25)	0,1782
1 a menos de 2 SM	39 (68)	18 (32)		33 (61)	21 (39)	
2 a menos de 5 SM	143 (74)	49 (26)		124 (69)	55 (31)	
mais de 5 SM	135 (76)	43 (24)		124 (77)	37 (23)	
	10 (77)	3 (23)		9 (64)	5 (36)	
Caráter do diagnóstico						
agudo	357 (73)	130 (27)	0,2528	319 (71)	130 (29)	0,9897
crônico	298 (75)	102 (26)	0,2287	261 (71)	107 (29)	0,9999
	59 (68)	28 (32)		58 (72)	23 (28)	
Modelo de atenção						
ESF	359 (73)	130 (27)	0,0068	321 (71)	130 (29)	0,0000
Não ESF	129 (66)	65 (34)	0,0064	96 (53)	86 (47)	0,0000
	230 (78)	65 (22)		225 (84)	44 (16)	

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

7.4.6 ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL

As análises bivariadas entre o grau de orientação à APS e as variáveis independentes (características relacionadas ao paciente e modelo de atenção) para o Escore Essencial, que sintetiza os quatro atributos essenciais, e para o Escore Geral, que sintetiza todos os escores, estão descritas na tabela 11.

O modelo hierárquico final, com a análise multivariada, para o Escore Geral é apresentado na tabela 12.

Tabela 11: Análise bivariada entre o grau de orientação à APS e as características do paciente e do modelo de atenção para o Escore Essencial e para o Escore Geral

	ESCORE ESSENCIAL			ESCORE GERAL		
	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	p
Idade						
0 a 11 m e 29 d	346 (70)	146 (30)	0,03241	380 (77)	114 (23)	0,1254
1 ano a 4a 11m e 29d	137 (65)	74 (35)	0,03094	157 (74)	56 (26)	0,1078
5 anos a 9a 11m e 29d	118 (70)	50 (30)		129 (77)	39 (23)	
10 a 14 anos	63 (82)	14 (18)		67 (87)	10 (13)	
	28 (78)	8 (22)		27 (75)	9 (25)	
Escolaridade materna						
sem escolaridade	343 (70)	146 (30)	0,2668	379 (77)	112 (23)	0,3146
fund. incompleto	7 (88)	1 (13)	0,2868	7 (88)	1 (13)	0,3414
fund. completo	104 (73)	39 (27)		112 (78)	31 (22)	
médio incompleto	39 (59)	27 (41)		44 (67)	22 (33)	
médio completo	56 (68)	26 (32)		62 (76)	20 (24)	
superior	126 (73)	47 (27)		140 (80)	34 (20)	
	11 (65)	6 (35)		14 (78)	4 (22)	
Renda familiar						
até 1/2 SM	323 (71)	133 (29)	0,9337	352 (77)	106 (23)	0,9312
de 1/2 a menos de 1 SM	10 (77)	3 (23)	0,9361	10 (77)	3 (23)	0,9130
1 a menos de 2 SM	39 (67)	19 (33)		43 (74)	15 (26)	
2 a menos de 5 SM	139 (72)	54 (28)		153 (79)	41 (21)	
mais de 5 SM	127 (71)	53 (29)		136 (76)	44 (24)	
	8 (67)	4 (33)		10 (77)	3 (23)	
Caráter do diagnóstico						
agudo	344 (70)	146 (30)	0,3551	378 (77)	114 (23)	0,9756
crônico	287 (71)	116 (29)	0,3028	311 (77)	93 (23)	0,8893
	57 (66)	30 (34)		67 (76)	21 (24)	
Modelo de atenção						
ESF	346 (70)	146 (30)	0,0016	380 (77)	114 (23)	0,0000
Não ESF	121 (62)	74 (38)	0,0013	132 (67)	65 (33)	0,0000
	225 (76)	72 (24)		248 (84)	49 (16)	

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

Tabela 12: Modelo hierárquico final para o Escore Geral - Análise multivariada pela regressão de Poisson de variância robusta

	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	Razão de prevalência	Intervalo de confiança	p
NÍVEL DISTAL					
FAIXA ETÁRIA					
MENOR QUE 1 ANO	157 (41)	56 (49)	1,31	1,08 – 1,59	0,1677
1 ANO OU MAIS	223 (59)	58 (51)	1		
DIAGNÓSTICO					
AGUDO	311 (82)	93 (82)	1	0,88 – 1,46	0,6259
CRÔNICO	67 (18)	21 (18)	1,13		
NÍVEL PROXIMAL					
MODELO DE ATENÇÃO					
NÃO ESF	248 (65)	49 (43)	1	1,68 – 2,45	0,0002
ESF	132 (35)	65 (57)	2,02		

7.5 COMPARAÇÃO ENTRE OS ESCORES OBTIDOS NAS PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS

As tabelas 13 e 14 e o gráfico 13 apresentam os resultados da comparação entre os escores obtidos, para cada um dos atributos, na perspectiva dos usuários em relação a dos profissionais.

Tabela 13: Valores dos escores e respectivos desvios – padrão para cada um dos atributos segundo a perspectiva dos usuários e dos profissionais.

Atributos	Escore (0 a 10) $\pm$ DP	
	Usuários	Profissionais
Acesso de 1º contato	4,97 $\pm$ 1,87	2,99 $\pm$ 1,08
Longitudinalidade	4,93 $\pm$ 2,53	6,73 $\pm$ 1,49
Coordenação	6,61 $\pm$ 2,27	7,94 $\pm$ 1,04
Integralidade	6,11 $\pm$ 2,24	7,23 $\pm$ 1,31
Orientação familiar	4,19 $\pm$ 3,03	8,33 $\pm$ 1,85
Orientação comunitária	4,21 $\pm$ 3,04	7,74 $\pm$ 1,94
Escore Essencial	5,64 $\pm$ 1,62	6,68 $\pm$ 0,89
Escore Geral	5,33 $\pm$ 1,66	7,02 $\pm$ 0,89

Tabela 14: Grau de orientação para cada um dos atributos – comparação usuários X profissionais.

	Baixa orientação n (%)	Forte orientação n (%)	Total n (%)	p valor
Acesso de 1º contato				
PROFISSIONAL	28 (100)	0 (0)	28 (5)	0,01282
USUÁRIO	381 (79)	103 (21)	484 (95)	0,002634
Longitudinalidade				
PROFISSIONAL	11 (39)	17 (61)	28 (5)	0,9308
USUÁRIO	180 (37)	312 (63)	492 (95)	0,8410
Coordenação				
PROFISSIONAL	5 (18)	23 (82)	28 (20)	0,008885
USUÁRIO	53 (47)	59 (53)	112 (80)	0,005055
Integralidade				
PROFISSIONAL	9 (32)	19 (68)	28 (6)	0,07736
USUÁRIO	224 (51)	213 (49)	437 (94)	0,05349
Orientação Familiar				
PROFISSIONAL	4 (14)	24 (86)	28 (5)	<0,0001
USUÁRIO	359 (73)	130 (27)	489 (95)	<0,0001
Orientação Comunitária				
PROFISSIONAL	5 (18)	23 (82)	28 (6)	<0,0001
USUÁRIO	321 (71)	130 (29)	451 (94)	<0,0001
Atributo Essencial				
PROFISSIONAL	13 (46)	15 (54)	28 (5)	0,01428
USUÁRIO	346 (70)	146 (30)	484 (95)	0,01112
Atributo Geral				
PROFISSIONAL	12 (43)	16 (57)	28 (5)	0,000128
USUÁRIO	380 (77)	114 (23)	494 (95)	0,0001813

* Teste qui-quadrado de Pearson's / teste exato de Fisher

Gráfico 13: Grau de orientação para cada um dos atributos – comparação usuários X profissionais em relação ao ponto de corte (escore = 6,6)

7.6 ENTREVISTAS QUALITATIVAS

Foram realizadas 18 entrevistas qualitativas com responsáveis de crianças e adolescentes que responderam que “não levavam a criança ou adolescente à UBS quando surgia um novo problema de saúde”. As falas dessas entrevistas foram categorizadas em quatro grupos e estão apresentadas no quadro 7. O quadro 8 sumariza as falas das sete entrevistas realizadas com responsáveis por crianças e adolescentes que “não seguiam em UBS”. A identificação dos pacientes incluídos na amostra qualitativa, respectivas idades e diagnósticos estão apresentados no final dos respectivos quadros.

Quadro 7: Respostas das entrevistas qualitativas realizadas com responsáveis por crianças / adolescentes que “não eram levados à UBS quando surgia um novo problema de saúde (n = 18)

PORQUE A CRIANÇA/ ADOLESCENTE NÃO É LEVADO À UBS QUANDO FICA DOENTE?

C.E.M.S.L.- “Porque eles falam que tem que levar no pronto-socorro, que a pediatra não vai poder resolver e tem que ir direto no pronto-socorro.”

G.C.N. – “Porque eu acho que o atendimento aqui na USP é melhor, assim é mais rápido, porque lá no posto mesmo. Eu acho isso.”

H.G.B. – “Porque o atendimento não é muito rápido. Pelo AMA já é mais rápido, entendeu?”

K.R.G. – “Porque lá é só com consulta marcada.”

K.S.L. – “Porque no posto é agendado, tem que ser encaminhado pelo agente comunitário de saúde, tem que pegar uma autorização.”

L.C.S.- “Porque aqui é mais próximo. Lá eu só levo na pediatra na rotina.”

L.C.M. – “Quando ela tem uma complicação maior eu sempre trago ela para cá. Devido o quadro que ela tem.”

L.S.M. – “Porque no posto ele passa só para consulta de rotina, todo mês, para vacina”

M.P.S.- “Porque o atendimento é muito demorado e se você não tem consulta marcada eles não atendem.”

M.F.M.S.- “Eu trago ela direto para cá, porque lá eles não resolvem não. Aqui tem mais recursos”

M.V.P.B. – “Não, no posto só passa se tiver consulta marcada. No AMA é só pegar a senha que eles atendem.”

R.V.S. – “Porque lá eles falam que só pode passar se tiver consulta marcada. Eu peço para encaixar e eles falam que não pode não, que tem que levar ela no pronto-socorro mais próximo.”

V.S.M. – “Porque é difícil arrumar vaga e geralmente quando você leva, eles nunca atendem no dia.”

V.T.M. – “Pela burocracia para marcar. Se vai pessoalmente fala que é por telefone, fala que não tem vaga.”

W.R.M.M. – “Porque lá eles não atendem assim, só em pronto-socorro. Tem que marcar consulta, só depois de 1 mês ou 2 eles atendem.”

Y.J.S.O. – “Porque eu prefiro vir aqui. Porque aqui tem mais recursos.”

Y.L.F. – “Não. Eu vou no posto nas consultas. Porque aqui é melhor. Porque lá é só para consulta. Porque aqui tem mais recurso.”

Y.M.S.A.- “Ah, porque se eu chegar lá eles vai mandar levar no pronto-socorro ou na UBS do Peri – Peri ou então pra qui. Então eu já evito, eu já trago aqui para não dar caminhada perdida.”

SE QUISER, CONSEGUE CONSULTA DE ENCAIXE NA UBS?

G.C.N. – “É bem difícil. Só se alguém desistir, só alguém não vier na consulta, ou esperar passar todo mundo para poder atender”

H.G.B. – “Não. É muito difícil.”

K.R.G. – “Só se esperar todas as mães passarem e a médica quiser atender.”

K.S.L. – “É raríssimo.”

L.C.S.- “Já tentei uma vez encaixe no posto mas não consegui não.”

L.C.M. – “Acho que consigo.”

L.S.M. – “Não. Até para marcar consulta de rotina é difícil.”

M.P.S.- “Não.”

M.F.M.S.- “Não. É muito difícil.”

M.V.P.B. – “Não. Só no AMA mesmo.”

V.T.M. – “Eu explico que precisa, mas nunca consigo.”

W.R.M.M. – “Não consigo.”

Y.J.S.O. – “Não sei.”

Y.M.S.A.- “Conseguir, consegue. Mas tem vezes que eles falam que é muito demorado, que se o caso é mais urgente, aí eles falam assim, para levar nos outros hospital.”

PARA ONDE A CRIANÇA / ADOLESCENTE É LEVADO?

C.E.M.S.L.- “No pronto-socorro aqui do HU.”

G.C.N. – “No pronto-socorro”

H.G.B. – “Costumo ir no AMA”

K.R.G. – “No HU.”

K.S.L. – ““Lá no posto, unidade Paulo VI, eu costumo levar quando é consulta de rotina, mas quando é caso de passar mal, um caso de emergência, eu levo ele no AMA.”

L.C.S.- “Eu trago ela aqui, sempre no pronto-socorro.”

L.S.M. – “Trago ele aqui, em caso de febre, dor de ouvido. Trago aqui.”

M.P.S.- “Eu sempre trago ele aqui, sempre no HU ou no AMA.”

M.V.P.B. – “No AMA e daí eles mesmo trazem para cá.”

R.V.S. – “No HU.”

V.S.M. – “Sempre é aqui no pronto-socorro.”

V.T.M. – “Quando tem crise eu trago ela no PA daqui, porque sempre vim aqui, já tem a ficha dela e todo mundo conhece.”

W.R.M.M. – “Sempre eu venho na USP.”

Y.J.S.O. – “Eu venho aqui no pronto-socorro do HU.”

Y.L.F. – “Aqui.”

Y.M.S.A.- “Eu trago ele aqui na USP.”

A CRIANÇA/ADOLESCENTE COSTUMA FICAR MUITO DOENTE?

C.E.M.S.L.- “Sim. Sempre tem um resfriado que acaba virando pneumonia.”

H.G.B. – “- Não. Ele não fica doente mais. É difícil”

K.R.G. – “Não.”

K.S.L. – “Sim, ele tem mais frequência no AMA do que na unidade.”

L.C.S.- “Sim e eu venho aqui.”

L.C.M. – “Sim e ela é mais acompanhada aqui no HU.”

M.P.S.- “Não, ele nunca ficou doente de necessidade de trazer ele. Sempre que eu trago ele aqui é por causa de uma febre que ele tem, de 5 dias. O médico medica e manda ele embora.”

M.F.M.S.- “É mais difícil.”

M.V.P.B.- “Olha, esse ano ele já ficou doente duas vezes. Foi a meningite que ele pegou e esse vírus.”

R.V.S.- “Não, infecção de urina é a primeira vez. Ela já ficou internada antes porque ela teve refluxo.”

V.S.M.- “Sempre tem crise de chiadeira.”

V.T.M.- “Fazia um tempo, que não tinha crise, uns 5 meses.”

W.R.M.M.- “Sim, sempre.”

Y.J.S.O.- “Não, não. Essa foi a primeira vez que ela ficou mais doente.”

Y.L.F.- “Não, foi a primeira vez.”

Y.M.S.A.- “Não.”

C.E.M.S.L. - 1a 2m - pneumonia	L.C.M. - 7a 1m - epilepsia	V.S.M. - 1a - pneumonia + broncoespasmo
G.C.N. - 2a 4m - broncoespasmo	L.S.M. - 1a 1m - infecção de pele	V.T.M. - 8a 3m - asma
H.G.B. - 3a 8m - infecção de pele	M.P.S. - 5a 10m - pneumonia	W.R.M.M. - 4m - pneumonia + broncoespasmo
K.R.G. - 3a 6m - otite média aguda	M.F.M.S. - 3a 6m - infecção de pele	Y.J.S.O. - 5m - pneumonia
K.S.L. - 5a 10m - Asma	M.V.P.B. - 7m - bronquiolite	Y.L.F. - 1m - infecção urinária
L.C.S. - 3a 1m - asma	R.V.S. - 9m - infecção urinária	Y.M.S.A. - 2a 9m - pneumonia

Quadro 8: Respostas das entrevistas qualitativas realizadas com responsáveis por crianças / adolescentes que “não seguem em UBS” (n = 7)

POR QUE NÃO FAZ SEGUIMENTO EM UBS?

D.M.S.D. – “Olha, infelizmente, porque a gente não achou que tinha necessidade, né. Então, por isso que ela não segue”.

E.D.S. – “Olha, na verdade é assim, fui uma vez e aí ele estudava de manhã e só tinha medico, pediatria, de manhã, né. Aí então eu peguei e não tinha como. Porque se eu faltasse da escola, já via, né? Às vezes ele tava em semana de férias, de prova, aí sabe, aquilo como é eu parei. Porque lá nesse posto que eu vou só tem pediatra de manhã.”

M.F.S. – “Então, porque, na verdade, quando a criança ela é menor você tem aquele acompanhamento de rotina. Isso vai ficando espaçado – espaçado até que não vai mais. Também é tão difícil para marcar, que se a criança está bem, não te dá nenhum transtorno você não vai.”

M.R.S. – “Então, porque até o meio desse ano, até janeiro, nós tínhamos convênio, que era da antiga empresa aonde eu trabalhava na Medley. E na nova empresa aonde eu trabalho eles não fornecem convênio, então aí que a gente passou a precisar do posto de saúde.”

N.A.S.B. – “Porque o posto mais próximo de casa demora muito. Às vezes passa meses para você marcar uma consulta. E até para marcar geralmente a fila é grande, é kilométrica. Você tem que madrugar na fila.”

T.C.M. – “Desde o mês passado, que geralmente o recém nascido tem que passar todo mês. Eles não tão dando prioridade, não tem vaga. Que a pediatria de lá, os médicos estão atendendo até os 19 anos. Não atende. Não tem vaga.”

L.A.L.L. – “Olha, porque ele tava bem. Depois que eu mudei para São Paulo não procurei nenhum lugar para passar com ele.”

FAZ SEGUIMENTO EM ALGUM OUTRO SERVIÇO? QUAL?

D.M.S.D. – “Não, a gente trata em casa mesmo.”

E.D.S. – “Não, não.”

M.F.S. – “Não, como ele tava bem, só procuro o hospital em caso de necessidade.”

N.A.S.B. – “Não faz seguimento não.”

L.A.L.L. – “Eu ia no particular. Eu morava em Brasília.”

PARA ONDE A CRIANÇA / ADOLESCENTE É LEVADO QUANDO TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?

D.M.S.D. – “ Não vai para nenhum lugar, trata em casa mesmo.”

E.D.S. – “ No AMA”

M.F.S. – “ Aqui mesmo no pronto-socorro. Tem o posto que é próximo, que é aonde ele fez todo o acompanhamento, que é no Rio Pequeno mesmo, mas é o que eu disse, é difícil para você conseguir marcar.”

M.R.S. – “ Trazíamos aqui, na USP, ou levávamos no pronto-socorro mais próximo.”

N.A.S.B. – “ No médico da empresa ou vem para cá na USP.”

T.C.M. – “ Foi a primeira doença mais séria que ela teve, mas das outras vezes que ela precisou passar no médico nós tivemos que ir no AMA.”

L.A.L.L. – “No pronto-socorro”.

A CRIANÇA / ADOLESCENTE TEM ALGUM PROBLEMA CRÔNICO DE SAÚDE?

D.M.S.D. – “ Ela tem asma e problema de peso, mas não segue não.”

E.D.S. – “Essa crise que ele teve hoje, ele sempre teve essa crise.”

M.F.S. – “ Então com ele tava tudo bem.”

M.R.S. – “ Não. Só essa pneumonia agora, que depois que tratar eu não sei como ficara, na verdade.”

N.A.S.B. – “ Não, são poucas vezes. Mas geralmente quando tem alguma necessidade vem direto para cá na USP. Lá não tem pronto-socorro.”

T.C.M. – “Não tem nenhuma doença não”

L.A.L.L. – “Não, assim desse jeito é a primeira vez”.

C.E.M.S.L. – 1a 2m – pneumonia

G.C.N. – 2a 4 m – broncoespasmo

H.G.B. – 3a 8m – infecção de pele

K.R.G. – 3a 6m – otite média aguda

K.S.L. – 5a 10m – Asma

L.C.S. – 3a 1m - asma

L.C.M. – 7a 1m - epilepsia

L.S.M. – 1a 1m – infecção de pele

M.P.S. – 5a 10m – pneumonia

M.F.M.S. – 3a 6m – infecção de pele

M.V.P.B. – 7m – bronquiolite

R.V.S. – 9 m – infecção urinária

V.S.M. – 1a – pneumonia + broncoespasmo

V.T.M. – 8a 3m – asma

W.R.M.M. – 4m – pneumonia + broncoespasmo

Y.J.S.O. – 5m – pneumonia

Y.L.F. – 1m – infecção urinária

Y.M.S.A. – 2a 9m - pneumonia

| DISCUSSÃO _

8 DISCUSSÃO

Avaliar e caracterizar a atividade assistencial, particularmente a da atenção primária, tem sido considerada uma atividade imprescindível para a melhoria dos resultados em saúde. Entretanto, essa não é uma tarefa fácil, considerando a pluralidade de aspectos implicados, a complexa interação entre eles e a dinamicidade envolvida no processo de atenção à saúde.

A produção de um conhecimento a partir de uma avaliação não difere da produção de outro conhecimento científico e, nesse sentido, procede da análise do componente empírico, o resultado da pesquisa, em contraposição a um componente teórico-conceitual tomado por referência (Furtado, 2001). O pesquisador, para ter uma compreensão mais abrangente do fenômeno estudado, deve se valer de referenciais teóricos, conceituais e históricos, que permitam uma re-elaboração dos resultados a partir de alguma racionalidade (Samaja¹ citado por Medina e cols., 2010).

Desta forma, a discussão a seguir espelha a interpretação dos resultados obtidos, acrescidos das informações qualitativas que refletem um sistema de valores coletivos, confrontados a conhecimentos previamente produzidos por outros autores, considerando-se os modelos teóricos adotados. Inicia-se pelos comentários a respeito do universo das internações e das características da amostra, seguidos da explanação de cada dimensão avaliada. Embora os atributos estudados sejam apresentados de maneira sistematizada, é fundamental reconhecer que não são suficientes isoladamente, interagindo entre si de maneira complexa.

Como o objeto de estudo é a APS prestada na região oeste é interessante, antes do início da discussão, contextualizar alguns aspectos dessa população em relação ao restante do município de São Paulo. De acordo com as informações do CEInfo (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2013), a

¹Samaja J. Epistemologia y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: EDUFBA, 1996. 414 p.

região centro-oeste é composta por uma população com menor proporção de jovens e com melhores condições socioeconômicas em relação a das demais regiões, com maior proporção de renda, escolaridade, menor número de famílias moradoras de favelas e menor taxa de mortalidade infantil. Entretanto, é importante ressaltar que há, reconhecidamente, uma grande heterogeneidade na região oeste, com áreas de maior exclusão social, como as áreas de Raposo Tavares e Rio Pequeno, incluídas nessa pesquisa.

Em relação à assistência à saúde, a CEInfo estima que 44,5% da população da região centro-oeste seja usuária SUS-dependente, uma proporção bem menor em relação ao município (55,6%), além disso, a proporção de pessoas cadastradas pela ESF também é bem inferior, 21,7 e 37,4%, respectivamente. A disponibilidade de serviços varia conforme o tipo; em relação a hospitais e pronto-socorros, o número é semelhante ao das demais regiões, entretanto, o número de UBS, de unidades de AMA e ambulatório de especialidades é bem menor. Apesar disso, a razão de consultas médicas na atenção básica é semelhante: 2,2 na região centro-oeste e 3,1 no município, enquanto que a razão dos números de consultas especializadas, de consultas de urgência e de internações hospitalares é maior na região incluída na pesquisa em relação às demais regiões (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2013). Esses aspectos refletem-se no padrão de utilização dos serviços que será discutido adiante.

8.1 ASPECTOS GERAIS DAS INTERNAÇÕES

No período estudado, das 2031 internações que ocorreram na enfermaria pediátrica do HU-USP, 65,2% foram por condições consideradas sensíveis à atenção primária. Essa proporção, em comparação a outros estudos nacionais, é alta. Lenz e cols. (2008), avaliando hospitalizações na faixa etária de 0 a 19 anos, em um território de abrangência de um serviço de APS de Porto Alegre, relataram uma taxa de 35,6% de internações por esse grupo

de causas. No mesmo ano, outro estudo realizado em Bagé (Nedel e cols., 2008), em universo de 1200 hospitalizações englobando todas as faixas etárias, verificou que 42,6% das internações foram por CSAP, sendo que essa porcentagem chegou a 57,6% e 38,1%, quando consideradas as faixas etárias de 0 a 4 anos e de 5 a 14 anos de idade, respectivamente. Uma publicação mais recente, de 2011 (Caldeira e cols., 2011) relatou um percentual de 41,4% de internações por CSAP, considerando-se a mesma faixa etária do presente estudo (0 a 14 anos), mas que chegou a 52,9% nos primeiros 2 anos de vida. Embora com valores ainda maiores, quando estratificamos por idade (76,9% das hospitalizações foram por CSAP em menores de 1 ano de idade), encontramos uma tendência semelhante ao que se descreve na literatura, isto é, maiores proporções de internações evitáveis nos extremos de idade (tabela 1). Possivelmente múltiplas causas, além das características da APS prestada, estejam envolvidas na explicação de observarmos essa elevada porcentagem de internações por CSAP, mas um dos motivos principais deve ser a elevada frequência de doenças respiratórias no município de São Paulo, atingindo crianças jovens e, portanto, com maiores chances de complicação e necessidade de tratamento hospitalar (Ferrer e cols., 2010). As doenças respiratórias foram o diagnóstico de admissão em 78% da nossa amostra, corroborando essa hipótese. Entretanto, é fundamental considerar que esse percentual não representa o risco de internar por CSAP na região estudada uma vez que se refere apenas a pacientes internados e não à população geral.

A predominância de pacientes do gênero masculino, a relação inversa entre o número de internações e a faixa etária e a média de permanência hospitalar estão de acordo com outros estudos que descrevem fatores de risco associados à hospitalização (Silva e cols., 1999; Caetano e cols., 2002; Castro e cols., 2002; Lenz e cols., 2008; Ferrer e cols., 2010).

8.2 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Quando analisamos a composição da amostra (tabela 2), composta por 501 crianças e adolescentes hospitalizados por CSAP, e a comparamos às características descritas pelo IBGE¹ (2010) para a população da microrregião estudada, verificamos:

1. na amostra houve predomínio do gênero masculino (57,7%), embora na população geral haja um pouco mais de mulheres (52,8%);
2. uma maior predominância de crianças menores de 5 anos na amostra (76,6%) em relação à população geral (31%);
3. a porcentagem de “não brancos” da amostra (45,3%) foi superior à proporção verificada na população geral (35%);
4. o tempo de escolaridade materna foi um pouco menor do que o verificado para o responsável pelo domicílio nessa população (55,7% das mães chegaram ao ensino médio contra 59% da população com 8 ou mais anos de estudo) e
5. enquanto na amostra apenas 2,8% relataram renda familiar de 5 ou mais salários-mínimos, pelo IBGE 18% da população se encontram nessa situação.

Esses achados, além de estarem de acordo com aqueles descritos como grupos com maior risco de internação, podem apontar para possíveis iniquidades em saúde, principalmente se levarmos em consideração que se trata de uma amostra hospitalizada por condições evitáveis.

As causas de admissão (gráfico 5), com grande preponderância de doenças respiratórias, estão de acordo com o esperado, conforme já discutido, e semelhante a outros estudos sobre ICSAP na faixa etária pediátrica (Caldeira e cols, 2001; Toso, 2011), apontando para a necessidade de intervenções es-

¹Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm (acessado em 9 abr 2013).

pecíficas. A superioridade de internações por causas agudas possivelmente está relacionada à faixa etária estudada e o achado de apenas 2 internações por doenças imunopreveníveis reflete a boa cobertura vacinal encontrada no município de São Paulo.

Ao observarmos o serviço que indicou a hospitalização do paciente, constata-se que em 431 casos, correspondendo a 86% da amostra, foram serviços de pronto-socorro e de pronto-atendimento os responsáveis pela indicação (gráfico 6). Um dado bastante relevante, considerando que, pelo modelo apresentado no referencial teórico, esse percurso representa que a atenção primária foi falha e/ou tardia ou não foi utilizada. Como não perguntamos, em nossa entrevista, se o paciente havia procurado a UBS pelo episódio que motivou a internação, não temos como diferenciar entre essas duas possibilidades, ambas indesejáveis. A discussão a seguir, a respeito do atributo acesso, irá retomar e aprofundar essa análise.

Apenas 9% da amostra era acompanhada em UBS que atende no modelo da ESF exclusivamente, mas quando classificamos os pacientes das UBS mistas, a amostra final foi formada por 39% de pacientes assistidos sob o modelo ESF e 61% não ESF (gráfico 7). Essa proporção de pacientes sob o modelo ESF foi superior àquela verificada na população geral dessa região (21,7 %). Porém isso não significa que o modelo ESF predispõe a um maior risco de ICSAP, uma vez que o desenho do estudo não permite essa inferência.

8.3 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS

Os resultados revelaram que as UBS da microrregião estudada, de uma maneira geral, apresentam baixa orientação aos princípios da APS sob a ótica dos usuários, uma vez que ambos os escores, essencial (referente aos quatro atributos considerados essenciais) e geral (envolvendo todos os atributos) não atingiram o corte de 6,6. Quando analisados separadamente, o único atributo que apresentou forte orientação à APS foi o de Coordenação (tabela 4 e gráfico 9).

As análises realizadas, envolvendo as variáveis estudadas e cada um dos atributos isoladamente serão apresentadas a seguir.

8.3.1 ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

O atributo acesso de primeiro contato recebeu baixa avaliação entre os usuários, atingindo escore de 4,97, representando uma baixa orientação à APS, assim como os seus componentes de estrutura – Acessibilidade (3,78) e de processo – Utilização (6,07) (tabela 4). Além disso, esse foi o único atributo que, na perspectiva dos profissionais, ficou abaixo do escore 6,6, sendo o único cujos profissionais avaliaram pior do que os usuários (tabela 13 e gráfico 13). Entre as variáveis estudadas, as que mostraram ter influência na avaliação feita pelos pacientes foram o tipo de diagnóstico e o modelo de atenção recebido (tabela 5). A interpretação desses resultados não é simples, requerendo, inicialmente, a ponderação a respeito do conceito de acesso e de seus componentes/determinantes.

O conceito de acesso é complexo, não havendo consenso na literatura quanto a sua abrangência (Travassos e Martins, 2004). Visando concordância entre o instrumento e o modelo teórico adotados nessa pesquisa, optamos por assumir a concepção de Starfield, pela qual o acesso de primeiro contato significa que o serviço de APS deve ser o primeiro recurso a ser procurado quando surge uma necessidade médica ou de saúde, funcionando como a “porta de entrada” no sistema (Johansen e cols., 1994; Starfield, 2002). Esse conceito parte do pressuposto de que a atenção primária deveria ser capaz de resolver 85% das demandas e, quando necessário, ser a responsável pelo encaminhamento do paciente aos demais níveis de atenção (percurso A representado no modelo teórico) (figura 2). Em um sistema em que a APS funciona como “porta de entrada” são descritas as seguintes vantagens: menor número de consultas por um mesmo problema, diminui-

ção no número de consultas com especialistas e de exames complementares, menor necessidade de idas a serviços de urgência/emergência e menor número de hospitalizações, resultando em redução dos custos e cuidados mais adequados ao paciente (Starfield, 2002; Brasil, 2011).

Conforme Starfield (2002), “a atenção de primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde”. Portanto, aferir se um serviço funciona adequadamente como primeiro contato envolve avaliar tanto a acessibilidade (elemento estrutural) como a sua utilização (elemento processual). A acessibilidade é o que facilita ou o que impede que as pessoas sejam atendidas e, portanto, compreende tanto um componente geográfico (características relacionadas à distância e ao tempo necessários para o atendimento, como a localização, por exemplo) como um componente sócio-organizacional (características que facilitam ou que dificultam os esforços das pessoas para serem atendidas, como: horários de atendimento, facilidade de marcar consultas, existência de filas, entre outros). A utilização do serviço, por sua vez, depende da atitude ativa do usuário, mas é fortemente influenciada pelas características dos serviços. De acordo com Cecílio (2001), as necessidades são, em boa parte, modeladas pela oferta dos serviços. Um aspecto primordial para a utilização é que a unidade possibilite aos usuários perceberem o serviço como acessível (Starfield, 2002). Entretanto, mais recentemente, outros autores têm incorporado outras dimensões ao conceito de acesso, tornando-o mais complexo e de mensuração mais difícil (Sanchez e Ciconelli, 2012). Segundo essas autoras, entre a disponibilidade do serviço (equivalente à acessibilidade descrita por Starfield) e a sua real utilização, existem aspectos relacionados ao paciente e à sociedade: a possibilidade de pagamento pelo serviço, a informação (pela qual o paciente percebe a necessidade de busca do serviço e o empoderamento que o permite fazer escolhas) e, por fim, a aceitabilidade, que implica o modo de organização do sistema de saúde e a maneira como os indivíduos e a sociedade o percebem (Sanchez

e Ciconelli, 2012) Dessa forma, nota-se que o atributo acesso de 1ª contato é condicionado a uma complexa relação entre as características do paciente e da sociedade, como renda, escolaridade e necessidades de saúde, as características organizacionais dos serviços de saúde, como a disponibilidade de atendimento e a presença e dimensão dos demais atributos, e as características e o histórico das políticas públicas.

Em relação aos componentes do atributo, a avaliação da acessibilidade (C), na perspectiva dos usuários, foi pior do que a da utilização do serviço (B), com escores de 3,78 e 6,07, respectivamente. Esse achado foi semelhante ao de outros dois estudos realizados em nossa região e que utilizaram o mesmo instrumento: o estudo de Elias e cols, comparando o desempenho das unidades básicas de modelo tradicional às que atendem no modelo de ESF no município, e o de Ibañez e cols, abrangendo todo o estado de São Paulo (Elias e cols., 2006; Ibañez e cols., 2006). Em ambos a acessibilidade foi um dos piores atributos avaliados, atingindo escores considerados apenas “razoáveis”, enquanto que a utilização de serviços (denominado “porta de entrada” naqueles estudos) foi bem avaliada. Um achado paradoxal, uma vez que, segundo Starfield, o paciente deve primeiro reconhecer o serviço como acessível para então efetuar a sua utilização. Elias e cols. atribuíram essa melhor avaliação da “porta de entrada” ao desenho da pesquisa, uma vez que foram entrevistados os pacientes usuários dos serviços e, portanto, que já haviam superado algumas barreiras de acesso. Considerando a presença desse viés de seleção também na nossa pesquisa e a constatação, durante a coleta de dados, das elevadas proporções de exclusão de pacientes por “não fazerem seguimento em UBS” e de respostas “não” e “provavelmente não” à pergunta B2 (se o responsável procurava a UBS quando a criança apresentava um novo problema de saúde), denotando possíveis problemas de acesso, optamos por realizar as entrevistas qualitativas com esses pacientes. Além disso, há de se considerar o próprio instrumento empregado: o componente utilização (B) é composto por

3 perguntas, que abordam diferentes padrões de utilização de serviços, por isso decidimos examinar cada uma dessas perguntas separadamente. Esse exame e as perguntas qualitativas, ilustrando a complexa relação entre os fatores que determinam o acesso, nos permitiram apreciar diversos aspectos que permaneceriam ocultos e, portanto, aprofundar a análise em relação aos nossos resultados.

A acessibilidade foi um dos componentes pior avaliado em nosso estudo, demonstrando que a disponibilidade dos serviços não atende às expectativas da população. Como citado anteriormente, outras pesquisas descreveram resultado semelhante. Para Elias e cols. a acessibilidade recebeu o mais baixo escore, tanto na perspectiva dos usuários como na dos profissionais, sem diferenças em relação ao status social ou do modelo de atenção, sugerindo problemas na oferta estrutural e organizacional dos serviços, como horários de funcionamento e de marcação de consultas (Elias e cols., 2006). Mais recentemente, outra pesquisa, também utilizando o PCA-Tool, mas considerando as respostas das questões e não o escore sintético, também confirmou problemas na acessibilidade aos serviços de APS no município de São Paulo, principalmente na obtenção de consultas em 24 horas (Sala e cols., 2011). Outro estudo em grandes centros urbanos brasileiros, utilizando um diferente instrumento, o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), relatou que, entre cinco dimensões de satisfação de usuários, a organização dos serviços recebeu a pior avaliação, sendo que 36% dos usuários referiam dificuldades em marcar consultas e, mais da metade, estava insatisfeita com o tempo que levava para isso (Brandão e cols., 2013).

Decompondo as respostas às entrevistas qualitativas, podemos considerar que problemas relacionados à organização dos serviços foram um dos motivos que justificam a baixa avaliação da acessibilidade. Quatro dos sete que “não frequentavam UBS” citaram motivos considerados barreiras de acesso:

“Olha, na verdade é assim, fui uma vez e aí ele estudava de manhã e só tinha médico, pediatria, de manhã, né. Aí então eu peguei e não tinha como. Porque se eu faltasse da escola, já via, né? Às vezes ele tava em semana de férias, de prova, aí sabe, aquilo como é, eu parei. Porque lá nesse posto que eu vou só tem pediatra de manhã.”

(paciente E.D.S.).

“Também é tão difícil para marcar, que se a criança está bem, não te dá nenhum transtorno você não vai.”

(paciente M.F.S.).

“Porque o posto mais próximo de casa demora muito. Às vezes passa meses para você marcar uma consulta. E até para marcar geralmente a fila é grande, é kilométrica. Você tem que madrugar na fila.”

(paciente N.A.S.B.).

“Eles não tão dando prioridade, não tem vaga. Que a pediatria de lá, os médicos estão atendendo até os 19 anos.”

(paciente T.C.M.).

Entre os que faziam uso, mas que não procuravam a UBS quando surgia um novo problema de saúde, vários alegaram ter dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de conseguir uma consulta sem agendamento prévio, embora todos os gestores tenham respondido que nas suas unidades há a possibilidade de consulta de encaixe para queixas agudas (tabela 3). Algumas falas exemplificam essa informação:

“É bem difícil. Só se alguém desistir, só se alguém não vier na consulta, ou esperar passar todo mundo para poder atender.”

(paciente G.C.N.).

“Porque o atendimento não é muito rápido. Pelo AMA já é mais rápido, entendeu?”

(paciente H.G.B.).

“Só se esperar todas as mães passarem e a médica quiser atender.”

(paciente K.R.G.).

“É raríssimo.” (paciente K.S.L.) – resposta à pergunta se consegue encaixe para o mesmo dia.

“Sim e eu venho aqui. Já tentei uma vez encaixe no posto mas não consegui não.” (paciente L.C.S.) – resposta à pergunta se a criança já teve muitas crises de asma.

“Não. Até para marcar consulta de rotina é difícil.” (paciente L.S.M.) - resposta à pergunta se consegue encaixe para o mesmo dia.

“Porque o atendimento é muito demorado e se você não tem consulta marcada eles não atendem.”

(paciente M.P.S.).

“Não, no posto só passa se tiver consulta marcada. No AMA é só pegar a senha que eles atendem.”

(paciente M.V.P.B.).

“Porque lá eles falam que só pode passar se tiver consulta marcada. Eu peço para encaixar e eles falam que não pode não, que tem que levar ela no pronto-socorro mais próximo.”

(paciente R.V.S.).

“Porque é difícil arrumar vaga e geralmente quando você leva, eles nunca atendem no dia.”

(paciente V.S.M.).

“Pela burocracia para marcar. Se vai pessoalmente fala que é por telefone, fala que não tem vaga. Eu explico que precisa, mas nunca consigo.”

(paciente V.T.M.).

“Porque lá eles não atendem assim, só em pronto-socorro. Tem que marcar consulta, só depois de 1 mês ou 2 eles atendem.”

(paciente W.R.M.M.).

“Conseguir, consegue. Mas tem vezes que eles falam que é muito demorado, que se o caso é mais urgente, aí eles falam assim, para levar nos outros hospital.” (paciente Y.M.S.A.) - resposta à pergunta se consegue encaixe para o mesmo dia.

Observa-se, na maioria das falas, que um dos principais motivos de insatisfação da clientela referia-se a consultas de “encaixe” ou “não agendadas”, para a resolução de queixas agudas. Esse descontentamento é uma das causas que pode explicar a significativa associação entre baixo escore no acesso de primeiro contato e caráter do diagnóstico (tabela 5). Nesse sentido, verificamos que os pacientes internados com CSAP do tipo agudo avaliaram pior esse atributo do que aqueles hospitalizados por descompensação de doenças crônicas. Essa dificuldade em conseguir consultas, principalmente para as queixas agudas já havia sido descrita em outras pesquisas recentes realizadas em São Paulo (Sala e cols., 2011; Brandão e cols., 2013) e também em estudos mais antigos. Na década de 1980, Sucupira (1981) já havia relatado essa dificuldade de acesso a consultas durante os episódios de adoecimento como um reflexo do modelo de ação programática. Outros autores também já haviam identificado as barreiras de acesso à rede básica como as principais razões para a procura de atendimento em pronto-socorro (Kovacs e cols., 2005; Puccini e Cornetta, 2008). Embora os autores relatem também reclamações relativas ao horário de funcionamento das UBS, esse dado não apareceu em nossa pesquisa, possivelmente denotando uma

aceitação/conformação por parte da população em relação a isso. Forrest e Starfield (1998), avaliando os efeitos da presença de barreiras de acesso na utilização dos serviços de atenção primária, afirmaram que a disponibilidade dos serviços por um horário estendido foi o que teve maior impacto em melhorar tanto a utilização de primeiro contato como a de continuidade.

Em relação à organização dos serviços, há de se considerar, no caso do município de São Paulo, a criação das AMAs (unidades de Assistência Médica Ambulatorial), um “modelo de assistência da atenção básica criado para absorver a demanda de quadros agudos de baixa e média complexidade”, cujo objetivo é “ampliar o acesso à rede básica por meio da oferta de serviços que possibilitam respostas ágeis às suas necessidades de assistência imediata” (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2009). Além de muitos pacientes referirem a utilização desses serviços na vigência dos quadros agudos (gráfico 10), foi citado em algumas entrevistas com gestores das UBS que os pacientes “aprenderam” que ao procurar o AMA o seu acesso à UBS é mais fácil, por meio da utilização de vagas da reserva técnica. Trata-se de um trajeto alternativo e inadequado, que expõe ainda mais as dificuldades de acesso às UBS. Os efeitos das AMAs serão retomados na discussão a respeito da longitudinalidade.

Afora a constatação da existência de barreiras de acesso, relacionadas à organização dos serviços, outras falas e o padrão de utilização dos serviços por parte dos usuários, representando a maneira de pensar e agir frente à necessidade em saúde, evidenciaram que aspectos relacionados aos pacientes também tenham contribuído para os baixos escores encontrados para o acesso de primeiro contato e para os seus componentes. Alguns entrevistados explicaram a busca de serviços de pronto-socorro e de pronto-atendimento, no lugar dos serviços da rede básica, na vigência de queixas agudas, como “preferências pessoais”, justificando essa opção por considerarem que aqueles locais têm maior resolutividade:

“Eu trago ela direto para cá, porque lá eles não resolvem não.”

(paciente M.F.M.S.).

“Porque aqui tem mais recursos.”

(paciente Y.J.S.O.).

“Porque aqui é melhor. Porque lá é só para consulta. Porque aqui tem mais recurso.”

(paciente Y.L.F.).

Esse percurso preferencial durante os episódios de adoecimento, de não procura da APS, pode ser constatado também na elevada proporção (86%) de pacientes da amostra que referiram os serviços de pronto-socorro e pronto-atendimento como os responsáveis por indicar a hospitalização da criança (gráfico 6). Um interessante estudo, que reconstruiu a trajetória percorrida por crianças atendidas em pronto-socorro e sua relação com as unidades básicas de saúde, verificou que 61,5% dos pacientes não havia buscado a rede básica e que apenas 15,2% dos motivos de ida ao PS necessitavam desse tipo de atendimento (Kovacs e cols., 2005). Os motivos encontrados por esses autores foram semelhantes aos nossos: dificuldades de conseguir consulta na APS (por distância, horário e dificuldade de “encaixe”) e, principalmente, a valorização da densidade tecnológica encontrada naqueles serviços. Esses pesquisadores afirmaram que uma grande parte da demanda espontânea ao pronto-socorro se deve “à enorme legitimidade dos serviços de urgência perante a população”. Não encontramos, em nosso estudo, influência das variáveis relativas às condições socioeconômicas (renda e escolaridade materna) que poderiam condicionar o modo de se expressar perante uma necessidade de atendimento, entretanto as respostas às perguntas abertas exemplificam o ideário coletivo de valorização da densidade tecnológica, construído na relação da população com o sistema de saúde. O que chamou a atenção, na fala de nossos entrevistados, foi o papel que os próprios profissionais da rede básica parecem exercer no en-

raizamento dessa concepção:

“Porque eles falam que tem que levar no pronto-socorro, que a pediatra não vai poder resolver e tem que ir direto no pronto-socorro.”

(paciente C.E.M.S.L.).

Mendes atribui à concepção hierárquica do SUS o papel de fortalecer a valorização tecnológica ao afirmar: “Essa visão distorcida da complexidade leva, consciente ou incoscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde, uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e são exercitadas nos níveis de maior complexidade” (Mendes, 2002). Além disso, temos que considerar que, aqui no Brasil, a adoção do termo “atenção básica” traz embutido a noção de “elementar” ou “menos complexa”.

Há de se ponderar também que, além da concepção hierárquica do SUS concorrer para essa distorção de complexidade, o próprio processo histórico de construção da APS no Brasil tenha contribuído para isso. Da dicotomia: atenção preventiva da saúde pública versus atenção curativa do modelo previdenciário, passando pelas atividades programáticas dos Centros de Saúde, pelas quais as atividades foram categorizadas em “rotina” e “eventual”, chegando à criação e expansão das unidades de pronto-atendimento (conhecidas como AMAs aqui em São Paulo e UPAs no restante do país) o fato é que se enraizou o conceito de que a unidade básica é local para “receber vacinas” e ter “consulta de rotina”. A validação desse conceito pode ser constatada na análise do padrão de utilização verificada em nossa amostra (tabela 6): 91% dos responsáveis, sem diferença entre os modelos de atenção, responderam “sim” ou “provavelmente sim” quando questionados se levam a criança em consultas de rotina na UBS de referência (pergunta B1), mas apenas 24% tiveram essa mesma resposta à indagação sobre levar à criança na UBS, antes de ir a outro serviço, quando surge um “novo proble-

ma de saúde” (pergunta B2). Esse conceito por parte dos usuários também pode traduzir a correlação estatisticamente significativa encontrada entre o julgamento da acessibilidade e a idade da criança – quanto maior a idade, pior a avaliação (tabela 5). As políticas públicas em saúde da criança historicamente sempre priorizaram o atendimento a crianças nos primeiros anos de vida por meio de programas específicos (Sucupira, 2012). Se por um lado temos a participação das políticas na organização dos serviços, por outro temos outros conceitos “aprendidos” pela população ao longo do tempo. Os responsáveis consideram que as crianças maiores necessitam menos de atendimento, a despeito de possuírem alguma patologia crônica. Os seguintes discursos exemplificam esse achado:

“Olha, infelizmente, porque a gente não achou que tinha necessidade, né. Então, por isso que ela não segue.”

(paciente D.M.S.D.- internada por crise de asma).

“Olha, porque ele tava bem. Depois que eu mudei para São Paulo não procurei nenhum lugar para passar com ele.”

(paciente L.A.L.L. – internado por crise de asma).

“Então, porque, na verdade, quando a criança ela é menor você tem aquele acompanhamento de rotina. Isso vai ficando espaçado – espaçado até que não vai mais”

(paciente M.F.S.- internado por crise de asma).

Nessa pesquisa, além do caráter do diagnóstico, a outra variável que mostrou correlação com a avaliação do acesso de primeiro contato, sob a perspectiva dos usuários, foi o modelo de atenção recebido. Embora tanto os pacientes do modelo não ESF como os do modelo ESF tenham avaliado mal esse atributo, o escore foi significativamente melhor nesse último (tabela 5). A comparação entre a ESF e o modelo tradicional de UBS no acesso já foi descrita em vários outros estudos, sendo que a maioria não encontrou diferença entre os dois modelos. Harzheim, em Porto Alegre, e Macinko e cols.,

em Petrópolis, ao validarem o PCATool no Brasil, versão criança e adulto, respectivamente, não encontraram diferenças na avaliação do acesso entre a ESF e as UBS tradicionais (Harzheim, 2004; Macinko e cols., 2004), assim como Sala e cols. (2011a) que abordaram a questão com uma metodologia diferente. Elias e cols., como já comentado, não encontraram diferenças em relação à acessibilidade, que foi mal pontuada em ambos, mas relataram diferenças em relação à porta de entrada, sendo que a ESF foi melhor nos estratos de menor exclusão social (Elias e cols., 2006). Vários outros artigos, mais recentes, descrevem problemas relativos à organização dos serviços e concluem que a ESF não tem funcionado como uma boa porta de entrada (Souza e cols., 2008; Van Stralen e cols., 2008; Azevedo e cols., 2010; Costa e cols., 2011). Em nossa pesquisa, 74% dos usuários de ESF atribuíram um escore menor do que 6,6 ao acesso de primeiro contato, porém essa avaliação foi significativamente melhor do que a feita por pacientes atendidos no modelo tradicional (tabela 5). Possivelmente esse melhor desempenho da ESF esteja relacionado ao desempenho da ESF nos demais atributos, principalmente o grau de afiliação, que será discutido adiante, pois a sensação de “maior pertencimento” ao serviço favorece a sua utilização, uma vez que, como citado por Kovacs e cols., o vínculo entre a equipe de saúde e o paciente tem impacto nas expectativas desse em relação à satisfação de suas necessidades (Kovacs e cols., 2005). Essa melhor avaliação do acesso e do grau de afiliação devem ter favorecido a diferença estatisticamente significativa encontrada para a utilização do serviço, quando a criança tem um novo problema de saúde, entre os dois modelos de atenção (tabela 6 – pergunta B2).

Os nossos resultados referentes ao acesso, comparando-se a perspectiva dos usuários e a dos profissionais, foram semelhantes aos descritos por outros avaliadores (Elias e cols., 2006; Ibañez e cols., 2006; Macinko e cols., 2007): foi o pior atributo avaliado pelos profissionais, inclusive sendo o único com baixa orientação aos princípios da APS, e foi o único no qual os

profissionais avaliaram pior do que os pacientes (tabelas 13 e 14 e gráfico 13). Essa baixa pontuação por parte dos profissionais representa as barreiras impostas pela maneira como os serviços são organizados e reflete-se no padrão de utilização da rede básica pelos usuários, uma vez que fomenta, nesses, a noção de dificuldade e de incerteza do acesso.

Como já citado, o acesso tem sido um dos principais aspectos da atenção à saúde que tem sido relacionado às taxas de ICSAP, mas todos os estudos têm um desenho diferente do nosso: são estudos de base populacional e que aferem a maior ou menor probabilidade de ICSAP de acordo com as diversas variáveis. Uma publicação que, como esse estudo, buscou identificar os aspectos da atenção à saúde recebido por pacientes internados por CSAP foi uma tese realizada em Minas Gerais (Pires, 2008), na qual foram entrevistados os gestores e profissionais de equipes de ESF para caracterizar o acesso e as particularidades organizacionais dos serviços. Foram identificados diversos obstáculos tanto no campo da assistência como no da gestão que interferiram no atendimento desses pacientes, além de uma dificuldade de ruptura com os modelos tradicionais. De certa forma, podemos dizer que esses resultados foram semelhantes aos que encontramos ao avaliar o acesso de primeiro contato nas crianças internadas por CSAP em nossa região.

8.3.2 LONGITUDINALIDADE

Os autores têm considerado a longitudinalidade como uma “característica central e exclusiva da APS” (Cunha e Giovanella, 2011) e, ao lado do acesso, é um dos principais predicados da APS que tem sido correlacionado às taxas de ICSAP. Diversos autores descrevem menores taxas dessas internações em pacientes com maior continuidade de atenção (Gill e Mainous, 1998; Falik e cols., 2001; Menec e cols., 2006; Nedel e cols., 2010). A atenção continuada permite que se estabeleça uma relação de confiança entre

o paciente e o profissional que o assiste, dessa forma melhora a adesão à terapêutica proposta e faz com que procure mais precocemente o atendimento quando necessário. Por outro lado, o profissional que conhece melhor seu paciente consegue fazer diagnósticos mais precoces e corretos, além de tratar mais adequadamente (evitando o percurso B do modelo teórico – figura 2). Com isso, os benefícios da longitudinalidade são vários: maior satisfação dos usuários, menores custos, tratamentos mais adequados e efetivos, mais cuidados preventivos, menor necessidade de atendimentos e menores chances de hospitalização. Esses benefícios são particularmente mais evidentes naqueles pacientes portadores de doenças crônicas (Johansen e cols., 1994; Brasil, 2011).

Assim como o acesso, o conceito de longitudinalidade é controverso, apresentando diferentes abrangências. Por exemplo, enquanto para alguns a longitudinalidade engloba três dimensões: a identificação de uma fonte regular de cuidado, o estabelecimento de vínculo duradouro e a continuidade informacional, para outros essa última faz parte do atributo coordenação. Além disso, na literatura são usados diferentes termos, ora como sinônimos ora não. Essa polissemia conceitual dificulta a generalização e a comparação dos resultados (Cunha e Giovanella, 2011), dessa forma, ao compararmos os nossos resultados aos de outras publicações, buscamos entender os aspectos que estavam sendo abordados, independentemente do termo utilizado. Encontramos trabalhos utilizando longitudinalidade, continuidade do cuidado, acolhimento e vínculo, todos expressando a relação que se estabelece entre cuidador e paciente. Adotamos a concepção de Starfield, segundo a qual a longitudinalidade se refere à continuidade da atenção, que tem como essência a relação que se estabelece, ao longo do tempo, entre os indivíduos e um profissional e/ou equipe de saúde e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da existência de alguma patologia ou não (Johansen e cols., 1994; Brasil, 2011). Destarte, avaliamos o atributo longitudinalidade (AD) pela conjugação

dos escores obtidos entre seus dois componentes: o grau de afiliação (A) e o processo de cuidado, vínculo¹ (D), além de analisarmos cada um dos componentes separadamente.

Nossos resultados apontam para uma baixa orientação à APS no atributo longitudinalidade, com escore sintético de 4,93, determinado por uma baixa pontuação de seu componente de estrutura – o grau de afiliação (A) que obteve escore de 3,03, enquanto que seu componente de processo – vínculo (D) foi bem avaliado pelos usuários, atingindo a pontuação de 6,79 (tabela 4).

O grau de afiliação, como denominado no instrumento utilizado, refere-se à identificação e a utilização de um serviço de APS como a fonte regular de cuidado e espelha o quanto o paciente se sente “pertencente” ao serviço. Para isso é fundamental, inicialmente, que haja a disponibilidade do serviço e que esteja de acordo com as necessidades da população (Cunha e Giovanella, 2011), mostrando uma interdependência com o acesso. Em nossa pesquisa, esse foi o componente que recebeu o mais baixo escore (tabela 4), configurando uma baixa identificação dos usuários com os seus serviços de origem, sendo significativamente pior avaliado pelos usuários não atendidos pela ESF (tabela 7). Para um melhor entendimento das questões subjacentes que possam estar envolvidas nessa baixa avaliação, optamos por analisar as respostas de cada um dos itens separadamente, já que abordam diferentes aspectos.

Quando perguntados qual é o serviço onde geralmente levam seus filhos em caso de necessidade, 44% dos usuários de ESF e 23% dos atendidos em modelo não ESF identificaram a UBS como a fonte de atenção (gráfico 10). É um resultado relativamente ruim, principalmente se considerarmos que todos os usuários da ESF são cadastrados nas unidades. Comparativamente a outros estudos, nossos pacientes se sentem menos afiliados à UBS de referência, em ambos os modelos. Em estudo realizado em Minas Gerais

¹No instrumento o componente de processo é chamado longitudinalidade (D), porém optamos por chamar de vínculo para não haver confusão entre o componente e o atributo longitudinalidade (AD), formado pela composição dos dois componentes.

77,7% dos entrevistados identificaram a unidade de ESF como seu serviço de afiliação (Leão e Caldeira, 2011) e, em Porto Alegre, Harzheim (2004) descreveu que 32,9% dos pacientes de unidades tradicionais e 22,6% dos de unidades de ESF dizem escolher outro serviço que não a unidade básica.

Ainda que nossos pacientes do modelo ESF tenham avaliado significativamente melhor o grau de afiliação (tabela 7), mesmo assim esse escore foi baixo, apesar da adscrição da clientela nesse modelo de atenção. É interessante notar que, embora cerca de 2/3 dos usuários pertencentes ao modelo ESF reconheçam a UBS como o serviço que mais conhece a criança ou adolescente (gráfico 11) e o que consideram mais responsável por esse atendimento (gráfico 12), menos da metade (44%) respondeu que é lá que levam seus filhos quando há uma necessidade em saúde (gráfico 10). Esse resultado está em consonância com o que já foi discutido anteriormente em relação ao padrão de utilização e a legitimação, por parte dos usuários, dos serviços de urgência/emergência.

Por outro lado, esse maior reconhecimento da UBS como fonte regular de cuidados para os pacientes do modelo ESF em comparação aos demais, possivelmente se deve a fatores relacionados aos princípios desse modelo: a adscrição da clientela, a presença dos agentes comunitários que permitem uma maior identificação do usuário com o serviço e a abordagem centrada no paciente que fortalece o vínculo. Esses mesmos fatores podem justificar, em parte, a boa avaliação que o componente de processo - vínculo (D) – recebeu em nosso trabalho, uma vez que esse componente aborda aspectos da consulta relacionados à relação médico-paciente que é favorecida por esses princípios descritos.

Porém, esse componente, relacionado ao relacionamento entre o paciente e o profissional, também foi bem avaliado pelos usuários do modelo tradicional, não havendo diferença significativa na avaliação desse quesito entre os dois modelos (tabela 7), indicando que outros fatores, além dos princípios da ESF, devem contribuir para esse alto escore. Em todos os tra-

balhos o vínculo / acolhimento recebeu índices de avaliação satisfatórios, com aprovação acima de 70%. Apenas Ibañez e cols. (2006) encontraram diferença entre as UBS com ESF e as tradicionais, com a ESF avaliando melhor. Os demais autores (Harzheim, 2004; Elias e cols., 2006; Macinko e cols., 2007; Sala e cols., 2011a), como nós, também não verificaram diferenças entre os modelos de atenção, como seria de se esperar. Portanto, há de se considerar que outros aspectos, além da postura profissional, estejam envolvidos nessa avaliação. Tanaka e Espírito Santo (2008), ao avaliarem a qualidade da atenção básica em um distrito sanitário de São Paulo, já haviam chamado a atenção para a valorização da figura do médico, decorrente da forma como se estabelece a relação médico-paciente de forma desigual entre as partes, na qual há grande dependência por parte dos pacientes. Brandão e cols. (2013), citando Melo e cols¹., descreveram que “as relações assimétricas e não participativas pouco contribuem para o desenvolvimento da capacidade crítica e reivindicatória dos atores envolvidos”. Além disso, em nosso estudo, não encontramos influência das variáveis de renda e escolaridade sobre a avaliação do vínculo, mas temos que considerar que esses usuários entrevistados são SUS-dependentes e, portanto, sem o poder da escolha. O serviço, por ser gratuito, muitas vezes é interpretado como um favor ou doação e não como um direito (Costa e cols., 2008).

Sintetizando, consideramos que múltiplos fatores possam explicar a boa avaliação que recebeu o componente de processo, vínculo (D), além daqueles referentes ao serviço prestado. Provavelmente, assimetrias na relação que se estabelece entre o serviço e o usuário, o alto grau de dependência desses últimos e a falta de opção, agravados pela dificuldade de acesso, tenham contribuído para baixas expectativas por parte da população e consequente melhor avaliação. A interação entre esses vários fatores pode explicar o achado paradoxal encontrado: o baixo grau de afiliação, ou “reco-

¹Melo EM. et al. Organization of primary health care in cities belonging to project for expansion and consolidation of the family health strategy in Mato Grosso State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Suppl 1), p. S29-41

nhecimento do serviço”, em contraposição à boa pontuação recebida pelo componente de vínculo.

Cabe comentar que, em nossa pesquisa, encontramos uma grande parcela de usuários das AMAs, sendo que 25% dos pacientes de ESF e 27% dos não ESF relataram a procura dessas unidades quando necessitam de atendimento (gráfico 10). Apesar disso, menos de 10% respondeu que esse tipo de serviço é o que conhece melhor a criança ou adolescente (gráfico 11), com consequente prejuízo da qualidade de atendimento. A criação das unidades de AMA, no município de São Paulo, teve como objetivo principal ampliar o acesso à rede básica no atendimento de necessidades médicas imediatas (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2009), porém a lógica de funcionamento dessas unidades não favorece o princípio da longitudinalidade. Um estudo acerca das condições de funcionamento das AMAs verificou haver uma fraca articulação dessas unidades com os demais serviços de atenção básica e que, ao se centrar no atendimento tipo queixa-conduta, há comprometimento da integralidade e da continuidade do cuidado (longitudinalidade) (Puccini, 2008), o que é particularmente desfavorável aos pacientes com condições crônicas. Há de se considerar também que, como descrito por Puccini (2008), esse estilo de “produção-consumo” de serviços reforça, entre os pacientes e os profissionais, a valorização de atendimentos “pontuais e repetitivos”, sem um adequado seguimento, com consequências no padrão de utilização dos serviços de saúde. Embora em sua dissertação de mestrado Pereira (2010) tenha descrito uma redução das internações por CSAP após a implantação das AMAs, outros estudos são necessários para avaliar o impacto dessa modalidade de atendimento.

8.3.3 INTEGRALIDADE

Assim como acontece com os demais atributos, também encontramos uma polissemia de conceitos e de termos referentes à integralidade.

Adotamos a concepção de Starfield, para a qual integralidade diz respeito à capacidade do serviço de APS de fornecer à população toda a gama de serviços que ela necessita, seja resolvendo o que for de sua competência, seja encaminhando para os demais níveis de atenção quando a complexidade da situação assim exigir. Desse modo, para que o serviço de APS seja considerado provedor de atenção integral, deve ser capaz de reconhecer as necessidades da população, a partir de um conceito amplo de saúde, e oferecer ações de promoção / prevenção / cura e reabilitação, por meio de uma variedade de serviços, que incluam apoio diagnóstico e terapêutico. Caso a necessidade não possa ser atendida pelo próprio prestador da APS, este deve encaminhar e facilitar a obtenção do recurso em outro serviço ou nível de atenção (Johansen e cols., 1994; Brasil, 2011).

A integralidade é um dos princípios do SUS¹ e a sua importância foi reafirmada no Pacto pela Saúde. Não há consenso o quão abrangente deve ser essa oferta de serviços, principalmente porque as necessidades variam para cada população, mas não há dúvidas que a integralidade é fundamental para que a APS funcione adequadamente como porta de entrada no sistema. Muitos benefícios são relatados quando a APS promove a atenção integral: mais prevenção, maior adesão ao tratamento e maior satisfação por parte da clientela (Brasil, 2011).

Em nosso estudo, na perspectiva dos usuários, os serviços não estão fornecendo uma atenção integral, nem estruturalmente, com os serviços disponíveis, nem no processo de cuidado, com os serviços prestados (tabela 4). Não houve diferença nessa avaliação com nenhuma variável estudada (tabela 9). Por outro lado, sob a ótica dos profissionais, esse atributo apresentou forte orientação (tabela 13), apesar de aparecer nas entrevistas realizadas com os gestores (tabela 3) diversas queixas que comprometem a oferta de atenção integral, como será discutido.

Em relação aos serviços prestados, as questões do instrumento utili-

¹Integralidade: SUS --- artigo 7º inciso II da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990)

zado abordam ações de prevenção e promoção da saúde da criança, dessa forma, esperávamos encontrar melhores resultados, principalmente entre as crianças de menor idade, que fazem seguimento de puericultura, e entre os usuários da ESF, que, por seus princípios, adota uma abordagem mais ampla no processo saúde-doença. Embora na pesquisa realizada por Sala e cols. (2011), também no município de São Paulo, os usuários tenham reconhecido os serviços de APS como locais privilegiados para ações preventivas e de controle da saúde, nossos resultados foram semelhantes a outros referentes à saúde infantil. Tanto Harzheim (2004), utilizando o mesmo instrumento que o nosso, em Porto Alegre, como Costa e cols. (2011), com outro método, em um município de Minas Gerais, encontraram resultados insatisfatórios ao abordar os pontos relacionados à prevenção e promoção da saúde. Esses autores atribuem esses achados à dificuldade de assimilação da importância desses aspectos e de oferecer uma atenção que vá além do caráter curativo. A mudança do padrão assistencial depende de modificações mais profundas no modo de pensar/agir em relação à saúde.

O item alusivo aos serviços disponíveis, muitas vezes descrito como “elenco de serviços” é de mais fácil mensuração e mais abordado na literatura. Embora nossos usuários tenham avaliado esse componente um pouco melhor do que o referente ao processo (serviços prestados), ainda assim seus resultados foram insatisfatórios (tabela 4). Há de se considerar, entretanto, que as perguntas do PCATool – criança que compõem esse quesito versam apenas sobre o elenco de serviços que podem ser oferecidos na própria unidade, não abordando aqueles que necessitam de encaminhamentos, como a realização de exames e avaliação de especialistas, aspectos importantes ao se falar em integralidade da atenção. Caso contrário, esperaríamos que nossos resultados fossem ainda piores, baseado nas falas dos gestores. Nas entrevistas realizadas com os responsáveis pelas UBS, metade considerou inadequado o acesso a exames e a grande maioria apontou dificuldades no acesso a serviços especializados (tabela 3). Não obstante a existência, no nosso município,

do sistema SIGA saúde, que é um sistema de informação que permite às unidades básicas contatarem uma central de regulação para a marcação de consultas e exames especializados, foram citados diversos problemas como: oferta de vagas insuficiente para a demanda, grande tempo de espera, localização e distância dos serviços especializados, dificuldade de agendamento e até falta de funcionários para acessar o sistema SIGA, dificultando o acesso aos serviços de média/alta complexidade, comprometendo a integralidade da assistência oferecida. É interessante notar que essas queixas por parte dos gestores não condizem com o alto score atribuído ao atributo integralidade por parte dos profissionais (tabela 13), possivelmente pelo teor das perguntas que compõem o instrumento.

Elias e cols. (2006) e Ibañez e cols. (2006) obtiveram avaliações sobre o elenco de serviços mais favoráveis do que as nossas, mas também só pesquisaram os serviços básicos. Por outro lado, os estudos que buscaram informações sobre o acesso à atenção especializada a partir da APS, também trouxeram à tona as dificuldades de articulação com os demais níveis de atenção, como aquelas descritas em nossas entrevistas com os gestores (Souza e cols., 2008; Heimann e cols., 2011; Cursino e Fujimori, 2012; Azevedo E Costa, 2010). Os motivos relacionados por esses autores para justificar esses problemas são o aumento da demanda, decorrente da recente ampliação da cobertura da APS, e o processo inacabado da descentralização. Se considerarmos os dados publicados pela prefeitura municipal (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2013), entre os anos de 2004 e 2007, na região Centro-Oeste, houve aumento no número de UBS (de 30 para 34) e a criação de 8 AMAs, não acompanhados pelo aumento do número de ambulatorios de especialidades e de hospital municipal na região, indicando que o crescimento da cobertura e de acesso à APS não veio acompanhada por maior oferta nos demais níveis de atenção. Não houve, portanto, maior oferta estrutural de equipamentos, e nem de modificações na organização dos serviços, de modo que, a APS tem funcionado apenas como “porta de

entrada para a unidade, mas não para o SUS” (Cursino e Fujimori, 2012), sendo verificados “gargalos” no sistema (Azevedo E Costa, 2010).

8.3.4 COORDENAÇÃO

O quarto e último atributo classificado como essencial à APS é a coordenação, que é fundamental para a efetividade dos demais atributos. *“Sem coordenação a longitudinalidade perde muito de seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa”* (Brasil, 2011).

Coordenação é a dimensão que permite a organização do cuidado e das ações em saúde recebidas pelo paciente, de maneira a garantir a continuidade do cuidado. *“Coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”* (Starfield, 2002). A essência da coordenação é a informação, que deve ser disponível, de fácil acesso e ser utilizada (Brasil, 2011). Por meio da informação o profissional conhece o que já aconteceu com o paciente e que outros cuidados ele vem recebendo ou já recebeu, o que pode ter implicações nas decisões terapêuticas a serem tomadas. Dessa forma, várias são as vantagens de um cuidado pautado na coordenação: identificação de todos os problemas do paciente, tratamentos mais adequados e com menores riscos, menos intervenções desnecessárias, melhor aderência à terapêutica proposta, diminuição do número de exames complementares e menos chances de internação (Johansen e cols., 1994; Brasil, 2011). Como sua base é a informação, seja entre diferentes profissionais de um mesmo serviço ou de serviços diferentes, é fundamental que ocorra um adequado registro dos atendimentos nos prontuários e mecanismos de referência e contrarreferência que assegurem a comunicação entre eles. Novas tecnologias de informação, como prontuários eletrônicos e sistemas de informação em rede, têm sido descritas como maneiras de facilitar e melhorar a coordenação. No Brasil, pesquisas sobre a continuidade de informação

ainda são pouco difundidas (Cunha e Giovanella, 2011).

Em nosso estudo a Coordenação foi o único atributo que ficou com o escore sintético maior do que 6,6, indicando forte orientação aos princípios da APS (tabela 4). Não encontramos influência de nenhuma variável nessa avaliação (tabela 8). O bom escore obtido para a coordenação foi determinado pela pontuação do componente de estrutura – sistema de informações – que foi o que teve maior escore entre todos os componentes, enquanto que o de processo – integração de cuidados – não atingiu a pontuação de corte, ficando com 5,27 (tabela 4).

Assim como discutimos o possível papel do instrumento ter afetado a pontuação recebida para os serviços disponíveis, ao analisarmos o atributo integralidade, aqui também consideramos a possibilidade do tipo de questões ter determinado o alto escore observado para o item de sistema de informações e, conseqüentemente, do atributo coordenação. Esse quesito é composto por 3 perguntas: a primeira delas avalia a postura do próprio usuário (se ele leva registros de atendimento, carteira de vacinação, receitas etc na consulta) o que deve ter contribuído para elevar a pontuação; a segunda pergunta é sobre o prontuário estar disponível durante a consulta, também passível de viés, uma vez que a própria ficha de atendimento do dia poder ser considerada, pelos pacientes, como o prontuário e, a terceira, questiona se o usuário pode ler o prontuário, o que não é algo que interfira na coordenação, propriamente dita. Consideramos que os elementos mais importantes relacionados ao sistema de informações não têm como ser julgados pelos usuários, como a adequação dos registros feitos em prontuário e a existência de tecnologias de informação que permitam o fluxo de dados sobre o paciente entre diferentes profissionais e entre diferentes serviços. Dessa forma, em nosso entender, a boa avaliação desse atributo, sob a perspectiva dos pacientes, deve ser menos valorizada.

A observação do outro componente, aquele que avalia a coordenação durante o processo de atendimento, ou seja, o quão o profissional de APS

sabe ou procura saber sobre o cuidado recebido pelo paciente em outro nível de atenção, mostra, em primeiro lugar, que menos de 25% de nossa amostra já havia passado em consulta em algum serviço especializado, por isso o número de respostas foi bem menor nesse item. Para esses usuários, a integração dos cuidados foi insatisfatória, atingindo um escore de 5,27 (tabela 4). Não encontramos, na avaliação feita pelos usuários, relação com nenhuma variável, entretanto, verificamos, assim como para a maioria dos atributos analisados, uma avaliação significativamente melhor por parte dos profissionais (tabelas 13 e 14 e gráfico 13). Atribuímos esse achado também ao instrumento empregado.

Os resultados da coordenação são bastante diversificados entre os estudos. Elias e cols. (2006), Macinko e cols. (2007) e Viana e cols. (2008), todos utilizando o PCATool, relataram bons resultados em relação à coordenação do cuidado, não encontrando diferenças nem entre usuários e profissionais e nem entre os modelos de atenção. Entretanto, vários outros autores referem problemas nesse atributo, principalmente no que se refere aos mecanismos de referência e contrarreferência entre os diferentes serviços (Harzheim, 2004; Ibañez e cols., 2006; Sala e cols., 2011, OPAS, 2010). Em nossa pesquisa não foi possível verificar, por meio do instrumento utilizado, esse trânsito de informações entre os servidores, mas sabemos que não existem mecanismos operacionais implantados que favoreçam a contrarreferência.

Os problemas de comunicação entre os serviços não é uma exclusividade de nosso meio, sendo descritos também em países da união europeia, para os quais é descrita a presença de barreiras estruturais que dificultam a coordenação (Saltman e cols., 2006). Naqueles países, se observa diversas configurações na atenção à saúde prestada, mas as reformas organizacionais realizadas no intuito de melhorar a coordenação do cuidado destacam dois itens: 1. a importância da APS funcionar como “gatekeeper” ou porta de entrada obrigatória ao sistema e 2. a necessidade de haver credibilidade

do generalista perante os especialistas e os pacientes (Giovanella, 2006). Nesse sentido, verificamos que 2/3 da nossa amostra, sem diferença entre os modelos de atenção, respondeu que só consegue consulta com o médico especialista após o encaminhamento do médico da UBS (tabela 6), aparentando que nossos serviços têm funcionado como “porta de entrada”, porém já discutimos anteriormente a falta de legitimação dos serviços de APS perante a população, em contraste com a valorização da densidade tecnológica, o que pode comprometer a coordenação do cuidado, de acordo com esses dois pressupostos. Outros autores também têm descrito a falta de credibilidade da APS como um dos fatores que dificultam que atenção primária ocupe a sua posição estratégica no sistema (Conill e cols., 2010).

Na América Latina, incluindo o Brasil, a avaliação dos sistemas de saúde aponta que há persistência de segmentação e fragmentação dos serviços (Conill e cols., 2010). A fragmentação dos sistemas de saúde além de comprometer a coordenação e a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, prejudica a racionalidade na utilização e organização dos serviços, dificultando o acesso e a continuidade da atenção. A superação da fragmentação tem sido objeto de preocupação em diferentes países, por meio da construção das redes de atenção à saúde (OPAS, 2011b), conforme descrito na introdução. A constituição das redes de atenção, ordenadas pela APS, tem sido descritas como o caminho a ser seguido, porém observa-se, em diferentes publicações, que ainda estão longe de ser implantadas na prática (Van Stralen e cols., 2008; Conill e cols., 2010; Costa e cols., 2011).

Sintetizando, embora a coordenação tenha recebido uma boa avaliação por parte dos usuários, consideramos que tal achado está atrelado ao instrumento utilizado, que não permite a identificação dos aspectos relacionados ao papel da APS como o eixo organizador da rede de atenção.

8.3.5 ORIENTAÇÃO FAMILIAR E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Além dos quatro atributos essenciais discutidos acima, a concepção de Starfield propõe que a APS é qualificada por mais três características: a atenção centrada na família, ou orientação familiar, a atenção centrada na comunidade, ou orientação comunitária e a competência cultural de seus provedores. Esses atributos derivados aumentam o poder de interação entre o serviço e os indivíduos e a comunidade (Starfield, 2002). Durante o processo de validação do PCATool aqui no Brasil, o atributo de competência cultural foi excluído (Harzheim e cols., 2006b) e, portanto, esse não foi objeto de nossa avaliação.

Enquanto a orientação familiar compreende o conhecimento dos membros da família do paciente e de seus problemas, a orientação comunitária pressupõe que as necessidades em saúde se relacionam à situação social. Dessa forma, ao permitirem a identificação do contexto em que vive o paciente, esses dois atributos favorecem uma atenção mais integral e efetiva (Starfield, 2002).

Em nossa pesquisa, ambos os atributos tiveram avaliações muito semelhantes: foram significativamente melhor avaliados pelos profissionais (tabela 14) e, sob a ótica dos pacientes, nenhum alcançou o escore de corte (tabela 4), mas foram significativamente melhor avaliados pelos usuários da ESF em relação àqueles do modelo tradicional (tabela 10). Nossos resultados foram similares aos de outros estudos: Macinko e cols. (2007), em Petrópolis; Elias e cols. (2006), Ibañez e cols. (2006), Viana e cols. (2008), Sala e cols. (2011a), em São Paulo, e Van Stralen e cols. (2008), nos municípios do Centro-Oeste, os quais também verificaram baixas pontuações para esses atributos, e, aqueles que compararam por modelo de atenção, descreveram superioridade da ESF. Os baixos escores verificados nessas dimensões expressam que os princípios da ESF ainda não estão concretizados, por requererem mudanças de paradigmas e de comportamento, características mais difíceis de serem alteradas, porém, como houve diferenças entre os dois modelos, já estão começando a ter reflexos na prática profissional.

8.3.6 *ESCORE ESSENCIAL E ESCORE GERAL*

O escore essencial é a média aritmética da pontuação recebida pelos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e o geral corresponde à essa média, porém incluindo os atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária).

Os nossos resultados apontam que, sob a perspectiva dos usuários, os serviços de atenção básica avaliados não estão suficientemente orientados aos princípios norteadores da APS. Essa percepção dos pacientes difere da observada pelos profissionais, para os quais tanto o escore essencial como o geral ficaram acima do valor de corte (tabelas 13 e 14 e gráfico 13). Essa baixa orientação aos princípios da APS era a hipótese inicial e está de acordo com o verificado em outras pesquisas realizadas com pacientes internados por CSAP (Nedel e cols., 2010; Toso, 2011).

Na análise bivariada, as variáveis que apresentaram significância para uma melhor pontuação do escore essencial foram a idade e o modelo de atenção (tabela 11). A ESF foi melhor avaliada em todos os quatro atributos essenciais, embora tenha sido estatisticamente significante apenas para o acesso e a longitudinalidade. A associação entre a idade e o escore essencial deve estar relacionada à relação inversa observada entre a faixa etária e a proporção de respostas com forte orientação observada nos atributos acesso e longitudinalidade, mesmo não tendo significância quando analisados cada uma dessas dimensões isoladamente.

Para o escore geral, a única variável que se mostrou significativamente associada à avaliação foi o modelo de atenção (tabela 11). Também quando aplicado o modelo hierárquico, observamos que a única variável que se manteve relacionada a uma melhor avaliação da APS dessa região foi o modelo de atenção, não havendo influência de nenhuma variável relacionada às características dos pacientes. Embora a maior parte dos usuários do modelo da ESF também ter atribuído escore menor do que 6,6, a chance de

um paciente desse modelo considerar que a atenção recebida contempla os princípios da APS é o dobro em relação àqueles do modelo tradicional (tabela 12). Outros autores, como nós também descreveram resultados insatisfatórios para a atenção básica e, aqueles que compararam modelos de atenção também verificaram um melhor desempenho da ESF, seja avaliando as ICSAP ou não (Harzheim, 2004; Elias e cols., 2006; Facchini e cols., 2006; Ibañez e cols., 2006; Viana e cols., 2008; Nedel e cols., 2008; Fernandes e cols., 2009; Leão e Caldeira, 2011). Em todas as dimensões avaliadas, a ESF recebeu maior proporção de forte orientação, não sendo observada uma diferença estatisticamente significativa apenas na coordenação e na integralidade, justificando esse melhor desempenho da ESF no Escore Geral. As possibilidades associadas a esse resultado foram discutidas em cada dimensão separadamente e se relacionam, provavelmente, ao maior grau de afiliação que esse modelo proporciona aos seus usuários, o que, em última análise, se reflete no padrão de utilização dos serviços e em sua melhor avaliação por parte dos pacientes.

8.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como o estudo foi desenvolvido apenas com pacientes internados por CSAP, as proporções verificadas dessas hospitalizações não representam o risco de internar por essas condições na região estudada e nem estabelecer inferências se as variáveis estudadas se relacionaram a maior ou menor risco de internar por essas causas. Da mesma maneira, o desenho da pesquisa, não permite estabelecer relação de causalidade, apenas de associação entre as variáveis relacionadas aos pacientes e ao modelo de atenção e os escores obtidos em cada um dos atributos da APS.

A população objeto do estudo apresenta, como viés de seleção, uma maior representatividade de indivíduos expostos a maiores riscos, sejam individuais, sejam relacionados aos serviços de APS que recebem, mas o

objetivo principal era identificar as falhas de atenção, permitindo repensar sobre as práticas assistenciais e adequá-las às características e às necessidades de nossa população.

Não foram verificados nem o manejo clínico recebido por essas crianças e adolescentes e nem os fatores relacionados às políticas de internação hospitalar, que também podem ter contribuído para a hospitalização, mas como o desfecho estudado não era o risco de ocorrer a ICSAP, essas limitações não interferiram com os resultados observados.

| CONCLUSÕES _

9 CONCLUSÕES

1. Os baixos escores essencial e geral apontam que os serviços básicos oferecidos às crianças e adolescentes internados por CSAP na região oeste do município de São Paulo, têm baixa orientação aos princípios da APS.

2. A proporção de ICSAP foi alta na população estudada, particularmente no primeiro ano de vida.

3. Sob a perspectiva dos usuários, foi verificada uma baixa orientação aos princípios da APS, identificando-se deficiências em todos os atributos avaliados:

- 3.1. o acesso foi um dos atributos com pior avaliação, sendo identificados, como prováveis fatores condicionantes: a presença de barreiras de acesso, principalmente para os atendimentos não agendados, a legitimação dos serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro e de maior densidade tecnológica perante a população e a cultura arraigada de que as crianças mais velhas e os adolescentes, independentemente de apresentarem patologia crônica, não necessitem de acompanhamento médico de rotina;
- 3.2. a longitudinalidade também teve um desempenho bastante insatisfatório, decorrente da baixa identificação entre os usuários com os seus serviços de referência, principalmente entre aqueles do modelo tradicional. Os princípios da ESF, associados à assimetria que se estabelece nas relações entre médicos e pacientes, devem ter contribuído para a boa avaliação do componente referente ao vínculo;
- 3.3. problemas na integralidade da atenção também foram constatados, porém o instrumento não permitiu identificá-los nas entrevistas realizadas com os responsáveis pelas crianças;
- 3.4. sob a ótica do usuário, o instrumento utilizado não permitiu avaliar adequadamente a APS enquanto coordenadora das redes de atenção;

3.5. tanto a orientação comunitária como a orientação familiar ainda estão aquém do esperado, embora sejam melhor avaliados entre os usuários da ESF.

4. Embora também não tenha atingido a pontuação de corte, o modelo da ESF apresentou o dobro de chance de que seus usuários avaliassem melhor o serviço, refletindo que as mudanças no modelo assistencial estão no caminho certo.

5. Com exceção da dimensão acesso, os profissionais consideraram que os serviços apresentam forte orientação à APS, apresentando avaliações bem melhores em relação às realizadas pelos usuários.

| CONSIDERAÇÕES FINAIS _

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo dos resultados desse estudo e das análises feitas, alguns aspectos merecem ser ressaltados.

Em primeiro lugar, reforça-se a importância dos estudos de avaliação dos serviços de saúde, realizados a partir da ótica dos vários atores envolvidos e sob a abordagem de diferentes e complementares métodos, permitindo a apreensão dos diversos fatores envolvidos na qualidade da atenção e da complexa relação que estabelecem entre si.

Reitera-se a APS enquanto eixo ordenador da assistência à saúde, considerando a necessidade de: 1. mudanças na organização dos serviços, 2. implantação de sistemas de informação que permitam o fluxo de informações e favoreçam a integralidade da atenção e 3. adoção de posturas acolhedoras e que aumentem o vínculo do usuário com a sua unidade. Esses aspectos, favoreceriam a mudança do padrão de utilização dos serviços, melhorando os resultados em saúde.

Por fim, é reconhecida a ESF como um modelo assistencial com potencial para mudar os paradigmas vigentes.

| **ANEXOS** _

Anexo A: Lista de diagnósticos incluídos na pesquisa (de acordo com a Lista brasileira – Alfradique, 2009)

DIAGNÓSTICO	CID-10
DOENÇAS INFECCIOSAS	
Coqueluche em crianças entre 1 e 5 anos de idade	A37
Difteria	A36
Hepatite B	B16
Meningite por Haemophilus em crianças ≤ 5 anos	G00.0
Meningite tuberculosa	A17.0
Tuberculose do sistema nervoso	
Meningoencefalite tuberculosa	
Polineuropatia tuberculosa	
Abscesso tuberculoso cerebral	
Tuberculoma do cérebro	
Parotidite	B26
Caxumba	
Complicações por caxumba: orquite , meningite, encefalite, pancreatite, artrite, miocardite, nefrite, polineuropatia	
Rubéola	B06
Rubéola congênita	
Complicações por rubéola: encefalite, meningite, meningoencefalite, artrite, pneumonia	
Sarampo	B05
Complicações por sarampo: encefalite, meningite, pneumonia, otite média, complicações intestinais, ceratite, ceratoconjuntivite	
Tétano em crianças entre 1 e 5 anos de idade	A33–A35
Tuberculose miliar	A19
Febre reumática aguda	I00–I02
Cardite reumática	
Coréia reumática	
Sífilis	A51–A53
Neurossífilis	
Sífilis congênita	
Tuberculoses	A15.4–A15.9, A16.3–A16.9, A17.1–A17.9
Tuberculose pulmonar	A15.0–A15.3, A16.0–A16.2
DOENÇAS GASTROINTESTINAIS E DESIDRATAÇÃO	
Desidratação	E86
Depleção de volume	
Hipovolemia	

Gastroenterites GECA Diarréia aguda (DDA) Disenteria Cólera, febre tifóide, salmonelose, shigelose, amebíase, intoxicação alimentar, infecção por rotavírus ou outros vírus	A00-A09
Úlcera gástrica, duodenal, péptica ou não localizadas com hemorragia e/ou perfuração	K25 K26 K27 K28
ANEMIA E DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS	
Deficiência de ferro em ≤ 5 anos Anemia Ferropenia	D50
Kwashiorkor e demais desnutrições protéico-calóricas Desnutrição	E40-E46
Outras deficiências nutricionais, raquitismo	
DOENÇAS DE PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO	
Abscesso cutâneo, furúnculo, carbúnculo ou antraz Furunculose	L02
Celulite Linfangite aguda	L03
Impetigo	L01
Linfadenite aguda Adenite aguda	L04
Outras infecções de pele e tecido subcutâneo Piodermite	L08
DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO	
Pielonefrite (aguda ou crônica) Nefrite túbulo-intersticial (aguda ou crônica)	N10 N11 N12
Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0
CONVULSÕES	
Epilepsia Convulsão Crise convulsiva Mal epilético ou mal convulsivo	G40, G41
DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	
NFECÇÕES DE OUVIDO, NARIZ, GARGANTA, FARINGE, LARINGE	
Amigdalite aguda Amigdalite estreptocócica, amigdalite por outros agentes, abscesso periamigdaliano	J03

Faringite aguda	J02
Dor de garganta, abscesso faríngeo, abscesso periamigdaliano	
Infecção aguda das vias aéreas superiores	J06
IVAS	
Laringofaringite aguda	
Laringite aguda	
Nasofaringite aguda (resfriado comum)	J00
Rinofaringite aguda, rinite infecciosa	
Otite média supurativa	H66
Rinite, nasofaringite e faringite crônica	J31
Sinusite aguda	J01
Pansinusite aguda	
Abscesso, empiema, infecção de seios da face	
PNEUMONIAS	
Pneumonia	J15.8-J15.9
Broncopneumonia	J18
BCP	J14
	J13
	J15
OUTROS PROBLEMAS PULMONARES	
Asma	J45, J46
Crise asmática	
Bronquite asmática	
Mal asmático	
Bronquite aguda	J20
Broncoespasmo (BCE)	J21
Crise de broncoespasmo	J40
Crise de sibilância	J41
Bronquiolite aguda	
Bronquite não especificada como aguda ou crônica	
Bronquite catarral	
Tranqueobronquite, traqueíte	J42
Bronquite crônica simples e mucopurulenta	
Bronquite crônica não especificada	
Bronquiectasia	J47
Enfisema	J43
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
DOENÇAS CARDÍOVASCULARES	
Doença cardíaca hipertensiva	I11
Hipertensão arterial (primária ou essencial)	I10
Angina pectoris	I20, I24
Insuficiência cardíaca (ICC)	I50
Edema agudo de pulmão	J81
Doenças cérebro-vasculares	I63-I67, I69, G45, G46
Acidente vascular cerebral (AVC)	

DIABETES MELLITUS	
Diabetes mellitus com coma ou cetoacidose Cetoacidose diabética Diabetes mellitus tipo I (DMI) ou insulino-dependente Diabetes mellitus tipo II (DMII) ou não insulino-dependente Primodescompensação diabética Descompensação diabética	E10.0-E10.1, E11.0-E11.1, E12.0-E12.1, E13.0-E13.1, E14.0, E14.1
Sem complicações específicas	E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9
Com complicações (renais, oftalmológicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, outras, múltiplas, não especificadas)	E10.2-E10.8, E11.2-E11.8, E12.2-E12.8, E13.2-E13.8, E14.2-E14.8
DOENÇAS DO APARELHO GENITAL FEMININO	
Salpingite e ooforite	N70
Doença inflamatória do útero	N71
Doença inflamatória do colo do útero	N72
Cervicite	N73
Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N76
Outras afecções inflamatórias da vagina e vulva	
Vulvovaginite, vaginite, vulvite	
Doenças da glandula de Bartholin	N75
Bartolinite	

Anexo B: Questionário para caracterização sociodemográfica dos usuários

Número: _____ Data de preenchimento: _____

1. Nome da criança: _____

2. Número da matrícula HU: _____

3. Data de nascimento: _____

4. Data de admissão: _____ Data da alta hospitalar: _____

5. Diagnóstico de admissão: _____

6. Sexo: ☐ masculino ☐ feminino7. Raça: ☐ branca ☐ negra ☐ parda ☐ amarela ☐ indígena

8. Nome do responsável: _____

9. Grau de parentesco: ☐ mãe ☐ pai ☐ outro – qual? _____

10. Endereço: _____

11. UBS de referência:

☐ Jd.Boa Vista☐ Jd.São Jorge☐ Vila Dalva☐ Jd.D'Abril☐ Paulo VI☐ Vila Nova Jaguaré☐ Vila Sônia☐ Rio Pequeno☐ Vila Borges☐ Jd. Jaqueline☐ Caxingui☐ Butantã / Vila Gomes☐ Real Parque☐ J.M.Malta Cardoso

12. Escolaridade da mãe:

☐ sem escolaridade ☐ fundamental incompleto ☐ fundamental completo☐ médio incompleto ☐ médio completo ☐ nível superior

13. Profissão da mãe: _____

14. Profissão do pai: _____

15. Renda mensal: _____

☐ até ½ SM☐ + ½ a 1 SM☐ + 1 a 2 SM☐ + 2 a 5 SM☐ + 5 a 10 SM☐ 10 SM ou mais

Anexo C: Questionário aplicado aos usuários – PCATool – Brasil versão criança (Brasil, 2010)

<p align="center">INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança A - GRAU DE AFILIAÇÃO</p>	
<p>A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você <u>geralmente leva</u> o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Sim (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.)</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima</p> <p>☐ Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é <u>mais responsável</u> pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas.)</p> <p>☐ Não</p> <p>☐ Sim, mesmo que A1 & A2 acima</p> <p>☐ Sim, o mesmo que A1 somente</p> <p>☐ Sim, o mesmo que A2 somente</p> <p>☐ Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)</p> <p>Nome do profissional ou serviço de saúde: _____</p> <p>Endereço: _____</p>	
<p>Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO</p> <p>AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se o entrevistado indicar o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5). - Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5). - Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5). - Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5). 	
<p>A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____</p>	
<p>Esclareça ao entrevistado que:</p> <p>A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):</p> <p>A5 - _____ ("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)</p>	

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ("consulta de rotina"), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 - Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Quando o (a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 - Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 - É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA ("consulta de rotina") no(a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 - Quando você chega no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 - É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando você pensa que é necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 - Quando o "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

D - 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
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “médico/ enfermeiro” que melhor conhece sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 - Você acha que o “médico/ enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D4 - O(a) “médico/ enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D5 - O (a) “médico/ enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “médico/ enfermeiro”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D7 - O “médico/ enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D8 - O (a) “médico/ enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Continua...

Continuação					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 - O "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- ☐ Sim
☐ Não (Passe para a questão F1)
☐ Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

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
E2 - O (a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?"	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 - O (a) "médico/enfermeiro" da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 - O "médico/enfermeiro" de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 - Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

F - 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
F1. Quando você leva sua criança no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2. Quando você leva sua criança no (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro...")

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Vacinas (imunizações).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G3 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G4 - Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G5 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G6 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G7 - Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G8 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G9 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

"Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu "médico/enfermeiro", algum destes assuntos foram conversados com você?"

Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 - Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H3 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H4 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 - Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I2 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I3 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I4 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I5 - O seu/ sua "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I6 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

J - 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
J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?					
J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Anexo D: Questionário aplicado aos profissionais – PCATool – Brasil versão profissional (Brasil, 2010)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ☐	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 julgarem 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 ☐
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ☐	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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 ☐	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 prescritas 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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 ☐	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	Provavelmente, sim	Provavelmente, 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 necessita 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	Provavelmente, sim	Provavelmente, 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 Papanicolaou).	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	Provavelmente, sim	Provavelmente, 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	Provavelmente, sim	Provavelmente, 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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 ☐	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 ☐

Anexo E: Questionário aplicado aos gestores para caracterização das UBS

Número: _____ Data de preenchimento: _____

1. UBS: _____

2. End: _____

3. Nessa UBS são desenvolvidas atividades de ensino? () Sim () Não

4. Qual é a população coberta por essa UBS? _____

5. Modelo: () ESF () Tradicional () Mista

Se for modelo Tradicional, pular para pergunta 9

6. Desde quando atende no modelo ESF / mista? _____

7. Qual a situação atual de cadastramento da população da área de abrangência dessa UBS?

() Cadastramento não iniciado

() Em fase inicial de cadastramento

() Mais da metade da população cadastrada

() Cadastramento concluído

() ignorado

8. Quantas equipes de saúde da família existem nessa UBS? _____

9. Há programa de agentes comunitários (ACs) nessa UBS? () Sim () Não

10. Qual é o número atual de profissionais que trabalham nessa UBS?

Médicos: _____ Enfermeiros: _____ Auxiliares de enfermagem: _____

Agentes comunitários: _____

11. Tem pediatras? () Não () Sim – quantos? _____

12. Essa UBS está vinculada a algum AMA?

() Não () Sim – qual? _____

13. Você considera as instalações físicas da UBS adequadas (incluindo acesso a pessoas com necessidades especiais)?

() Sim () Não – porque: _____

14. Você considera os equipamentos disponíveis nessa UBS adequados (incluindo para o atendimento externo dos ACs)?

() Sim () Não – porque: _____

15. Você considera adequada a dispensação de medicamentos nessa UBS?

() Sim () Não – porque: _____

16. Você considera o acesso da UBS a exames complementares adequado?

() Sim () Não – porque: _____

17. Você considera o acesso da UBS a serviços especializados adequado?

() Sim () Não – porque: _____

18. A equipe dessa UBS tem acesso a serviço de emergência de retaguarda?

() Sim () Não

19. A equipe dessa UBS tem acesso a serviço de internação hospitalar de retaguarda?

() Sim () Não

20. Qual é o horário de funcionamento dessa UBS (dias da semana e horário)?

21. Em relação aos pacientes com queixas agudas e que não têm consulta agendada no dia:

- () são atendidos no mesmo dia (encaixe)
- () são remarcados na mesma semana
- () são encaminhados para o AMA
- () são encaminhados para o serviço de emergência de referência
- () outro – qual? _____

| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar RATD. *A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil* [dissertação online]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003 [acessado em 25 fev. 2013]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ECJS-76RHW7>
2. Alfradique M E, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LF, Simoni CD, Turci MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saude Publica* 2009; 25(6): 1337-49.
3. Alves Sobrinho EJM, Capucci PF. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001 - 2002. *Estud. av.* 2003; 17(48): 209 – 26.
4. Andrade LOMD, Cunha ICDH, Bezerra R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCSM, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, editores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz; 2006. p. 783 – 848.
5. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1): 87-93.
6. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(35): 797 - 810.
7. Barreto JO, Nery IS, Costa MOS. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saude Publica* 2012; 28(3): 515 – 26.
8. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12(1): 162-73.
9. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de Linha de Base

- do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Pro-esf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11(3): 725 – 31.
10. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998 – 2009. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2): 359-66.
 11. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EURO-PEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc saúde coletiva* 2013; 18(1): 103-14.
 12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Para entender a gestão do SUS 3 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2011.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde. Caminhos da Institucionalização*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.221, 17 de abril 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União* [online]. Brasília (DF). 2008. (acessado em 17 jun 2010). Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica* [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2012 [acessado em 20 mar. 2013]. Série E. Legislação em Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamen-

- to de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool*. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
 18. Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RF, Peres CA. Fatores associados a internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev Saude Publica* 2002; 36(3): 285-91.
 19. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.* 2011; 11(1): 61-71.
 20. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Advances of the investigation of “Ambulatory Care Sensitive Conditions” in primary care in Spain. *Rev Esp Salud Publica* 2002; 76(3): 189-96.
 21. Caminal J, Starfiled B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004; 14(3): 246-51.
 22. Caminal JCH, Casanova C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ACSC. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003; 31(1): 61-5.
 23. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000-2009. *Cad Saude Publica* 2012; 28(5): 845-55.

24. Campos CEA. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no *Brasil*. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. 2006; 2(6): 131-47.
25. Casanova C, Colomer C., Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996; 8(1): 51-9.
26. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv*. 1995; 25(2): 283-94.
27. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105(4 Pt 2): 998-1003.
28. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev Saude Publica* 2005; 39(2): 277-84.
29. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* 2002; 7(4): 795 - 811.
30. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Matos RA editores. Os sentidos da integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ; 2001.
31. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2010; 10(supl. 1): S15 - S27.
32. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(Suppl 1): S7-16.
33. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc*

- saude coletiva* 2006; 11(3): 705 - 11.
34. Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC, Ferreira MLSM. Avaliações em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis* 2008; 18(4): 705 - 26.
 35. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brazil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(7): 3229-40.
 36. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004; 94(11): 1864-74.
 37. Cunha EM, Giovanella L. longitudinalidade/continuidade do cuidado; identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(Suppl 1): 1029-42.
 38. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro* 2012; 20 (esp. 1): 676 - 80.
 39. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care (Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol 44, pg 166-203, 1966). *Milbank Quarterly* 2005; 83(4): 691-729.
 40. Elias PE, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev. bras. epidemiol.* 2008; 11(4): 633 – 47.
 41. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Jr A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(3): 633 - 41.
 42. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cien*

- Saude Colet.* 2006; 11(3): 669 - 81.
43. Falik M, Needleman J, Wells BL, Korb J. Ambulatory care sensitive hospitalizations and emergency visits: experiences of Medicaid patients using federally qualified health centers. *Med Care* 2001; 39(6): 551-61.
 44. Fernandes VB, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2009; 43(6): 928-36. .
 45. Ferrer APS, Sucupira ACSL, Grisi SJFE. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of Sao Paulo, Brazil. *Clinics* 2010; 65(1): 35-44.
 46. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998; 88(9): 1330-6.
 47. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Cien Saude Colet.* 2001; 6(1): 165 - 81.
 48. Garg A, Probst JC, Samuels ME. Potentially preventable care: ambulatory care-sensitive pediatric hospitalizations in South Carolina in 1998. *South Med J.* 2003; 96(9): 850-8.
 49. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(6): 1171-81.
 50. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med.* 1998; 7(4): 352-7.
 51. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008: 575 - 625.
 - 52.51. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5): 951-63.
 53. Guedes JS. Oito anos construindo o SUS no Estado de São Paulo. *Estud. av.* 2003; 17(48): 229 - 40.
 54. Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos AP. Mortalidade

- infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saude Publica* 1996; 30(4): 310-8.
55. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, Oliveira MMC, Pinto MEB. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006 a; 6: 156.
 56. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006b; 22 (8): 1649-59.
 57. Harzheim E, Stein AT, Álvarez-Dardet C, Cantero MTR, Kruse CK, Vidal TB, Nava TR. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista da AMRGIGS*, Porto Alegre 2005; 49(4): 248-52.
 58. Harzheim E. *Evaluación de la salud infantil del Programa Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil*. [tese online]. Espanha: Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante; 2004. (acessado em 28 mar 2013). Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/erno2005.pdf>.>
 59. Heimann LS, Ibanhes LC, Boaretto RC, Castro IEN, Telesi Jr E, Cortizo CT, Fausto MCR, Nascimento VB, Kayano J. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Cien Saude Colet*. 2011; 16(6): 2877-87.
 60. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes HMD, Viana ALA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(3): 683 - 703.
 61. Johansen AS, Starfield B, Harlow J. *Analysis of the concept of primary care for children and adolescents. A policy research brief* [online]. 1994 (acessado 10 mai 2013). Child and Adolescent Health Policy Center. The John Hopkins University. Baltimore. Disponível em: < http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/womens-and-childrens-health-policy-center/publications/Analysis_Concept_Primary_Care.pdf>.

62. Kovacs MH, Feliciando KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(3): 251-8.
63. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 867 - 74.
64. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(11): 4415-23.
65. Lentsck MH, Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(Suppl. 3): 3455-66.
66. Lenz MLM, Flores R, Pires NV, Stein AT. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com. Rio de Janeiro* 2008; 3(12): 271 - 81.
67. Lima RN, Medeiros Jr ME, Martins JS, Santos EP, Bouget MMM. Desempenho de indicadores nos municípios com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com. Florianópolis* 2012; 7(24): 164 - 70.
68. Macinko J, Almeida C, Oliveira ES, Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int. J. Health Plann. Manage* 2004; 19(4): 303-17.
69. Macinko J, Almeida CA, Sá, PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007; 22(3): 167-77.
70. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J. Epidemiol. Community Health* 2006; 60(1): 13-9.
71. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101(10): 1963-70.

72. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag. Care* 2009; 18(6): 44-8.
73. Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L, Mattke S, Mainz J. OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *Int. J. Qual. Health Care* 2006; 18(suppl. 1): 21-5.
74. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. editores. *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador / Rio de Janeiro: EDUFBA / Fiocruz; 2010: 41 - 63.
75. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*. 2009; 12(2): 204 - 13.
76. Mello GA, Ibañez N, Viana ALA. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no estado de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 853-66.
77. Mello GA, Viana ALA. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *Hist. Cien. saude – Manguinhos*. 2001; 18(4): 1131 – 49
78. Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
79. Mendes EV. Agora mais que nunca. Uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde [online]. Belo Horizonte; 2009a (acessado em 22 mar. 2013). Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf>.
80. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009b.
81. Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. *Revista Mineira de Saúde Pública* [online]. 2004 (acessado 5 abr 2013);

- 4 (ano 3): 4 - 26. Disponível em: < <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/07/revista04.pdf>>.
82. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan.* 2012a; 27(4): 348-55.
 83. Mendonça CS, Oliveira VB, Dourado I, Lenz MLM. Uso do indicador Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária na avaliação das condições de saúde. In: Gusso G, Lopes JMC editores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática.* : Artmed; 2012b: 505-16.
 84. Menec VH, Sirski M, Attawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J. Health Serv. Res. Policy.* 2006; 11(4): 196-201.
 85. Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 837 - 52.
 86. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Xavier AL, Costa AF. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.* 2010; 10(supl. 1): 583 -91.
 87. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saude* 2010; 19(1): 61 - 75.
 88. Nedel FB, Facchini LA, Martin-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saude Publica* 2008; 42(6): 1041-52.
 89. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5): 547-9.
 90. Organização Mundial da Saúde. *Declaration of Alma-Ata.* International

- Conference on Primary Health Care. Alma – Ata (USSR) [online]; 1978 (acessado em 25 fev. 2013). Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>.
91. Organização Mundial da Saúde. *Primary health care, including health system strengthening* [online]. Sixty-Second World Health Assembly; 2009 (acessado em 27 fev. 2013). Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf>.
 92. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados Primários - *Agora Mais do que Nunca* [online]. Tradução de Maria Cristina Moniz Pereira, Fátima Hipólito e Paulo Ferrinho. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa (Portugal); 2008 (acessado em 27 fev. 2013). Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>.
 93. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *A atenção á saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate* [online]. Brasília (DF); 2010 (acessado em 24 mar. 2013). Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1366&Itemid=423>.
 94. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de atenção à saúde. Resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras* [online]. Brasília(DF); 2011 (acessado em 24 mar. 2013). Disponível em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1367&Itemid=423>.
 95. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* [online]. 2005 (acessado em 27 fev. 2013). Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/ad/th/s/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>.
 96. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saude Publica*. 1998; 32(4): 299 - 316.
 97. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospita-

- lizations. *J. Fam. Pract.* 1994; 39(2): 123-8.
98. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten. Primaria* 2007; 39(8): 395-401.
99. Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005 - 2009. *Epidemiol. Serv. Saude* 2012; 21 (2): 275-82.
100. Penna MLF. *Condição marcadora e evento-sentinela na avaliação de serviços de saúde*. Texto de apoio da unidade I do Projeto GERUS [online]. Brasília; 1997 (acessado 14 abr 2013). Disponível em:< <http://www.rdquality.com/dow/Evento%20sentinela%20na%20avalia%E7%E3o%20da%20sa%FAde.pdf>>.
101. Pereira DCD. *Estudo do impacto das AMAs na demanda de internações por condições sensíveis à atenção básica no município de São Paulo* [dissertação online]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas; 2010 (acessado 4 jun 2013). Disponível: < <http://hdl.handle.net/10438/4947>>.
102. Pires VATN. *Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde* [dissertação online]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008 (acessado 4 jun 2013). Disponível:< <http://hdl.handle.net/1843/GCPA-7HHJG3>>.
103. Prefeitura Municipal de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. *Indicadores para diagnóstico sintético de saúde. Cidade de São Paulo 2004 – 2011* [online]. São Paulo: ano 8; 2013 (acessado 20 abr. 2013). Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Indicadores_DS_Caderno_2004_2011.pdf>.
104. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Diretrizes técnicas da Assistência Mé-

- dica Ambulatorial da Atenção Básica [online]. São Paulo (SP); 2009. (acessado em 29 mar. 2013). Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_Manual-DiretrizesTécnicas.pdf>.
105. Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos-sentinelas para o monitoramento da atenção básica em saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(9): 2032 - 42.
 106. Puccini PT. As unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12): 2755 - 66.
 107. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto contexto - enferm.* 2012; 21(3): 535 - 42.
 108. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(12): 4755-66.
 109. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013; 59(2): 120-7.
 110. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perlin EB, Feldman JJ, Leaverton PE, Lane M, Sencer DJ, Evans CC. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N. Engl. J. Med.* [online]. 1976 (acessado 14 abr 2013); 294(11): 582-8. Disponível em: < <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197603112941104> >.
 111. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marisiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 948 - 60.
 112. Sala A, Mendes JDV. Perfil dos Indicadores da Atenção Primária à

- Saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 912 – 26.
113. Saltman RB, Rico A, Boerma WG. *Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à Saúde. Reforma organizacional na atenção primária europeia.* [online]. Tradução de Newton Lemos. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e séries Políticas. OPAS/OMS Representação Brasil; 2006. (acessado em 27 mar. 2013). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atenc_prim_cond_redes_aten_a_saude_2010.pdf>.
 114. Sampaio LFR, Mendonça CS, Lermen Jr N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC editores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática.* : Artmed; 2012: 28-41.
 115. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam. Salud Publica* 2012; 31(3): 260-8.
 116. Santos JLF, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estud. av.* 1999; 13(35): 71-88.
 117. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(4): 749-57.
 118. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Suppl 1): S100-10.
 119. Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saude Publica* 2011; 45 (4): 765-72.
 120. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO / Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
 121. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994; 344(8930): 1129-33.
 122. Starfield B. *Primary Care. Concept, evaluation and policy.* New York: Oxford University Press; 1992.
 123. Sucupira, ACSL. Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saú-

- de Brasileiras [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 1981.
124. Sucupira, ACSL. Saúde da Criança. In: Gusso G, Lopes JMC editores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. : Artmed; 2012: 661-72.
 125. Starfield B., Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457-502.
 126. Sucupira ACSL. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. *Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro.* 1998; 32(2): 61-78.
 127. Tanaka OY, Espírito Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.* 2008; 8(3): 325 – 32.
 128. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 927 - 34.
 129. Tejada de Rivero DA. Alma - Ata revisited. *Perspectives in Health.* 2003; 8(2): 3-7.
 130. Toso BRGO. Resolutividade do cuidado à saúde das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis à atenção básica [tese online]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. 2011 (acessado 27 mar 2013). Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08082011-155759/pt-br.php>.
 131. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(Suppl 2): S190-8.
 132. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Suppl 1): S148-58.
 133. Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção bá-

sica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 16(suppl. 1): 1029-42.

134. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int. J. Epidemiol.* 1997; 26(1): 224-7.

| APÊNDICES _

Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – usuários**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuários**

O título de nossa pesquisa é “Avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde prestada às crianças menores de 12 anos moradoras da região oeste do município de São Paulo.” Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Primária que as crianças da região oeste do município de São Paulo recebem. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde. Parte dessa entrevista será gravada em áudio. A gravação será utilizada apenas para análise pelos responsáveis pela pesquisa e não será apresentada em nenhum meio de divulgação. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde e de seu filho (a), apenas a disponibilidade de tempo para responder ao questionário. A entrevista será feita no Hospital Universitário e contamos com cerca de 30 minutos da sua atenção. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e nem no Hospital Universitário e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu,..... fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas ape-

nas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Entrevistador

Identificação do entrevistado:

Nome da criança: _____ Data de nascimento: _____

Nome do responsável: _____ Data de nascimento: _____

Grau de parentesco: _____

RG: _____ Sexo: () masculino () feminino

Endereço: _____

Telefone: _____

Identificação do pesquisador:

Pesquisador: Dra Ana Paula Scoleze Ferrer. Médica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Telefone para contato: 3091-9432

CEP-HU: Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária –

CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452

- E-mail: cep@hu.usp.br.

Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – profissionais**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde prestada às crianças menores de 12 anos moradoras da região oeste do município de São Paulo” que tem por objetivo avaliar a qualidade da Atenção Primária oferecida às crianças da região oeste do município de São Paulo. Essa pesquisa está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Participarão do estudo os profissionais das UBS pertencentes à região oeste do município de São Paulo que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um questionário para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao questionário. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado.

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 acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e 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. Declaro que, após convenientemente escla-

recido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Entrevistador

Identificação do entrevistado:

Nome: _____ Data de nascimento:

RG: _____ Sexo: () masculino () feminino

Endereço: _____

Telefone: _____

Identificação do pesquisador:

Pesquisador: Dra Ana Paula Scoleze Ferrer. Médica do Instituto da Criança do hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Telefone para contato: 3091-9432

Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: Endereço: R. General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com.

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário: Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br.

Apêndice C: Termo de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário

São Paulo, 24 de setembro de 2010.

Ilmo(a). Sr(a).

Profa. Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi
Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** "Avaliação da efetividade da atenção primária à saúde prestada às crianças menores de 12 anos moradoras da Região Oeste do Município de São Paulo" - **Pesquisador(a) responsável:** Profa. Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi - **Co-Investigador(es):** Ana Paula Scoleze Ferrer - **Registro CEP-HU/USP:** 1039/10 - **SISNEP CAAE:** 0069.0.198.015-10.

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 24 de setembro de 2010, analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, inciso IX.2, letra "c".

O primeiro relatório está previsto para 24 de setembro de 2011.

Atenciosamente,

Dra. Simone dos Reis Brandão da Silveira
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2505 - Cidade Universitária - 05508-000 - São Paulo - SP
Tel.: (11) 3091-9451 - Fax: (11) 3091-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

Apêndice D: Termo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

**PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0095.0.162.000-11

São Paulo, 20 de Setembro de 2013
PARCERIA Nº 277/13 - CEP/SMS

2. - Considerações.

2.2 Apresentação do Protocolo

2.2.1 A Folha de Rosto está corretamente preenchida.

2.2.2 O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

2.2.3 O orçamento detalhado está adequado. O projeto foi submetido ao edital 014/2010 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado sob o número 480932/2010-7, contando com o financiamento dos custos previstos no orçamento.

2.2.4 O cronograma da pesquisa está adequado.

2.3 Avaliação dos riscos e benefícios

2.3.1 A metodologia é adequada aos objetivos.

2.3.2 A metodologia impõe discreta condição de desconforto ao sujeito da pesquisa.

2.3.3 Não há grupos vulneráveis envolvidos.

2.3.4 Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Os dois TCLE não estão redigidos na forma de convite e não há informações sobre como entrar em contato com o CEP-SMS.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.3464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

Página 4/4

Apêndice E: Tarja de respostas

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