BRUNO BRUNELLI

**Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção
primária em dois modelos coexistentes na rede básica de
saúde do município de São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de: Clínica Médica

Área de Concentração: Educação e
Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Judith
Martins Benseñor

**SÃO PAULO
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Brunelli, Bruno

Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do município de São Paulo / Bruno Brunelli. -- São Paulo, 2016.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Clínica Médica. Área de Concentração: Educação e Saúde.
Orientadora: Isabela Judith Martins Benseñor.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Medicina de família e comunidade
3.Avaliação de serviços de saúde 4.Estratégia saúde da família 5.Assistência
ambulatorial 6.Brasil

USP/FM/DBD-128/16

*Aos meus pais, Wagner e Sandra, por todos os sacrifícios
suportados durante os meus anos de formação.*

*Ao mestre Gustavo Gusso, por seu brilhantismo, que é fonte
constante de inspiração, e por ter me mostrado que existe esperança
na Medicina.*

*A minha esposa Wesllanny, por sempre me estimular a
prosseguir.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por todas as oportunidades, pela inspiração e pelo sustento nos momentos de maior ansiedade.

À Professora Isabela Benseñor, por tanta dedicação, acessibilidade e paciência.

Ao Professor e amigo Gustavo Gusso, por proporcionar minha iniciação na Medicina de família e comunidade com tantas boas lições e com tantos conselhos nos tempos de Liga de Saúde da Família. Pelas tantas oportunidades oferecidas desde então, incluindo este doutorado, pelos incentivos, pelo suporte e pela paciência.

Ao Professor Itamar Santos, cujos conhecimentos estatísticos ajudaram em muito a construção desse trabalho.

Ao Professor Erno Harzheim e à Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por disponibilizarem o instrumento em formato otimizado e financiarem a aplicação dos questionários deste trabalho.

Aos meus pais, que sempre acreditaram que o sonho deles era possível.

A minha esposa Wesllanny, pelo amor dedicado, pelo incentivo e pela compreensão nos momentos de ausência.

À Equipe Amarela da UBS Luar do Sertão, em suas várias formações (Lilian, Silmara, Rose, Ruth, Lena, Alessandra, Celiemile, Sandreline, Edson e Maria), assim como também à Equipe Azul da UBS Jardim Eledy (Eliane, Paula, Lu, Mari, Eliene, Fátima, Célia, Francisca, Ester e Sandra), por suportarem meu cansaço e me fazerem acreditar que uma equipe bem afinada é essencial para um serviço de Atenção Primária à Saúde de qualidade.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta 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 Anneliese 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; 2011.

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

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	3
1.1 Sistemas de Saúde	3
1.2 Definição de Atenção Primária à Saúde.....	5
1.3 Histórico do Sistema de Saúde Brasileiro	7
1.4 O Sistema Único de Saúde	9
1.5 PACS, PSF e a Estratégia Saúde da Família (ESF)	12
1.6 A Implantação da ESF na cidade de São Paulo.....	14
1.7 A ESF e o Problema da Acessibilidade.....	15
1.8 As Unidades de Atendimento à Demanda Espontânea	17
1.9 Comparação com os <i>Walk-in Centres</i>	21
1.10 Avaliações	23
1.11 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	26
1.12 O <i>Primary Care Assessment Tool</i> (PCATool)	31
2 OBJETIVOS.....	37
3 MÉTODOS	41
3.1 Características do Local de Estudo e dos Serviços	41
3.2 População incluída no estudo	43
3.3 Aplicação do PCATool	44
3.4 Avaliação sociodemográfica.....	46
3.5 Sistematização das entrevistas.....	47
3.6 Ética	48
3.7 Análise estatística	49
4 RESULTADOS.....	53

5 DISCUSSÃO	71
5.1 Considerações finais sobre as diferenças entre AMA e UBS.....	90
5.2 Limitações	94
6 CONCLUSÃO	97
7 REFERÊNCIAS.....	101
8 APÊNDICES	
8.1 Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
8.2 Apêndice B - Questionário Auxiliar	
8.3 Apêndice C - PCATool – Brasil Versão Adulto - Versão do Entrevistador	
8.4 Apêndice D - PCATool – Brasil Versão Adulto - Ficha de Entrevista	

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Assistências Médicas Ambulatoriais
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
APS	Atenção Primária em Saúde
APSS	Atenção Primária à Saúde Seletiva
CASSI-RS	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CHCs	<i>Community Health Centers</i>
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSEM	Centro de Saúde Escola Murialdo
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INS	Índice de Necessidades de Saúde
IPRS	Índice de Responsabilidade Social do Estado de São Paulo
IQs	Intervalos Interquartis
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PACS/PSF	Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>

PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SES-RS	Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASP	Centro Universitário Adventista de São Paulo
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização das Unidades na Cidade de São Paulo.....	43
-----------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da Amostra de acordo com as principais variáveis sociodemográficas	53
Tabela 2	Características gerais da amostra estudada de acordo com a afiliação aos serviços de saúde	55
Tabela 3	Distribuição dos entrevistados por equipe e por serviço afiliado (UBS, AMA e Outros).....	57
Tabela 4	Características gerais da amostra estudada de acordo com equipe a que pertence.....	57
Tabela 5	Comparação entre a Equipe Amarela e o conjunto das outras equipes em relação às variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa.....	59
Tabela 6	Comparação entre o conjunto das Equipes Amarela e Verde, e com outras equipes em relação às variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa.....	60
Tabela 7	Escore de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda: Atributos A a D.	61
Tabela 8	Escore de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda: Atributos E a H.	61
Tabela 9	Escore de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda: Atributos Derivados I e J e Escore Geral.....	62
Tabela 10	Escore médios dos itens do PCATool por Local de atendimento.	62
Tabela 11	Comparação dos Escores de APS entre Estudos Brasileiros que compararam ESF com UBST.....	80
Tabela 12	Comparação dos Escores de APS entre Estudos Brasileiros que avaliaram serviços de APS como um todo.....	81
Tabela 13	Comparação dos Escores dos Atributos de APS entre Estudos Internacionais Ocidentais.	84
Tabela 14	Comparação dos Escores dos Atributos de APS entre Estudos Orientais.....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Itens que não apresentaram diferença estatisticamente significante para seus escores médios entre AMA e UBS	68
Quadro 2	Itens da AMA com maior orientação a APS.	68

RESUMO

Brunelli B. *Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do município de São Paulo* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

INTRODUÇÃO: Serviços de saúde desenvolvidos para a atenção à demanda espontânea de baixa complexidade como as *Walk-in Clinics* canadenses e britânicas estão sendo oferecidos no Brasil como alternativa à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em São Paulo, recebem o nome de Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA). Entretanto, não há estudos comparativos entre eles. **OBJETIVO:** Comparar aspectos estruturais e processuais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), vinculada à ESF, e de uma AMA utilizando a ferramenta de avaliação PCATool. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal utilizando o instrumento para avaliação de qualidade de serviços de APS, *Primary Care Assessment Tool*, – versão validada para o Português (PCATool Brasil), em uma área da Zona Sul da cidade de São Paulo coberta por dois modelos de serviços voltados para a APS: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), parte integrante da ESF, e uma AMA. Participaram da pesquisa 616 adultos maiores de 18 anos, residentes na área adstrita à UBS, cadastrados ou não à UBS. Foi considerado como fator de exclusão não estar afiliado a nenhum dos dois serviços de interesse do estudo, o que, na prática, se traduziu por não ter passado nenhuma vez em consulta na UBS ou na AMA durante último ano. Além do questionário do PCATool Brasil, composto por 87 perguntas focadas na mensuração dos atributos essenciais e derivados da APS, um questionário sociodemográfico foi aplicado para incluir dados como idade, sexo, profissão, escolaridade e classe social. A coleta dos dados aconteceu na casa dos usuários, em horários variados, entre novembro de 2013 e julho de 2014, por meio de entrevistadores capacitados previamente. Cada visita demorou entre 20 a 40 minutos. Não houve contato telefônico anterior. Os escores individuais do PCATool Brasil dos serviços AMA e UBS foram calculados conforme manual do instrumento. **RESULTADOS:** Dos 616 questionários, 76,3% eram afiliados à UBS e 12,3% a AMA. Os frequentadores da UBS pertenciam a uma classe social mais baixa comparados aos da AMA. A UBS apresentou escores essencial e geral maiores: 5,64 (IC95% 5,53-5,74) e 5,58 (IC95% 3,44-3,95), respectivamente, contra 3,70 (IC95% 3,44-3,95) e 3,38 (IC95% 3,08-3,59) da AMA. Teve médias superiores em quase todos os atributos, alcançando alta orientação à APS em dois: “utilização” (7,22 – IC95% 6,97-7,47) e “sistemas de informação” (7,31 – IC95% 7,15-7,47). A AMA apenas foi superior em relação à “acessibilidade” que apresentou escore de 3,68 (IC95% 3,38-3,98) contra 2,46 (IC95% 2,34-2,58) da UBS, mas não apresentou nenhum atributo com alta orientação à APS (nenhum atributo teve escore > 6,6). **DISCUSSÃO:** De maneira geral, os usuários avaliam mal os atributos de APS propostos por Starfield nos dois serviços, em um nível aquém

do considerado satisfatório, embora os escores da UBS sejam mais elevados do que os da AMA em 8 dos 10 atributos. **CONCLUSÃO:** A UBS Luar do Sertão e a AMA Pq. Fernanda não estão cumprindo suas potencialidades de maneira satisfatória. Seus usuários percebem pouco os atributos de APS propostos por Starfield nos dois serviços avaliados pelo PCATool Brasil. Embora a UBS apresente uma performance melhor do que a AMA, ela ainda está muito abaixo do esperado, sendo necessária implementação de mudanças que melhorem seu desempenho, assim como o da AMA.

Descritores: atenção primária à saúde; Medicina de família e comunidade; avaliação de serviços de saúde; estratégia saúde da família; assistência ambulatorial; Brasil.

ABSTRACT

Brunelli B. *Assessment of the presence and extent of primary care attributes in two health services of the primary health care network of the city of São Paulo* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

INTRODUCTION: In Brazil, Health Care Services focused on low-complexity demand as the Canadian and British walk-in clinics are available in Brazil as an alternative option to the Family Health Strategy (FHS - Estratégia Saúde da Família). In the city of São Paulo, they are called Outpatient Medical Care units (Assistências Médicas Ambulatoriais - AMA). However, there are no studies comparing the performance of these two strategies. **OBJECTIVE:** To compare structural and procedural aspects of two services in the city of São Paulo: a Basic Health Unit (BHU) of the FHS, and an AMA using the Primary Care Assessment Tool – Portuguese validated version (PCATool Brazil). **METHODS:** A cross-sectional study to assess the presence and extent of primary health care (PHC) attributes in an area covered by two Primary Care units of São Paulo: a Basic Health Unit (Unidade Básica de Saúde – BHU), part of the FHS, and an AMA. PCATool Brazil questionnaire were applied to 616 adults older than 18 years, living in the area linked to the BHU, registered or not in the BHU. Individuals with affiliation to none of the two services, i.e., that did not used the units in the last year, were excluded from the analysis. Besides the PCATool Brazil questionnaire, composed by 87 questions focused on the measurement of the essential and derived PHC attributes, the researchers applied a sociodemographic questionnaire to evaluate sociodemographic characteristics such as age, sex, occupation, education and social class. Data collection occurred between November 2013 to July 2014 in the participant household at different schedules during the day by previously trained interviewers. Each visit demanded 20 to 40 minutes. There was no previous phone contact. PCATool Brazil scores for AMA and BHU units were calculated as instructed by PCATool's manual. **RESULTS:** Of the 616 questionnaires, 76.3% reported an affiliation with the BHU and 12.3% with the AMA. BHU users were from lower social level compared to the AMA. BHU presented higher essential and general scores: 5.64 (95%CI, 5.53 to 5.74) and 5.58 (95%CI, 3.44 to 3.95), respectively, compared to 3.70 (95%CI 3, 44 to 3.95) and 3.38 (95%CI 3.08 to 3.59) of the AMA. BHU showed higher average scores in almost all attributes, reaching high PHC orientation in two of them: "First Contact - Utilization" (7.22 - 95%CI, 6.97 to 7.47) and "Coordination - information systems" (7.31 - 95%CI, 7,15 to 7.47). In the AMA, the only attribute that scored higher than in BHU was "accessibility" with a score of 3.68 (95%CI, 3.38 to 3.98) compared to 2.46 (95% CI 2.34 to 2.58) in the BHU. Therefore, AMA did not present any attributes with high PHC orientation (no attributes had scores > 6.6). **DISCUSSION:** In general, the users identified a very low level of satisfactory development of PHC attributes in the two services evaluated, although BHU scores are higher than AMA's in 8 of the

10 attributes. CONCLUSION: UBS Luar do Sertão and AMA Pq. Fernanda did not fulfill all their possible potentials. Users realize few of the attributes proposed by Starfield for each one of the services. Although the UBS present a better performance compared to the AMA, it is lower than expected. It is necessary to make some changes to improve the performance of these units.

Descriptors: primary health care; family practice; health services evaluation; family health strategy; ambulatory care; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Diversos modelos de atendimento convivem no sistema de saúde brasileiro. É foco deste trabalho a comparação entre dois deles e a implicação disso para a qualidade dos serviços oferecidos à população.

1.1 Sistemas de Saúde

Não há concordância absoluta entre os autores sobre a definição de sistema de saúde (VIACAVA *et al.*, 2004). As definições e os conceitos variam de acordo com os valores, os princípios e as concepções do que é saúde e qual o papel do Estado em relação ao provimento de serviços de saúde para suas populações. Talvez a definição mais clássica seja a de Roemer (1991): “um sistema de saúde é a combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população” (ROEMER, 1991). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define sistema de saúde como o “conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população” (WHO, 2000).

A organização de um sistema de saúde é complexa. Os serviços que o compõe não apresentam uma relação harmônica, mas funcionam de forma conflitiva por meio de trajetórias próprias. Podem ser internos ao sistema, mas são influenciados profundamente por elementos externos a ele como instituições geradoras de recursos, de conhecimento e de tecnologias. Seus objetivos e suas funções dependerão dos interesses dos diversos segmentos da sociedade e de seu momento histórico.

Starfield (2002) afirma que a compreensão atual de sistema de saúde inclui otimizar a saúde da população da forma mais eficiente possível e minimizar as desigualdades entre grupos populacionais, promovendo equidade, mas nem sempre foi assim. Do fim do século XIX até a década de 1960, o

Ocidente viveu um processo de racionalização que, invariavelmente, atingiu a formação médica e os modelos de organização dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Para Pagliosa *et al.* (2008), a publicação do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report), em 1910, legitimou a consolidação do modelo científico na medicina norte-americana e transformou o hospital no centro da assistência durante o século XX (PAGLIOSA *et al.*, 2008). Os avanços científicos que ocorreram após a Segunda Guerra Mundial consolidaram esta ênfase biologicista abrindo caminho para especializações e subespecializações cada vez mais reducionistas, sobrando pouco espaço para as dimensões social, psicológica e econômica na saúde. A atenção à saúde tornou-se gradativamente mais multifacetada e menos preventiva (QUEIROZ, 1986).

Pagliosa *et al.* (2008) colocam que as críticas a esse sistema se intensificaram a partir da década de 60, no que ficou conhecido como a “crise da medicina”. O otimismo que havia por se acreditar que a tecnologia erradicaria a maioria das doenças cedeu lugar à percepção da realidade das limitações da ciência (PAGLIOSA *et al.*, 2008). Ehrenreich (1978) mostrou em artigo de 1978 que, em vários países, o aumento do nível de atividade médica numa certa sociedade, a partir de certo ponto, não correspondia a um aumento proporcional do nível de saúde da população, observando-se a crescente alocação de recursos para a área médica com ganhos em saúde pública cada vez menores (EHRENREICH, 1978). Powles (1980) chamou isso de “um dos mais notáveis paradoxos da cultura médica” (POWLES, 1980).

A constatação de que os serviços de saúde no Ocidente estavam se tornando cada vez mais caros e ineficientes levou à valorização de iniciativas que apontavam para outras direções. No Reino Unido, a iniciativa de organização da atenção à saúde em três níveis, que já havia começado na década de 20 e ficou conhecida como Relatório Dawson, ganhou notoriedade em meio à crise. Esta iniciativa consistia na construção de uma rede de serviços formada por centros de saúde primários, centros secundários e hospitais-escola, organizada e planejada para responder às necessidades de

uma população específica da forma mais eficiente possível, minimizando desigualdades (OPAS, 1964).

Muitos países europeus, como a Holanda e a Dinamarca, imitaram o modelo britânico antes que sua eficácia fosse comprovada. Eles investiram em sistemas baseados nos centros de saúde primários e alcançaram ótimos indicadores (GÉRVAS & FERNÁNDEZ, 2006). Estas experiências e outras de países com recursos para a saúde limitados, como China, Tanzânia, Sudão e Venezuela, nas décadas de 60 e 70, influenciaram a OMS na construção de políticas de saúde nesses moldes para países em desenvolvimento. Este movimento culminou na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, no Cazaquistão (RIVERO, 2003)

Sob o tema “Saúde para todos no ano 2000”, a conferência concluiu seus trabalhos com a criação e publicação da Declaração de Alma-Ata, documento norteador que comprometia os países signatários a promover um nível satisfatório de saúde a seus cidadãos até o fim do milênio. Orientava os investimentos no nível primário de atenção, promovendo a aproximação do sistema de saúde aos cidadãos por meio da regionalização, melhorando a equidade no cuidado ao promover a resolução dos principais problemas sanitários, e o foco na necessidade de integração e coordenação com os demais níveis de atenção.

O Conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) adquiriu relevância mundial a partir deste momento. Muitos países falharam na aplicação das mudanças propostas pelo documento de Alma-Ata, mas os que obtiveram sucesso mostraram, por meio de estudos de comparação, que investir no nível primário de atenção promovia melhores índices de saúde (STARFIELD, 2002).

1.2 Definição de Atenção Primária à Saúde

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é o “nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas”, “aborda os problemas mais frequentes na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-

estar”, “fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras”, coordena e integra a atenção, formando a base e determinando “o trabalho de todos os outros níveis”. “Não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas”, mas se diferencia da atenção secundária por lidar com problemas mais frequentes e menos definidos, ser menos intensiva e hierárquica, e atuar em unidades comunitárias mais próximas do ambiente no qual as pessoas vivem (STARFIELD, 2002).

A *Charter for General Practice/Family Medicine in Europe*, Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa, desenvolvida por um grupo de trabalho da OMS, define a APS como um sistema acessível e aceitável; que distribui equitativamente os recursos de saúde; integra e coordena os serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; controla de forma racional a tecnologia e aumenta a relação custo-efetividade por meio de seus atributos. De acordo com Starfield⁴, são quatro os atributos essenciais da APS: longitudinalidade, integralidade, coordenação e acessibilidade. Ela ainda enumera três atributos derivados: atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural (WHO, 1994).

Entende-se por longitudinalidade a atenção contínua oferecida ao usuário que resulta em uma relação interpessoal intensa e de confiança mútua com o profissional de saúde; integralidade é o leque de serviços disponíveis suficientes para tratar, prevenir ou reabilitar, incluindo os encaminhamentos para especialidades focais e serviços de urgência; coordenação da atenção é a capacidade do nível primário de integrar todo o cuidado oferecido ao usuário, inclusive os efetuados em outros níveis de atenção; e acessibilidade é o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (exceto em caso de verdadeiras urgências e emergências médicas) e envolve a localização do estabelecimento, seus horários de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Define-se saúde centrada na família a avaliação das necessidades individuais nunca esquecendo o contexto familiar; entende-se por orientação comunitária o contato direto com a comunidade e uma visão epidemiológica para planejamento e avaliação dos serviços; e competência cultural é a forma

como a equipe de saúde se adapta às características culturais específicas da comunidade.

Estas doutrinas de cuidados de saúde primários influenciaram vários países em desenvolvimento logo após Alma-Ata. Críticos, porém, consideravam uma APS abrangente como algo extremamente idealista. Argumentavam que os custos de se cobrir toda a população de um país eram exorbitantes, uma meta praticamente inatingível (WARREN, 1988). Por isso, a maior parte dos países em desenvolvimento, na época, preferiram seguir um conceito alternativo de “Atenção Primária à Saúde Seletiva” (APSS): intervenções de baixo custo alocadas em programas verticais direcionados, principalmente, ao binômio materno-infantil, como mensuração de peso, aplicação de vacinas e práticas de estímulo à amamentação. Embora essa postura tenha contribuído para a diminuição da mortalidade infantil nos países nos quais foi implantada, não houve a preocupação de se organizar os sistemas de saúde a partir do primeiro nível de atenção, não resultando, portanto, em melhor acesso para a população, ou melhor longitudinalidade ou mesmo uma melhor coordenação entre os níveis de atenção (UNGER & KILLINGSWORTH, 1986). Governantes apenas viram na APSS uma maneira de reduzir custos em saúde, mantendo, ao mesmo tempo, o discurso populista de comprometimento com o lema “Saúde para todos no ano 2000” firmado em Alma Ata. Assim, o termo APS, durante a década de 80, se restringiu a um jargão usado como *slogan* na maioria dos países em desenvolvimento, sendo que a maior parte dos recursos continuava a ser direcionada para complexos hospitalares urbanos.

1.3 Histórico do Sistema de Saúde Brasileiro

Isso também aconteceu no Brasil na década de 80. O Golpe Militar de 1964 impulsionou a expansão de um sistema de saúde com serviços predominantemente privados, muitas vezes, financiados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), focado, especialmente, nos centros urbanos (PAIM *et al.*, 2011). A manutenção de serviços privados com dinheiro público

sem a devida fiscalização tornara-se uma fonte incontrolável de corrupção. A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, além das faculdades de Medicina particulares, com dinheiro público por meio de financiamento a fundo perdido, foi prática corrente. Os cursos de Medicina desconheciam, de maneira geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização e para a sofisticação tecnológica. A saúde pública, relegada a um segundo plano, com menos de 2% do Produto Interno Bruto (PIB), tornara-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação se restringira a programas verticais de baixa eficácia, na prática, uma atenção primária à saúde seletiva (ESCOREL *et al.*, 2005).

Escorel *et al.* (2005) ainda acrescentam que a associação desse quadro com a elevação dos preços das commodities como o petróleo, a desvalorização dos principais produtos de exportação brasileiros, o intenso processo de migração da população do campo para as cidades e a queda do poder aquisitivo do salário mínimo levou os habitantes das principais regiões metropolitanas do país, desempregados e sem acesso à previdência social, a enfrentarem péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade.

Aos poucos, o regime ia perdendo seu apoio popular, enquanto estudos mostrando os efeitos do modelo de desenvolvimento adotado pelo país ganhavam visibilidade (MELLO *et al.*, 1982). Tornavam-se mais frequentes seminários e congressos de sindicatos e grupos de diversas categorias discutindo as epidemias, as endemias e os problemas da população empobrecida. Este movimento pela transformação do setor saúde, cuja base se deu nos Departamentos de Medicina Preventiva das principais faculdades de Medicina do país, recebeu o nome de Movimento pela Reforma Sanitária (ESCOREL *et al.*, 2005).

A fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, que uniam professores de saúde pública, pesquisadores e profissionais de saúde de orientação progressista, propiciaram a base institucional para alavancar as reformas (PEGO & ALMEIDA, 2002). A aliança com parlamentares também progressistas, gestores de saúde

municipais e outros movimentos sociais (incluindo sindicatos e partidos de esquerda na ilegalidade) culminou na criação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Assembleia Nacional Constituinte de 1987-88.

A reforma do setor saúde no Brasil estava na contramão das reformas de ideologia neoliberal difundidas no mundo da época, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social (ALMEIDA, 1995). Por isso mesmo, enfrentaram forte oposição de um setor privado mobilizado e poderoso num momento de instabilidade econômica e perda do poder de compra.

O Sistema de saúde brasileiro nasce da conciliação entre estes segmentos em conflito. É um híbrido composto por dois eixos: o sistema público, o SUS, financiado e provido pelo Estado nos níveis municipal, estadual e federal; e o privado, ou suplementar. O SUS ainda aceita ter seus serviços públicos realizados por empresas privadas, por meio de subsídios fiscais, mas sem fins lucrativos (PAIM *et al.*, 2011). Para Arretche (2005), na criação do SUS, ganharam todos: “o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir exclusividade ao SUS”, “os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina” e políticos agradaram “seus eleitores com o aumento da provisão de serviços gratuitos” (ARRETCHE, 2005).

1.4 O Sistema Único de Saúde

Baseado no princípio da saúde como um direito do cidadão e um dever do estado, o SUS pretende prover uma atenção abrangente e universal por meio da gestão e prestação de serviços descentralizada (PAIM *et al.*, 2011). Sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: municipal, estadual e federal; o SUS segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional:

- Universalidade: todo e qualquer cidadão tem por princípio a atenção à saúde garantida pelo sistema;
- Equidade: atendimento proporcional às necessidades do cidadão;
- Integralidade: promoção, prevenção, cura e reabilitação;
- Descentralização: responsabilidades distribuídas entre os vários níveis de governo;
- Regionalização e Hierarquização: organização em níveis de complexidade crescentes, sendo o nível primário a porta de entrada; áreas geográficas determinadas e população definida;
- Controle Social: participação da população na formulação das políticas de saúde em todos os níveis por meio de entidades representativas (BRASIL, 1990).

Entretanto, seu financiamento por meio de impostos, tendo como fonte as receitas estatais, não tem sido suficiente para assegurar recursos adequados e estáveis para os variados serviços. Em 2007, apenas 8,4% do PIB foi gasto com saúde, sendo a participação pública de apenas 41%. Reino Unido (82%), Itália (77,2%), Espanha (71,8%) e até os Estados Unidos (45,5%) apresentaram maior participação do Estado na organização da atenção à saúde (PAIM *et al.*, 2011). O exemplo norte-americano é ainda mais relevante quando assumimos que seu sistema de saúde é considerado o padrão de modelo liberal. Dados da OMS colocam o Brasil entre os países que destinam menos recursos públicos para a saúde por habitante em cada ano, perdendo para vizinhos como Argentina, Chile, Uruguai e Costa Rica (SANTOS, 2013).

Inserido em um sistema de seguridade social inspirado nos padrões welfaristas, em que o acesso é definido pela necessidade e não pela capacidade de pagamento, seria desejável que o financiamento setorial do SUS fosse pautado pela progressividade, com a contribuição dos cidadãos mensurada de forma inversamente proporcional à renda. Ugá e Santos (2006), entretanto, demonstraram, por meio de análise do sistema tributário brasileiro, que o financiamento do SUS funcionava da forma contrária: era levemente regressivo (índice de Kakwani = -0,008) e quase proporcional à renda. Os pesquisadores ainda afirmam que, em uma sociedade desigual como a

brasileira, com um índice de Gini de 0,57, ter um financiamento proporcional é fortemente questionável sob a ótica da justiça social, sendo evidente a necessidade de uma reforma tributária (UGÁ & SANTOS, 2006).

Se, no financiamento, o SUS ainda carece de avanços, os últimos 25 anos representaram melhora considerável na distribuição de infraestrutura de serviços, cobertura e acesso (COHN, 2009). A inclusão social proporcionada pelo SUS alcançou, em 2005, o volume de 1,3 bilhões de atendimentos básicos em 64 mil unidades ambulatoriais, 1,1 bilhão de procedimentos especializados, 600 milhões de consultas, 11,6 milhões de internações em 5.900 hospitais, importantes avanços no desenvolvimento de conhecimentos e tecnologias em áreas críticas como imunobiológicos, fármacos, informação, gestão descentralizada e outras, o maior programa público e mundial de imunização (representando 152 milhões de doses de vacinas), e o programa de controle da AIDS mais eficaz dentre países em desenvolvimento, sendo referência internacional (SANTOS, 2013).

Um dos passos mais importantes na universalização dos cuidados foi dado por meio dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS/PSF). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1981 (portanto, antes da criação do SUS), mostrava apenas 8% da população (9,2 milhões de pessoas) usando algum serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatou uso nos últimos quinze dias, representando um aumento de 174%. (BRASIL, 2015b). Quando focado o uso específico da atenção primária, o aumento é de cerca de 450% (BRASIL, 2015c).

O desenvolvimento da atenção primária tem recebido muito destaque no SUS. O processo de descentralização político e financeiro, e a criação do PACS/PSF impulsionou o oferecimento de acesso universal e serviços abrangentes, coordenando melhor e expandindo a cobertura para outros níveis de cuidado (assistência especializada e hospitalar).

1.5 PACS, PSF e a Estratégia Saúde da Família (ESF)

Criado como uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS, o PACS surgiu em 1991 com o objetivo de interiorizar e promover saúde nas regiões mais pobres do Norte e Nordeste do país. Inicialmente, era idealizado como um programa vertical que oferecia, principalmente, serviços de saúde materno-infantis a populações de alto risco (Atenção Primária à Saúde Seletiva). Consistia na criação e manutenção de equipes de saúde compostas de quatro a seis profissionais de nível fundamental, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), supervisionados por um enfermeiro. Cada ACS tinha a função de realizar atividades de promoção à saúde para 100 a 250 famílias. Apesar dos bons resultados, a medida era insuficiente para suprir todas as necessidades daquelas populações. Então, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), nos mesmo moldes do PACS, mas com o acréscimo de mais dois profissionais: um médico generalista e dois auxiliares de enfermagem que, juntos com a equipe anterior, se responsabilizariam por 600 a 1000 famílias. Nos primeiros anos, o PSF priorizou o Mapa da Fome: rincões do Brasil caracterizados pela pobreza e falta de recursos. A partir de 1997, entretanto, se configurou como a principal estratégia de estruturação da atenção primária dos sistemas locais de saúde e vem reorganizando unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades, e tenham enfoque especial para atividades de promoção e prevenção à saúde, integrando-as à assistência médica.

As equipes de saúde da família representam a porta de entrada ao sistema local. Coordenam a atenção e procuram oferecer integralidade ao se comunicar com os outros pontos da rede. A expansão do PSF para os grandes centros urbanos, fruto de estímulos de financiamento do Governo Federal aos municípios a partir de 1998, levou ao fortalecimento das estruturas regulatórias nas secretarias municipais de saúde e estimulou o desenvolvimento do SUS.

Em 2010, já havia 30.000 equipes de saúde da família, cobrindo 85% de todos os municípios brasileiros (PAIM *et al.*, 2011). Um salto na cobertura de 936% (GUSSO, 2004).

Embora, originalmente, rotulado como programa, suas especificidades fugiram à concepção de programa concebida pelo Ministério da Saúde (MS). Não se tratava mais de uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, uma Atenção Primária a Saúde Seletiva, mas uma estratégia visando à integração e à reorganização das atividades, apresentando-se como modelo substitutivo da rede básica tradicional (BRASIL, 1997). De acordo com o Ministério da Saúde (2002), são objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF):

- Prestar assistência integral e contínua às necessidades de saúde da população adstrita, utilizando a família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, seja nas unidades de saúde sejam em domicílio;
- Humanizar as práticas de saúde ao estabelecer vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Estabelecer parcerias ao desenvolver ações intersetoriais;
- Democratizar os conhecimentos relacionados à saúde e à organização dos serviços;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2002).

A ESF é uma das mais bem-sucedidas iniciativas brasileiras em saúde. O resultado de sua aplicação tem sido a melhoria de vários indicadores de saúde, como mortalidade infantil (amplamente atribuível à redução no número de mortes por doença diarreica e por infecções do aparelho respiratório) e materna, demonstrados nos estudos de Macinko *et al.* (2007a), Aquino *et al.* (2009) e Rasella *et al.* (2010). Há um estudo de Zils *et al.* (2009) mostrando relação entre a implantação da ESF e o aumento da satisfação dos usuários do SUS. (ZILS *et al.*, 2009). Em outubro de 2008, relatório sobre a APS da OMS elogiou a ESF e recomendou sua adoção como exemplo de ação bem-sucedida na área (WHO, 2008).

1.6 A Implantação da ESF na cidade de São Paulo

De acordo com Coelho *et al.* (2014), em 1995, o ministro da saúde Adib Jatene, o secretário estadual da saúde José da Silva Guedes, e Davi Capistrano, médico e ex-prefeito de Santos, se reuniram para apoiar a implementação de um programa-piloto de saúde da família nas periferias da cidade de São Paulo: o Qualis, construído com a participação de organizações não governamentais (ONGs). Ao final de 1999, o Qualis possuía, aproximadamente, 140 equipes de saúde da família, que chegaram a atender cerca de 400 mil paulistanos residentes em distritos periféricos (COELHO *et al.*, 2014).

Entre 1993 e 2000, vigorou, contemporaneamente, na cidade, o PAS (Plano de Atendimento à Saúde), sistema municipal de saúde próprio, resultado do rompimento entre a gestão Paulo Salim Maluf e o SUS, que propunha que os médicos se organizassem em cooperativas para prestar serviços públicos de saúde aos moradores da cidade. Ao optar pelo PAS, a cidade se distanciou do processo de municipalização e descentralização dos serviços de saúde que estavam em andamento no restante do país, sendo impedida de receber o repasse de recursos financeiros dos outros níveis governamentais para o sistema de saúde municipal (COELHO *et al.*, 2014).

A partir de 2001, a gestão Marta Suplicy decide acabar com o PAS e aderir ao SUS, e expandir o Programa de Saúde da Família (PSF) para além do Qualis. Até aquele momento, a população usuária do SUS estava concentrada nas periferias da cidade, mas a oferta de equipamentos e serviços estava alocada nas regiões mais centrais e antigas da cidade de São Paulo. (COELHO & PEDROSO, 2002; COELHO & SILVA, 2007). De 2001 a 2004, entretanto, o número de UBS com ESF saltou de 135 para 382, um incremento de 282,9% (COELHO *et al.*, 2014).

Infelizmente, tal avanço não proporcionou o aumento na satisfação dos eleitores esperados pelos políticos e as próximas gestões preferiram priorizar outro modelo de atendimento que oferecesse respostas mais imediatas às demandas espontâneas, a Assistência Médica Ambulatorial (AMA) (COELHO *et al.*, 2014).

1.7 A ESF e o Problema da Acessibilidade

Estudiosos da APS brasileiros afirmam que a ESF estaria legitimando a natureza privatista e neoliberal do sistema ao criar um programa pobre para pobres, utilizando, propositalmente, baixa tecnologia, profissionais mal preparados e infraestrutura de qualidade inferior. Um modelo com pouca ênfase à saúde individual e de atendimento à demanda espontânea insatisfatório, afetando, contraditoriamente, um dos princípios-chave da APS: a acessibilidade (GUSSO, 2004).

Franco *et al.* (1999) assim caracterizam a ESF: “apesar de se constituir em uma estratégia com potencial para equalizar a relação oferta-demanda, na prática, ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços” (FRANCO *et al.*, 1999). O próprio Ministério da Saúde reconhece, em seu Manual Técnico, “Acolhimento à Demanda Espontânea” a questão do acesso como sendo um dos grandes desafios atuais da ESF. Reconhece, ainda, a dificuldade que as dicotomias individual/coletivo, clínica/saúde pública, cura/prevenção e demanda espontânea/agenda programada representam para a organização de um serviço de APS (BRASIL, 2011c).

A ESF não pode se restringir a realizar apenas consultas e procedimentos, assim como também precisa ser resolutiva e não focar somente na promoção e prevenção ao nível coletivo. Precisa estar aberta e preparada para acolher os imprevistos sem se reduzir a um pronto-atendimento; nisso consiste o desafio (SOUZA & LOPES, 2003).

Atualmente, a maior parte dos atendimentos médicos da ESF se restringe a consultas agendadas de rotina: puericultura, pré-natal e acompanhamento de idosos com doenças crônico-degenerativas. As consultas não agendadas, a chamada demanda espontânea, são atendidas nos chamados acolhimentos, realizados na maior parte das vezes por profissional enfermeiro (SOUZA & LOPES, 2003). Segundo o MS, acolhimento é a prática de receber e escutar as necessidades de saúde dos usuários quando procurarem a unidade, sem agendamento prévio. O acolhimento se propõe, principalmente, a reorganizar o serviço, no sentido de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Deve ser realizado por profissional capaz de analisar as

demandas, explicar com clareza os serviços ofertados pela unidade e apresentar algum grau de resolatividade (BRASIL, 2011c).

Vários modelos de acolhimento já foram tentados para proporcionar atendimento a quem não agendou consulta. Lima *et al.* (2007) relatam que havia unidades que distribuíam fichas para as queixas espontâneas nos primeiros horários de atendimento, produzindo longas filas de usuários durante a madrugada; e outras que só fixavam um período de 2 a 3 horas para este tipo de consulta, obrigando quem aparecesse fora do horário a esperar até o dia seguinte (LIMA *et al.*, 2007). Assim, de forma não intencional, foi construída, na sociedade, a imagem de que a APS é apenas para pessoas saudáveis; devendo os doentes se dirigir ao pronto-atendimento ou hospital mais próximo.

Em Campinas/SP, um estudo acompanhou as consultas de acolhimento de 5 centros de saúde da cidade. Em 4 deles, a proposta do acolhimento de ampliar a resolubilidade dos profissionais não médicos não ocorreu na prática, funcionando apenas como uma espécie de triagem sem muita autonomia. Havia a escuta da queixa e a avaliação da necessidade de consulta médica imediata, mas não uma mudança na lógica hegemônica: a dispensa do usuário permaneceu a critério da avaliação médica. Construiu-se, assim, uma atividade de apoio ao trabalho médico, organizando a demanda espontânea e agilizando os atendimentos, mas ainda centralizada nos saberes e nas práticas do médico, sobrecarregando todos os profissionais, inclusive os médicos (TAKEMOTO & SILVA, 2007).

Em Betim/MG, uma experiência parecida também centralizou o acolhimento sobre auxiliares de enfermagem e enfermeiros, mas estabeleceu protocolos de atendimento para várias situações. Os protocolos serviram para orientar o enfermeiro na prescrição de vários exames e medicamentos, aumentando, em grande medida, a resolubilidade deste profissional na assistência e favorecendo, enormemente, o fluxo dos usuários. O trabalho não permaneceu centrado apenas na figura do médico, que ficou na retaguarda apenas para aqueles usuários cujo atendimento fugia aos protocolos. (FRANCO *et al.*, 1999).

Medeiros *et al.* (2010) apontam que o Governo Federal tem feito esforços para incentivar acolhimentos como os de Campinas e Betim, que durem enquanto a unidade estiver aberta, mas não tem sido suficiente (MEDEIROS *et al.*, 2010). Usuários reclamam que a quantidade de profissionais de saúde nas UBS ainda é insuficiente.

Cerca de 70% dos profissionais que atuam na ESF não contam com especialização em APS (GIL, 2005). Até 1999, apenas 36,7% dos médicos trabalhando na ESF havia concluído algum programa de residência médica. (CAMPOS & MALIK, 2008). Há destaque para dois grupos preponderantes dentro dessa situação: recém-formados, que veem a ESF como emprego provisório até passarem na prova para a residência, e profissionais com longa trajetória profissional, aposentados ou prestes a se aposentar (COSTA *et al.*, 2009).

Esta situação remete a outro problema grave para a prática de um atendimento à demanda espontânea satisfatório: a rotatividade do médico generalista. Em São Paulo, 37,4% dos médicos não permanecem em suas vagas de emprego por mais de 1 ano, um índice considerado ruim. Em um modelo que se fundamenta na longitudinalidade, no vínculo entre profissionais e população, esta rotatividade compromete a sua eficácia (CAMPOS & MALIK, 2008).

1.8 As Unidades de Atendimento à Demanda Espontânea

Para dar resposta a essa demanda ignorada pela APS brasileira, governos estaduais e federal têm destinado recursos consideráveis para a organização de serviços não hospitalares de atendimento às urgências sem relação com a ESF (BRASIL, 2006). Em escala federal, estes serviços recebem o nome de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Na cidade de São Paulo, a partir do início da gestão José Serra, em 2005, foi criada a AMA com proposta bem semelhante (SÃO PAULO, 2009; COELHO *et al.*, 2014).

A implantação das AMA foi organizada utilizando-se o Índice de Necessidades de Saúde (INS), considerando vinte indicadores epidemiológicos agrupados em cinco grupos (crianças e adolescentes, gestantes, adultos, idosos e doenças crônicas). Na gestão Kassab, que se seguiu à gestão Serra, a cidade assistiu a uma forte expansão das AMA, e ao crescimento das consultas de urgência e emergência em todas as regiões. Entre 2005 e 2010, 131 AMA foram inauguradas (COELHO *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) de 2006 coloca como sendo funções dessas unidades em nível nacional:

- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
- Ser um local de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
- Desenvolver ações de saúde com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para a rede hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária;
- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como, de todo o sistema de saúde;

- Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica não estiver ativa (BRASIL, 2006).

Entretanto, os casos de baixa densidade tecnológica são a grande maioria dos atendimentos, mesmo quando as UBS estão abertas. Estudo elaborado por Oliveira e Scochi (2002) abordando uma UPA em Maringá mostrou que 53% das queixas não eram próprias a um serviço de urgência. Consistiam, em sua maioria, de crianças até 12 anos com queixas respiratórias leves (OLIVEIRA & SCOCHI, 2002). Rocha (2005), em Belo Horizonte, corroborou com este achado ao afirmar que as UPAs vêm atuando como importante porta de entrada do sistema para consultas simples e de cuidados básicos, apesar do fluxo hierarquizado contrário ao proposto na estruturação do modelo de atenção (ROCHA, 2005).

Conceitualmente, atender demanda espontânea de baixa densidade tecnológica não é a função da UPA em nível federal. No documento norteador sobre acolhimento do MS, encontra-se o texto: “o atendimento a demanda espontânea deve ser realizado pelas UBS, principalmente os casos de pacientes crônicos em agudização e urgências de menor gravidade” (BRASIL, 2011c).

A razão de o serviço estar teoricamente organizado desta forma se baseia no argumento da longitudinalidade. Conforme Starfield (2002), pacientes que têm suas demandas, agendadas ou espontâneas, sempre atendidas pelo mesmo médico generalista consomem menos recursos e sua satisfação com o serviço é maior (STARFIELD, 2002). Esta afirmação é verdade em sociedades nas quais a tradição em APS é forte e os profissionais são preparados para atuar como especialistas gerais. Canadá e países da União Europeia apresentam programas de residência médica em medicina de família e comunidade com duração de até 4 anos (CAMPOS e IZECKSOHN, 2010). Como, no Brasil, enfrenta-se escassez destes profissionais habilitados para trabalhar com APS, a UPA tem funcionado como válvula de escape à demanda espontânea reprimida pela ESF.

A Secretaria da Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP) tem assumido postura mais coerente ao considerar as AMA, como sendo, de fato, parte da APS (SÃO PAULO, 2009). Isso fica claro no documento norteador que orienta o funcionamento dessas unidades. A SMS-SP entende que a existência das AMA garante que a UBS possa focar “o risco e a continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde” (SÃO PAULO, 2009).

A proposta oficial para essas unidades é que devam funcionar de segunda-feira a sábado, das 7 às 19 horas, com equipe médica composta por dois médicos clínicos, dois médicos pediatras e um médico cirurgião ou ginecologista. Para Puccini (2008), entretanto, a AMA não tem respondido satisfatoriamente (PUCCINI, 2008).

Puccini verificou que, de 30 AMA avaliadas, 23 foram instaladas de forma acoplada a uma unidade básica de saúde e, raramente, houve expansão de área física; em geral, não estavam adequadas para o primeiro atendimento de urgência ou emergência; os registros dos atendimentos eram feitos em folhas avulsas de atendimento e, em 9 AMA, foi encontrada marcação frequente de retorno, sem apropriada abertura de prontuário para o seguimento da pessoa em tratamento. Segundo ele, a instalação das unidades resultou, em 2006, em aumento de consultas médicas de urgência e redução de consultas médicas da rede básica e de pronto-socorro especializado, dando a entender que os usuários diminuíram o uso da atenção secundária, mas também diminuíram a frequência à UBS, havendo competição entre os dois serviços (PUCCINI, 2008).

Apresentando várias inadequações estruturais e operacionais, a AMA atende as pessoas de forma que os resultados verificados não repercutem positivamente para a valorização da atenção primária. Não chegam para resolver o desafio de atender a demanda espontânea na APS, pois, objetivamente, não fortalecem a abrangência, integralidade e longitudinalidade necessárias para a mudança do modelo assistencial e não estão em conformidade com os princípios do SUS.

1.9 Comparação com os *Walk-in Centres*

Serviços ambulatoriais para o atendimento de demanda espontânea de baixa complexidade não são realidade apenas no Brasil. Os primeiros *Walk-in centres*, como são chamados nos países de Língua Inglesa, surgiram nos Estados Unidos em 1973 para preencher a lacuna que havia entre os médicos de família e os serviços de emergência sobrecarregados (MILLER & NANTES, 1989). O principal objetivo desses centros, em sua definição, é acolher pacientes sem agendamentos ou referência, funcionando em horários estendidos num espaço físico separado de hospitais. Hoje, são comuns em diversos sistemas de saúde, principalmente nos Estados Unidos, Reino Unido, Canadá e Austrália (JONES, 2000).

No Reino Unido, os *Walk-in Centres* foram implantados em 1999 em locais de grande circulação, como aeroportos e supermercados. Surgiram, a partir da nova reforma do sistema de saúde britânico, o *National Health System* (NHS), ocorrida em 1997, com o objetivo de completar o trabalho dos *general practitioners*, reafirmando o caráter universal do sistema britânico enquanto direito básico de toda a população (COLISTETE *et al.*, 1997). Assim como no modelo americano, as unidades britânicas também não exigem o agendamento, mas o trabalho é realizado por enfermeiros clínicos e é direcionado para aconselhamento em saúde e atendimentos para queixas de menor densidade tecnológica, como gripes, resfriados, vômitos e diarreia, pequenos ferimentos, urgências hipertensivas e contracepção de emergência, entre outras (TANAKA & OLIVEIRA, 2007). O resultado dessa inovação, associado a outras medidas tomadas na reforma de 1997, foi avaliado por pesquisa de resolutividade realizada em 2004 pelo Departamento de Saúde do NHS que demonstrou que 98% dos pacientes conseguiam atendimento de urgência e emergência dentro de, no máximo, 4 horas (UNITED KINGDOM, 2007).

Entretanto, há incertezas sobre seus resultados. Há discussões sobre se o serviço não estaria duplicando provisões ou criando demandas desnecessárias, mas as evidências mostram que as *Walk-in Centres* melhoram o acesso para uma minoria da população que, comumente, não usa o serviço

tradicional de APS (como homens brancos solteiros), e oferece um serviço primário considerado como acessível, satisfatório e conveniente (GRANT, SALISBURY *et al.*, 2002; SALISBURY & MUNRO, 2003). Aliás, é a conveniência de horários e localização, e a anonimidade que o serviço oferece, que são interpretados pelos usuários como os principais atrativo (MUNRO *et al.*, 2001).

No Canadá, há dois tipos de serviços ambulatoriais para o atendimento de demanda espontânea de baixa complexidade: os também chamados *Walk-ins centres*, lá dirigidos por médicos, com horas de atendimento estendidas, mas pouca conexão com os médicos de família locais; e os serviços “*after hours*”, que acontecem conectados às equipes de saúde da família (*Health Family Teams*), como plantões após o expediente formal (RACHLIS, 1993).

As clínicas estilo *Walk-in* canadenses oferecem uma gama maior de serviços, como farmácia, serviço social, fisioterapia e até serviços comerciais, como bronzamento artificial (MILNE, 1987; MILLER *et al.*, 1989; BORKENHAGEN, 1996). Cerca de 27,3% da população de Alberta havia usado esse serviço em um período de 6 meses, a maioria referindo a localização e os horários convenientes como os principais motivos de procura (BELL & SZAFRAN, 1992).

Pesquisadores canadenses, como Borkenhagen (1996), têm levantando a questão da má qualidade da continuidade do cuidado oferecido pelas *Walk-in*, considerando-o fragmentado e com seguimento inadequado das doenças crônicas (BORKENHAGEN, 1996). Weinkauff e Kralj (1998), entretanto, colocam que o principal motivo de procura nessas unidades são as doenças de vias aéreas superiores (33-51% dos casos), sendo as doenças crônicas e suas complicações muito infrequentes: diabetes com 0,4%, hipertensão com 1,5% e osteoartrite com 0,3% (WEINKAUF & KRALJ, 1998). Szafran e Bell (2000) demonstraram que crianças e jovens adultos com menos de 35 anos são seus maiores frequentadores (BELL & SZAFRAN, 1992). A satisfação dos usuários é bem alta em relação às *Walk-ins*, em, pelo menos, dois estudos, um realizado na cidade de Edmonton, capital da província canadense de Alberta, e outro em Toronto, Ontário (RIZOS *et al.*, 1990; BELL & SZAFRAN, 1992).

Apesar dessa satisfação alta, poucos usuários canadenses preferem as *Walk-ins* por considerá-las com melhor atendimento do que o oferecido pelo seu médico de família oficial. Novamente, a localização conveniente e a facilidade para passar em consulta em horários não convencionais são os principais argumentos referidos em Toronto a favor desses serviços (RIZOS *et al.*, 1990).

Exatamente por conta dessa competição, os médicos de família canadenses consideram as *walk-ins*: “serviços de alto volume, mas baixa intensidade”; “medicina estilo McDonald’s”; em que estão “treinando os pacientes para usar os serviços de forma inapropriada, inadvertidamente ensinando as pessoas a procurar o serviço por qualquer nível menor de estresse” (JONES, 2000).

Apesar de tanta controvérsia envolvendo a implementação e expansão desses serviços no país, Borkenhagen (1996) cita o *Canadian College of Family Physicians*, órgão que representa os médicos de família canadenses, que reconhece que as clínicas *Walk-ins* “chegaram para ficar” (BORKENHAGEN, 1996). Isto, inevitavelmente, desafia todos os médicos de família a tornar os seus serviços de atenção primária mais adaptados e acessíveis para as demandas espontâneas (MILNE P, 1987). Inspiradas nas “Walk-ins”, as AMA paulistanas ainda precisam ser avaliadas no contexto brasileiro. No caso da AMA, há, deliberadamente, maior sobreposição de ações com a UBS.

1.10 Avaliações

Conforme o Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, a palavra avaliação significa atribuir valor a algo (FERREIRA, 2009). No sentido geral, não exige compromisso com fundamento nenhum de juízo ou método específico, ou seja, é subjetiva. Entretanto, conforme Aguillar e Ander-Egg (1994), para avaliar serviços ou programas, é necessário apoiar-se no uso de métodos científicos “para identificar, obter e proporcionar a informação

pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável”, o que chamamos de avaliação sistemática (AGUILLAR & ANDER-EGG, 1994).

Sem os instrumentos adequados, é difícil dizer o quanto uma nova política de saúde está atendendo as expectativas dos gestores ou da própria população. O desenvolvimento de avaliações com bom rigor metodológico e marcos teóricos apropriados tornam possível estabelecer sua eficiência. Facchini *et al.* (2008), porém, alertam que “a literatura especializada está repleta de exemplos de programas bem-intencionados, existentes em alguns casos por décadas, até avaliações rigorosas revelarem que seus resultados não eram os esperados” (FACCHINI *et al.*, 2008).

Porém, há dúvidas sobre quais seriam esses marcos teóricos apropriados. Foi tendência histórica no país a valorização de dados quantitativos para a construção de julgamentos sobre a eficácia de programas e serviços de saúde, segundo o rigor positivista. (LOBO, 1998). Determinada atividade era considerada eficaz se fosse possível estabelecer uma relação de causalidade entre ela e o resultado esperado. Isso aconteceu, por exemplo, com a ESF nos artigos de Macinko *et al.* (2007b), Aquino *et al.* (2009) e Rasella *et al.* (2010), já mencionados anteriormente, que demonstraram melhora da mortalidade infantil nos locais em que havia sido implementado o programa. (MACINKO *et al.*, 2007a; AQUINO *et al.*, 2009; RASELLA *et al.*, 2010). Há, todavia, dúvidas se os resultados positivos atrelados à ESF nestas pesquisas seriam consequência também da melhora de vários fatores no Brasil durante o mesmo período como renda, saneamento básico e educação. Faltavam, nesse contexto, avaliações que mensurassem o desempenho da ESF seguindo outra lógica (ALMEIDA & MACINKO, 2006).

A partir da década de 90, vários autores começaram a realizar experiências de avaliação que não se prendiam a avaliações quantitativas de indicadores, mas incorporavam a subjetividade ao processo avaliativo da qualidade dos serviços de saúde (UCHIMURA & BOSI, 2002). Para a saúde pública, isto foi extremamente relevante.

Qualidade é um termo extremamente difícil de se conceitualizar. Assume significados de natureza objetiva e subjetiva, e, por isso, varia de acordo com os interesses de grupos ou atores sociais (ACURCIO e CHERCHIGLIA, 1991).

Para Silver (1992), pesquisar qualidade utilizando apenas seus componentes objetivos é “rejeitar uma parte da realidade” (SILVER, 1992). Donabedian (1966) propôs um método baseado em análise de estrutura, processos e resultados, apresentando grande aceitabilidade e sendo amplamente difundido por todo o mundo. É, talvez, o método de avaliação mais conhecido e utilizado (DONABEDIAN, 1966). É de sua autoria o seguinte trecho, conforme Oliveira (1992): “A satisfação do paciente é de fundamental importância como uma medida de qualidade da atenção, por que proporciona informação sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas do paciente (...). A medição da satisfação é, portanto, um instrumento valioso para a investigação, administração e planejamento” (OLIVEIRA, 1992). O NHS recomenda claramente a análise das percepções e das expectativas de pacientes e da comunidade na avaliação de serviços públicos de saúde desde 1983 (WILLIAMS, 1984).

Não é sem críticas, porém, que esse modelo vem sendo aplicado. Williams (1984) considera que as percepções e expectativas dos usuários não poderiam ser reduzidas a meras expressões de satisfação. Os usuários estariam utilizando termos estranhos ao seu vocabulário quando respondiam os questionários, criando inferências falseadas acerca de suas opiniões sobre os serviços (WILLIAMS, 1984).

A satisfação do usuário é um indicador muito valorizado pelos gestores para orientar os investimentos públicos, mas, isolada, é extremamente subjetiva, passível de interferência de emoções, crenças e preconceitos, e ainda não é completamente compreendida pela ciência (FENTON *et al.*, 2012). O usuário não possui conhecimento técnico-científico suficiente para avaliar todas as nuances de seu cuidado. É preciso aliar a satisfação do usuário com variáveis que avaliem estrutura e processos do serviço, e que, indiretamente, estejam relacionadas à satisfação do usuário.

Donabedian (1985) recomenda que sejam considerados os seguintes aspectos estruturais em uma avaliação: organização administrativa da atenção; características das instalações e da equipe de saúde (perfil, preparação e experiência dos profissionais), e sua adequação às normas vigentes. Quanto aos processos, recomenda-se abranger todas as atividades desenvolvidas

entre os profissionais e seus clientes (DONABEDIAN, 1985). Almeida e Giovanella (2008) consideram processos as atividades realizadas por provedores no sentido de: reconhecer as necessidades dos usuários, estabelecer diagnósticos, instituir tratamentos e protocolos, e fazer reavaliações. Incluem, ainda, a forma como os usuários interagem com o serviço: sua decisão em usá-lo, sua compreensão do que lhes é oferecido, sua participação no que lhes é proposto e sua satisfação final (ALMEIDA & GIOVANELLA, 2008). Entender estes processos e saber em que nível estão os recursos necessários para desenvolvê-los é essencial para estabelecer o planejamento estratégico de um serviço, orientar a tomada de decisões, descrever e caracterizar a realidade, testar hipóteses, construir recomendações e estabelecer normas.

1.11 O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O conceito de avaliação de programas públicos de saúde surgiu com o estado de bem-estar social, logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, para guiar a aplicação dos recursos do Estado (UCHIMURA E BOSI, 2002). No Brasil, começou a se desenvolver a partir da década de 80 e até o início do século XXI era muito incipiente (RUS-PEREZ, COTTA, 1998).

A partir de 2002, com a expansão da ESF para municípios maiores de 100.000 habitantes, o Ministério da Saúde (MS) procurou investir mais em fortalecer o papel avaliatório do SUS enquanto importante instrumento de gestão (FIGUEIREDO, 2013). Esta política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica procurou melhorar a qualidade das ações ofertadas pelo SUS por meio do incentivo à disseminação de uma cultura avaliativa às três esferas de gestão, incluindo as instituições de ensino e pesquisa, seus órgãos colegiados e o olhar do profissional que está na ponta (BRASIL, 2005a). Para Contandriopoulos (2006), esta ação contribuiu na ampliação da eficiência do sistema de saúde, já que, até então, os processos de tomada de decisões pelos gestores não eram estruturados, nem seguiam critérios de evidência (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Vale lembrar que, até

esta data, a maior parte das avaliações realizadas no país focava nos processos de implementação da ESF por meio de indicadores fortemente influenciados por outros fatores como renda, saneamento e educação, sendo muito raros os estudos que se propusessem a avaliar o desempenho da atenção básica de forma global (ALMEIDA & MACINKO, 2006).

Em 2005, uma proposta de avaliação formativa específica para a ESF foi apresentada pelo MS: a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ, definida não como uma atividade-final, mas uma atividade-meio, com o intuito de estimular e orientar colaboradores a alcançar padrões melhores de qualidade para o serviço (SILVA & CALDEIRA, 2010). Composto por duas grandes unidades de análise, sendo um componente focado na gestão e outro nas equipes da ESF; subdivididas em grandes eixos de análise totalizando 5 dimensões, abordadas por 5 instrumentos diferentes; e desdobradas em subeixos com 23 subdimensões, foi desenvolvida para ser aplicada aos secretários de saúde municipais (subdimensão “Desenvolvimento da ESF”); aos gestores municipais (subdimensão “Coordenação Técnica das Equipes”); aos gerentes de unidades (subdimensão “Unidade de Saúde da Família”); aos profissionais de nível superior (subdimensão “Atenção à Saúde”); e a todos os integrantes da Equipe de Saúde da Família (subdimensão “Consolidação do Modelo de atenção”). A proposta do Ministério da Saúde (2005^B) era que se fizesse uma “autoavaliação orientada por instrumentos” “voluntária e participativa”, “protagonizada por aqueles que desenvolvem as ações na estratégia” e “ser utilizada como referência para a organização da ESF nos municípios devido ao seu forte aspecto orientador, pedagógico e indutor de boas práticas em saúde”. (BRASIL, 2005b). Por isso mesmo, não estava relacionada a nenhum tipo de premiação ou à sanção financeira relacionados aos resultados.

Cinco estágios de desenvolvimento da ESF eram passíveis de serem classificados por meio do instrumento: elementar (E), em desenvolvimento (D), consolidado (C), bom (B) e avançado (A). Embora tal classificação previsse níveis distintos de complexidade a serem alcançados, a falta de definição de escores e o não estabelecimento de pontos de corte específicos não possibilitaram o ranqueamento das equipes, mas esse não era mesmo o seu

objetivo (SILVA & CALDEIRA, 2010). Mais do que realizar um inquérito avaliativo, o AMQ buscava cultivar a busca da excelência, apresentando padrões de referência de qualidade a serem atingidos.

No início, 25 municípios participaram como pilotos para avaliação do método e sua posterior validação. Foram escolhidos municípios com tamanhos e tempos de implantação da ESF diferentes. Estudo realizado em Petrópolis, uma das cidades-piloto, por Moura (2010), mostrou que a adesão voluntária das equipes no município prejudicou bastante a continuidade da coleta de dados, sendo possível observar melhora nos indicadores apenas naquelas que aderiram aos dois momentos de coleta. O problema da adesão voluntária ficou mais evidente quando a proposta da AMQ foi lançada: 20% dos municípios brasileiros aderiram à metodologia, mas só 4,4% (227 municípios) entregaram os questionários do primeiro momento respondidos, sendo que apenas 1,5% (80 municípios) devolveu as respostas do segundo momento (MOURA, 2010).

O AMQ auxiliou no processo de estabelecer os pontos fortes e fracos de cada equipe, mas não serviu para os gestores estabelecerem os pontos deficitários como suas prioridades de investimento. Além disso, como o instrumento é autoavaliativo, não foi possível estabelecer com clareza a honestidade de cada profissional participante, mesmo não havendo premiações ou sanções oficiais para assegurar mais credibilidade às respostas dos questionários. Figueiredo (2013) aponta os altos escores encontrados no AMQ justamente como resultado deste aspecto autoavaliativo associado a respostas dicotômicas (sim ou não) (FIGUEIREDO, 2013). Uma vez que a avaliação negativa traria a percepção de ineficiência da equipe para implementar mudanças em seu território, o sujeito da avaliação tenderia a superestimar as respostas. Estudos indicam que profissionais de saúde, em autoavaliações, tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações, quando comparadas à opinião dos usuários (ELIAS *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Em 2011, o Governo Federal lançou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com o intuito de ampliar e melhorar a proposta anterior (BRASIL, 2011d). Organizado em quatro fases, teve sua primeira fase, “Adesão e contratualização”, e sua segunda fase,

“Desenvolvimento”, realizadas de forma muito semelhante ao que ocorreu durante a AMQ: primeira etapa voluntária aberta a todos os municípios do país (50% das equipes mais uma de cada município) com a contratualização da equipe da atenção básica e do gestor municipal nas diretrizes e nos compromissos mínimos exigidos pelo PMAQ-AB seguida de realização de questionários de autoavaliação (BRASIL, 2012a).

Quarenta e sete indicadores de produção ambulatorial e cadastramento foram utilizados, relacionados a sete áreas estratégicas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção geral, Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental (SAVASSI, 2012). Suas inovações em relação ao modelo anterior foram:

- O estímulo financeiro por meio de repasse de recursos imediato e automático durante seis meses aos municípios participantes, o que estimulou 71% dos municípios brasileiros a aderirem (SEIDL *et al.*, 2014);
- A inclusão de qualquer equipe de atenção básica, independente do modelo adotado (SAVASSI, 2012);
- A terceira fase “Avaliação Externa”, que incluiu um módulo de avaliação de estrutura da unidade de saúde, um módulo de entrevista com um profissional de nível superior por equipe de atenção básica sobre o processo de trabalho da equipe, e um módulo de entrevista com usuários da unidade de saúde sobre satisfação, condições de acesso e utilização de serviços de saúde (BRASIL, 2012b);
- O estabelecimento de indicadores de desempenho de maneira a permitir a construção de parâmetros de comparação entre as equipes de atenção básica.

A quarta fase “Recontratualização” pressupõe novas pactuações futuras entre MS e municípios sugerindo a proposta de um processo cíclico e sistemático, iniciado, novamente, em 2013 e ainda não finalizado.

Segundo o Departamento de Atenção Básica do MS (DAB), 17.482 equipes em 3.972 municípios se inscreveram no PMAQ-AB, sendo que apenas 327 não cumpriram os compromissos mínimos assumidos e foram desclassificadas. Boa parte das informações coletadas ainda não está disponível (BRASIL, 2015a).

Estudo realizado por Fausto *et al.* (2014) utilizando o banco de dados de base nacional da avaliação externa do PMAQ-AB (seus três módulos, incluindo o terceiro de entrevistas a usuários na UBS) avaliou 16.566 equipes de Saúde da Família (96,6% das equipes de atenção básica participantes da avaliação – aproximadamente, 50% do total de equipes existentes no país em 2012), variáveis de estrutura de 13.438 UBS nas quais atuam essas equipes e variáveis de 62.505 questionários de usuários vinculados a elas (FAUSTO *et al.*, 2014).

Savassi (2012) questiona os indicadores de saúde adotados pelo PMAQ-AB. O coeficiente de exames colpocitológicos realizados em mulheres de 15 anos ou mais, por exemplo, está desatualizado e induziria coletas desnecessárias (SAVASSI, 2012). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) recomenda o rastreamento apenas em mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade (INCA, 2011). Alia-se a tudo isso as críticas já mencionadas aqui por Figueiredo (2013) relativas ao AMQ, que podem ser estendidas ao PMAQ-AB por consistir em parte de instrumentos de autoavaliação (FIGUEIREDO, 2013).

O PMAQ-AB tem seus méritos, apesar de suas limitações. Ele apresenta padrões de referência de qualidade a serem atingidos e motiva a busca da excelência. Entretanto, para subsidiar as práticas de planejamento e a gestão em nível global, há a necessidade de avaliações com maior rigor metodológico, marco teórico apropriado e que sejam reconhecidos internacionalmente, proporcionando a capacidade de comparação com outros serviços e realidades, como o PCATool.

1.12 O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool)

O PCATool criado por Starfield *et al.* (2001) é uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores considerada por Haggerty *et al.* (2011) como um instrumento de boa performance (STARFIELD *et al.*, 2001; HAGGERTY *et al.*, 2011). É baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde e foca na mensuração de aspectos de estrutura e processos, os atributos essenciais e derivados da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária. Seu uso é difundido por todo o mundo, incluindo EUA, Canadá e Espanha, permitindo a comparação da performance entre equipes de APS em nível internacional (HARZHEIM *et al.*, 2000).

Embora pesquisas voltadas para a avaliação organizacional ou de desempenho da APS sejam ainda escassas no Brasil, segundo Fracolli *et al.* (2014), o PCATool é o instrumento mais utilizado no país (FRACOLLI *et al.*, 2014). Novaes (2000) acrescenta ser o mais reconhecido pela comunidade científica (NOVAES, 2000). No Brasil, a primeira experiência aconteceu com o questionário ainda não validado por Ibañez *et al.* (2006) em municípios do interior de São Paulo, e por Macinko *et al.* (2007b) em Petrópolis (IBÁÑEZ *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, 2007).

Traduzido, adaptado e validado para a realidade brasileira por Harzheim *et al.* (2000), o questionário “Versão Adulto” brasileiro (PCATool Brasil) resultou em 87 perguntas distribuídas entre 10 atributos:

- Afiliação: o quanto o usuário sente ser conhecido pelo serviço e o serviço ser responsável por ele.
- Acesso de primeiro contato - utilização: refere-se à extensão do acesso para cada tipo de uso, se consulta de rotina ou problema de saúde novo, e se o serviço em questão funciona como porta de entrada para problemas que exigiriam uma visita ao especialista.

- Acesso de primeiro contato - acessibilidade: envolve a localização do serviço, os horários e dias em que está aberto, a tolerância a consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos.
- Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte contínua de atenção e seu uso regular ao longo do tempo.
- Coordenação - integração dos cuidados: a articulação entre diversos serviços e ações, de forma que, independentemente do local em que sejam prestados, esses serviços estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo em comum. Implica que a equipe que atende ao usuário ofereça continuidade em seu acompanhamento, incluindo a comunicação entre os níveis de atenção, a referência/contrarreferência (NUÑEZ, 2006).
- Coordenação - sistema de informações: envolve, também, a continuidade, mais focada no registro das informações no nível primário (prontuário médico).
- Integralidade - serviços disponíveis: implica na disposição de oferecer ao usuário alguns serviços considerados básicos no próprio estabelecimento, sem que haja a necessidade de encaminhamento. Está relacionado à resolutividade dos serviços.
- Integralidade - serviços prestados: aconselhamentos abrangentes que o serviço deve oferecer sem que a demanda parta do usuário. Foca mais a capacidade de prevenção e promoção de saúde do serviço.
- Orientação familiar: refere-se ao reconhecimento de fatores familiares relacionados à gênese e ao tratamento da doença.
- Orientação comunitária: o conhecimento dos prestadores das necessidades dos usuários e seu envolvimento na comunidade.

Esta divisão no questionário brasileiro é relativamente diferente do original em Inglês, que consiste em 92 perguntas distribuídas entre 7 atributos. Starfield *et al.* (2001) não subdividiram os atributos acesso de primeiro contato, integralidade e coordenação (STARFIELD *et al.*, 2001). Esta liberdade foi tomada no instrumento nacional para diferenciar elementos estruturais e

processuais do mesmo atributo, e facilitar a interpretação dos resultados. Nesta adaptação, foram consideradas características culturais da população brasileira e a organização local dos serviços de saúde. Assim, cinco perguntas foram excluídas e algumas modificadas. Poucos itens não atingiram carga fatorial mínima para a permanência no instrumento, mas foram mantidos por sua extrema relevância conceitual e a fim de permitir que a comparabilidade com o instrumento original fosse mantida.

Van Stralen *et al.* (2008) chamam a atenção ao fato de a APS, no cerne do PCATool, ser, em alguns aspectos, diferente da APS relacionada à Estratégia Saúde da Família. Para ele, a ESF apresenta foco mais familiar, contrário ao foco mais individual típico da prática médica americana. Estas duas visões também divergem em relação à definição de quem seria o principal agente de APS (VAN STRALEN *et al.*, 2008). Enquanto na Europa o coração da APS é o médico de família, centrado na sua função de “*gatekeeper*”, no SUS, tem toda a construção conceitual de equipe multidisciplinar, que inclui enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O instrumento não foi elaborado para ser sensível às nuances do trabalho destes profissionais, principalmente os ACSs, sendo isso, portanto, uma limitação. Entretanto, a validação ao Português substituiu o termo “*doctor*” por “profissional de saúde”, auxiliando o usuário entrevistado a perceber que sua avaliação deve incluir toda a equipe.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

O objetivo principal é avaliar, comparar e quantificar a presença dos atributos essenciais da APS (longitudinalidade, integralidade, coordenação dos serviços e acessibilidade) e dos seus atributos derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária) por meio da ferramenta PCATool Brasil em dois serviços da rede de Atenção Primária à Saúde da cidade de São Paulo: uma Unidade Básica de Saúde, parte da Estratégia Saúde da Família, e uma Assistência Médica Ambulatorial.

Outros objetivos são:

- Comparar os escores de APS das duas unidades com o de outros serviços nacionais e internacionais, por meio de revisão da literatura;
- Identificar os atributos com pior desempenho nos dois serviços;
- Comparar os resultados encontrados para a UBS com os resultados do PMAQ-AB para a cidade e o Brasil, considerando-se apenas os indicadores comuns.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de São Paulo, na área geográfica coberta pela UBS Luar do Sertão, subdistrito de Capão Redondo, Zona Sul da cidade.

3.1 Características do Local de Estudo e dos Serviços

Localizado a cerca de 18 quilômetros do marco zero da cidade, o distrito do Capão Redondo se constitui em zona periférica e bairro dormitório, com 275.230 habitantes conforme censo de 2010. Apresenta, ainda, uma densidade demográfica de 202,38 habitantes por quilômetro quadrado e IDH de 0,782 (SÃO PAULO, 2014).

Conta com 12 UBS e 2 AMA em sua rede de serviços de saúde. Cada UBS com sua própria área estabelecida, obedecendo ao conceito nacional de territorialização, atendendo de forma longitudinal, preferencialmente, os habitantes que vivem dentro de seu território por meio de consultas agendadas, focando, principalmente, no cuidado às doenças crônicas e a grupos de risco, como gestantes e crianças até 2 anos. A AMA segue o conceito municipal de atendimento primário às demandas espontâneas: tem porta aberta, promovendo atendimentos imediatos para qualquer um que experimente queixas agudas, independente de seu endereço, embora cada uma sirva de referência ao atendimento de demanda espontânea para um grupo de 6 UBS. Foram avaliados neste estudo a UBS Luar do Sertão e sua AMA referência, a AMA Parque Fernanda, distantes 2,8 km uma da outra (SMCS-SP, 2014).

A área de cobertura da UBS Luar do Sertão é ainda mais periférica dentro do distrito, fazendo divisa com a cidade de Itapeverica da Serra, na região metropolitana. Apresentava 5.992 famílias cadastradas (21.205 pessoas) conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – de agosto de 2014, sendo 7.462 homens e 8.625 mulheres maiores de 15 anos, dos quais

16,4% apresentam cobertura concomitante por planos de saúde (BRASIL, 2014). Vale ressaltar que neste território vivem mais pessoas além destas consideradas usuárias que não possuem cadastro e não usam o serviço, embora possam usar outros serviços públicos ou privados, incluindo nesse rol a AMA Parque Fernanda. Não há dados formais sobre essa população.

Em funcionamento desde dezembro de 2005, a UBS Luar do Sertão conta com 6 equipes de saúde da família designadas pelas cores: verde, vermelha, rosa, amarela, azul e laranja, cada uma cobrindo cerca de 1.000 famílias (3500 pessoas). A localização da unidade não é geograficamente centralizada e se localiza no ponto de maior altitude do bairro, sendo, por isso, alvo de críticas por parte dos usuários, principalmente os que são cobertos pelas equipes amarela e verde, as microáreas mais periféricas. Antes da inauguração da UBS Luar do Sertão, toda a área era adstrita à outra unidade, a UBS Pq. Fernanda, mais próxima destas microáreas, conforme o mapa da área na Figura 1.

Agentes Comunitários de Saúde e usuários das microáreas amarela e verde relatam que a transferência imposta pela instalação de uma nova unidade mais longe do que a anterior nunca foi bem avaliada pela população.

Em abril de 2008, parte da UBS Pq. Fernanda foi transformada em AMA e, no mesmo prédio, passaram a ser oferecidos os dois serviços, ESF para a área adstrita à UBS Pq. Fernanda e o atendimento à demanda espontânea para os moradores adstritos às áreas das seis UBS circunvizinhas, incluindo a área da UBS Luar do Sertão, realizando cerca de 5.000 consultas/mês.

Este histórico torna a área coberta pela UBS Luar do Sertão, principalmente as microáreas amarela e verde, um ponto interessante de sobreposição de ações e de competição pelos usuários entre os dois tipos de serviço.

Figura 1 – Localização das Unidades na Cidade de São Paulo

3.2 População incluída no estudo

A população-alvo para este estudo foi a de adultos maiores de 18 anos residentes na área adstrita à UBS Luar do Sertão, cadastrados ou não à unidade que são afiliados a um dos serviços. Os critérios de inclusão foram: adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados que aceitaram participar livremente da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que se demonstraram afiliados aos serviços avaliados no estudo após responder ao módulo inicial do PCATool Brasil.

Os critérios de exclusão foram: indivíduos que, ao responderem à primeira parte do questionário, não mostraram afiliação a nenhum dos dois serviços de atenção primária alvos deste estudo.

Para cálculo da amostra, consideraram-se dados oficiais do Ministério da Saúde sobre a produção de consultas de APS na cidade de São Paulo, o que inclui tanto consultas nas UBS quanto nas AMA (TANAKA & DRUMMOND, 2010). Em 2007, 33,9% dessas consultas foram consideradas de demanda espontânea, a maior parte delas ocorrendo nas AMA (27,5% do total). Seguindo esses números, estimou-se a preferência pela ESF em 72,5% e a AMA em 27,5%, com um nível de confiança de 95% e margem de erro de 10%, correspondendo a, pelo menos, 77 pessoas em cada grupo (UBS e AMA).

3.3 Aplicação do PCATool

Como já apresentado, o PCATool é um instrumento composto por um questionário aplicável por meio de entrevistadores focado na mensuração dos atributos essenciais e derivados da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária. O questionário brasileiro apresenta 87 perguntas irregularmente distribuídas entre 10 divisões e subdivisões: (A) Afiliação; Acesso de Primeiro Contato subdividido em (B) Utilização e (C) Acessibilidade; (D) longitudinalidade; Coordenação subdividido em (E) Integração dos Cuidados e (F) Sistema de Informações; Integralidade subdividido em (G) serviços disponíveis e (H) serviços prestados; (I) orientação familiar e (J) orientação comunitária (BRASIL, 2010).

Na aplicação do questionário, o entrevistado deve oferecer respostas do tipo Likert em que a concordância ou discordância gera pontos numa de escala de 1 a 4: 1 para “com certeza não”, 2 para “provavelmente não”, 3 para “provavelmente sim” e 4 para “com certeza sim”. Isso possibilita construir escores para cada pergunta com intervalos de 1 a 4, que são, em seguida, transformados por fórmula padronizada em base decimal (0 a 10). A média entre as perguntas que compõem o atributo representa o escore daquele

atributo. A média entre os escores dos atributos A ao H representa o escore essencial de APS para aquele indivíduo e a média entre todos os 10 escores, o escore geral individual de APS (BRASIL, 2010). Essa padronização existe para diferenciar o impacto dos ditos atributos essenciais (afiliação, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) do impacto adicional dos atributos derivados (orientação familiar e comunitária).

A média entre os escores para o atributo A de todos os indivíduos afiliados a determinado serviço produz o escore daquele serviço para o atributo A. O mesmo vale para o atributo B e, assim, sucessivamente. A média entre os escores essenciais de todos os indivíduos afiliados a determinado serviço produz o escore essencial do serviço. O mesmo é válido para o escore geral: a média entre os escores gerais de todos os indivíduos afiliados a determinado serviço produz o escore geral do serviço.

Após as respostas de 1 a 4 serem transformadas para base decimal, o escore 0 passa a corresponder a “com certeza não”; o escore 3,3 a “provavelmente não”, o escore 6,6 a “provavelmente sim” e o escore 10 a “com certeza sim”. Assim, qualquer valor entre 6,6 e 10 corresponde a maior concordância do questionário. Por isso, 6,6 é considerada a nota de corte para classificar um atributo como apresentando um alto escore de APS. Da mesma forma, quando um serviço apresenta escore geral maior que 6,6, o classificamos como apresentando uma alta orientação à APS (HARZHEIM, 2013a). Os serviços a serem avaliados são definidos com base nas respostas dadas à primeira parte do PCATool, a Afiliação (A):

- A1: Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde em que você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre sua saúde?
- A2: Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o conhece melhor como pessoa?
- A3: Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Se o usuário responde o mesmo serviço nas três perguntas, é considerado fortemente afiliado a este serviço (ganha pontuação 4). Se responde o mesmo em duas perguntas, é considerado moderadamente afiliado (pontuação 3). Se todas as respostas são diferentes, conta o serviço que foi citado na primeira pergunta (pontuação 2). Se duas respostas são negativas, conta o serviço que havia sido respondido em uma das perguntas (pontuação 2). Se todas são negativas, uma quarta pergunta é feita:

- A4: Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez (pontuação 1).

Percebe-se, assim, que mesmo quem não se demonstra afiliado recebe pontuação. Sendo assim, o 1 representa a pior pontuação. Na transformação para a base decimal, o 1 é transformado em zero. Portanto, o PCATool inclui na avaliação usuários esporádicos, que não utilizam frequentemente o serviço.

3.4 Avaliação sociodemográfica

Foram coletados dados sociodemográficos incluindo idade, sexo, estado civil (se vive com o companheiro ou não), horário de trabalho (período integral, meio período ou noite), escolaridade, classe social conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2013). Foi também pesquisada a profissão e relatada conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2013). Este questionário foi aplicado a todos os entrevistados, inclusive os que não foram afiliados à AMA ou à UBS.

A ABEP sistematiza a escolaridade dividindo as pessoas em 5 grupos. Grupo 1: os analfabetos e aqueles que não concluíram a 4ª série/5º ano do ensino fundamental; grupo 2: aqueles que concluíram as séries/anos seguintes, mas não o ensino fundamental; grupo 3: os que concluíram as séries/anos seguintes, mas não o ensino médio; grupo 4: os que concluíram o ensino médio, mas não o ensino superior; e grupo 5: os que concluíram o ensino

superior (ABEP, 2013). Este estudo preferiu unificar os grupos 1 e 2 num grupo intitulado “fundamental incompleto”.

Ainda conforme a ABEP, a classe social foi definida por questionário socioeconômico que avaliava, dentre outros aspectos: escolaridade e posse de bens como televisores, rádios, carros, geladeiras, aparelhos de DVD, banheiros, e se tinham ou não empregada doméstica. Conforme as respostas, o usuário era alocado nas classes A, B1, B2, C1, C2, D ou E (ABEP, 2013).

3.5 Sistematização das entrevistas

Seis estudantes universitários de centros universitários próximos (Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP – e Centro Universitário Anhanguera de São Paulo – São Paulo) foram selecionados, contratados e capacitados pelos autores para exercerem a função de entrevistadores de novembro de 2013 a julho de 2014. A capacitação ocorreu de forma presencial por meio de um encontro no qual foi explicada de maneira detalhada a aplicação do questionário PCATool e o comportamento esperado diante dos entrevistados em caso de recusa ou dúvidas. Caso houvesse dúvidas na aplicação do questionário por parte dos entrevistadores, havia possibilidade de contato com um dos pesquisadores (BB).

Para a sistematização das entrevistas, foi tomado como estimativa da população residente na área adstrita as quase 6.000 famílias cadastradas do SIAB (2014). Optou-se por limitar a entrevista para apenas um integrante por família, buscando-se contemplar algo próximo a 10% das famílias cadastradas. Assim, os entrevistadores foram orientados a acessar um domicílio a cada dez, sempre começando da primeira casa de cada lado da rua. O indivíduo adulto que atendesse, fosse morador e concordasse em participar, iniciava a entrevista. Caso referisse não ter utilizado nenhum serviço de saúde no último ano, era, automaticamente, excluído da amostra. Se, durante a aplicação da primeira parte do PCATool, fosse considerado afiliado a outro serviço que não a UBS Luar do Sertão ou a AMA Parque

Fernanda, a aplicação do questionário era, automaticamente, interrompida e apenas os dados coletados ali eram utilizados.

Se houvesse recusa em participar por um morador do domicílio, outro morador que cumprisse todos os critérios de inclusão era convidado a ser entrevistado. Em caso de atendimento por menor de 18 anos, pedia-se que fosse chamado um adulto com mais de 18 anos. Se em um dos domicílios escolhidos não houvesse nenhum adulto disponível, ou houvesse recusa em participar, ou caso estivesse vazio, era, automaticamente, excluído e a casa vizinha era visitada até que se conseguisse a participação de um adulto.

A campanha sempre era tocada 3 vezes, ou as palmas batidas 3 vezes, seguidas por espera de até 5 minutos antes de cada desistência. Feita a entrevista, as nove casas seguintes eram desprezadas e a décima era selecionada, sendo realizado o mesmo procedimento de desistência descrito acima em caso de recusa ou ausência de moradores. Esse padrão foi seguido em todas as ruas, em cada um dos dois lados.

Não houve contato prévio com nenhum dos entrevistados e nenhuma preferência por serviço foi estabelecida antes das entrevistas. As visitas foram realizadas em horários variados: em dias da semana e aos domingos entre 10 e 19h para possibilitar a captação de alguns usuários economicamente ativos. Cada aplicação de questionário completa demorou cerca de 40 minutos.

Cada questionário foi minuciosamente checado para avaliar se haviam dados faltantes. Caso isso acontecesse, o entrevistador era orientado a voltar ao domicílio e recoletar aquela informação. Nenhum questionário foi perdido por erro de aplicação.

3.6 Ética

Esta pesquisa foi devidamente submetida e aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo.

A coleta de dados apenas se iniciou após a aprovação deste projeto nos comitês supracitados. Somente foram entrevistados os sujeitos que aceitaram participar, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os princípios éticos fundamentais: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade foram priorizados em todas as etapas da investigação.

3.7 Análise estatística

Os escores individuais do PCATool dos serviços AMA e UBS foram calculados conforme manual do instrumento. Como a distribuição dos dados se demonstrou não paramétrica, optou-se por calcular medianas e intervalos interquartis (IQs) para cada serviço, sendo a comparação realizada por meio do teste de Mann-Whitney.

Uma vez que muitos estudos internacionais e nacionais usando o PCATool, inclusive os estudos de validação do instrumento, apresentaram seus resultados por meio de médias e desvios padrão, usando um teste para comparação de médias entre os grupos, preferiu-se apresentar, também, desta forma, para facilitar a comparação entre estudos. Assim, nas tabelas, há a apresentação dos resultados na forma de média e mediana com resultados semelhantes.

As variáveis categóricas foram apresentadas como proporções e comparadas utilizando-se o teste do Qui-quadrado. As variáveis numéricas foram apresentadas como média (desvio-padrão) ou mediana (intervalo interquartil) e comparadas usando-se ANOVA com teste *post hoc* de Bonferroni ou teste de Mann-Whitney conforme indicado. O intervalo de confiança utilizado foi sempre de 95% em todos os cálculos.

Como quem recebe a nota 1 em afiliação também é incluído no estudo, permitindo que uma pessoa que frequenta somente de vez em quando a UBS seja incluída, fizemos uma análise de sensibilidade excluindo essa categoria da amostra.

A análise foi feita no *software* SPSS versão 22.0.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Durante o estudo, foram aplicados 616 questionários. A amostra apresentou idade média de 47,2, com desvio padrão de 15,0. A Tabela 1 mostra a distribuição de acordo com as principais variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 - Distribuição da Amostra de acordo com as principais variáveis sociodemográficas

Entrevistados por Sexo	
Masculino	20,6%
Feminino	79,4%
Entrevistados por Idade Conforme Estratos do SIAB	
< 20 anos	1,3%
20-39 anos	32,0%
40-49 anos	22,9%
50-59 anos	20,6%
> 60 anos	23,2%
Entrevistados por Ocupação	
Empregados	42,8%
Do Lar	39,3%
Aposentados	13,8%
Desempregados	4,1%
Entrevistados por Estado Civil	
União estável	64,1%
Sem União Estável	35,9%
Entrevistados por Horário de Trabalho	
Não está inserido no Mercado de Trabalho	59,4%
Período Integral	29,6%
Meio Período – Manhã	4,6%
Meio Período – Tarde	2,7%
Noite	1,9%
Irregular	1,8%
Entrevistados por Escolaridade	
Fundamental Incompleto	49,3%
Fundamental Completo	15,7%
Médio Completo	31,6%
Superior Completo	3,4%
Entrevistados por Classe Social	
B	22,3%
C	66,1%
D & E	11,6%

Em suma, a amostra se apresentou com uma maior proporção de mulheres (79,4%), com maior presença de indivíduos abaixo dos 60 anos (76,8%), com 57,1% de pessoas sem ocupação. Aproximadamente, 50% não terminou o Ensino Fundamental e mais de 75% pertencem às classes econômicas C, D ou E.

Foram considerados afiliados a algum serviço 612 entrevistados. Quatro negaram mesmo o uso esporádico de qualquer serviço de saúde no último ano e, por isso, foram excluídos da comparação. A aplicação do PCATool ocorreu de forma completa apenas nos 546 indivíduos que foram considerados afiliados aos serviços de interesse deste trabalho, 470 à UBS Luar do Sertão e 77 à AMA Pq. Fernanda. Destes, 85 da UBS e 1 da AMA foram considerados usuários esporádicos ao receberem nota de afiliação zero. Mesmo assim, foram incluídos conforme metodologia do instrumento. Outros 65 foram considerados afiliados a outros serviços como convênios particulares, hospitais municipais próximos e ambulatórios de especialidades, e são apresentados, brevemente, na Tabela 2.

Houve uma dificuldade maior do que a esperada para encontrar usuários que pudessem ser considerados afiliados à AMA. Durante o cálculo amostral, a estimativa era de que 77 usuários corresponderiam a 27,5% da amostra. Ao longo das entrevistas, entretanto, isso não se demonstrou verdadeiro. Foram necessários 616 entrevistados para que o número fosse alcançado, sendo a proporção de afiliados a AMA de 12,3%. Na Tabela 2, pode-se observar as características sociodemográficas dos usuários de acordo com cada serviço.

Tabela 2 - Características gerais da amostra estudada de acordo com a afiliação aos serviços de saúde

Variáveis	Local de atendimento				
	UBS Luar (%)	AMA (%)	P*	Outros (%)	P†
	N = 470	N=76		N=65	
Idade					
Idade Média (Desvio Padrão)	48,22‡ (15,11)	43,97‡ (14,23)	0,22	43,06‡ (14,14)	0,08
Faixa Etária Conforme SIAB					
<20 anos	3,60%	1,30%	0,01	2,98%	0,01
20-39 anos	26,80%	43,40%		38,81%	
40-49 anos	21,90%	25%		25,38%	
50-59 anos	22,10%	10,50%		22,38%	
>=60 anos	25,50%	19,70%		10,45%	
Sexo					
Masculino	20%	13,20%	0,15	32,83%	0,12
Feminino	80%	86,80%		67,17%	
Vínculo Empregatício					
Empregados	39,70%	42,10%	0,98	53,73%	0,45
Desempregados	4,10%	3,90%		4,47%	
Do Lar	41,20%	39,50%		28,35%	
Aposentados	15,10%	14,50%		11,94%	
Estabilidade da União Civil					
União Estável	62,57%	68,43%	0,09	65,67%	0,34
Sem União Estável	37,43%	31,57%		34,33%	
Horário de Trabalho					
Período Integral	28,08%	30,26%	0,28	38,80%	0,61
Meio Período (Manhã ou Tarde)	7,66%	2,62%		10,44%	
Noite	1,70%	1,31%		2,98%	
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	52,55%	44,73%	0,43	28,35%	0,001
Fundamental Completo	15,96%	14,47%		16,42%	
Médio Completo	28,93%	38,15%		44,78%	
Superior Completo	2,56%	2,63%		10,45%	
Classe Econômica					
B	19,35%	24,99%	0,001	37,30%	0,001
C	65,54%	73,70%		52,23%	
D & E	13,41%	1,31%		10,44%	

*Valor de p entre UBS e AMA

†Valor de p entre os 3 serviços

‡Não houve diferença estatisticamente significativa entre os serviços de acordo com Teste de Bonferroni (p entre UBS e AMA = 0,066; p entre UBS e outros = 0,051 e p entre AMA e outros = 1,00).

Quando comparados, AMA, UBS e outros serviços apresentaram diferença estatística para as variáveis: sexo, idade (média), faixas etárias conforme o SIAB, escolaridade e classe social. A UBS apresenta a média de idade mais alta do grupo (48,2), não havendo diferença estatística entre as médias da AMA e dos outros serviços, em torno dos 43 anos. Os indivíduos que frequentam a AMA e os outros serviços se concentram nas faixas etárias mais jovens: 68,4% dos usuários da AMA e 68,5% dos usuários dos outros serviços têm entre 20 e 49 anos, contra apenas 48,7% na UBS, que apresentou quase metade dos seus usuários acima dos 50 anos (47,6%). A participação masculina entre os usuários dos outros serviços é estatisticamente maior, 37%. UBS e AMA apresentam participação masculina de 20% e 13,2%, respectivamente.

A escolaridade dos afiliados a outros serviços de saúde foi superior aos afiliados A UBS e AMA, e essa diferença foi estatisticamente significativa. Apresentavam superior completo 12,9% dos afiliados a outros serviços comparados a apenas 2,6% na UBS e 2,6 na AMA. Entre os afiliados à UBS e AMA, 68,5% e 59,2%, respectivamente, estudaram apenas até a 8ª série.

Em relação à classe social, os afiliados a outros serviços apresentaram um perfil mais elitizado com 42,6% na classe B, 48,15% na classe C, e apenas 9,25% nas classes D e E. Os afiliados à AMA aparecem em segundo lugar com 25% na classe B, 73,7% na C, e 1,3% nas classes D e E. Já os afiliados a UBS aparecem como os usuários mais pobres, com apenas 19,4% na B, 65,6% na C, e 13,4% nas classes D e E.

Quanto à distribuição nas equipes, os resultados podem ser visualizados na Tabela 3. Vale lembrar que a amostra dentro das equipes é insuficiente para proporcionar qualquer comparação.

A afiliação aos serviços foi diferente entre as equipes e essa diferença foi estatisticamente significativa. A maior parte dos afiliados à AMA foi encontrada nas duas microáreas mais próximas ao serviço: Amarela (63,15%) e Verde (22,36%). Nas demais microáreas, houve poucos usuários afiliados à AMA Parque Fernanda.

A única variável com diferença estatisticamente significativa entre as equipes que pode ter influenciado a escolha do serviço foi a escolaridade.

Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados por equipe e por serviço afiliado (UBS, AMA e Outros)

Equipe	Local de Atendimento					Total
	UBS	AMA	<i>P</i> *	Outros	<i>P</i> [†]	
Verde	68,3%	17,3%		14,2%		16,3%
Vermelha	98%	2%		0%		17,1%
Rosa	87,2%	4,2%		8,5%		15,6%
Amarela	51,4%	45,71%	<0,0001	2,8%	<0,0001	17,5%
Azul	82%	3%		15%		16,6%
Laranja	84%	2%		14%		16,6%
Total	78,3%	12,6%		9%		100%

*Valor de p entre UBS e AMA

†Valor de p entre os 3 serviços

Os usuários da equipe vermelha se mostraram os menos escolarizados (75,2% tinham no máximo o fundamental completo), seguidos pela equipe amarela (71,5%). A Verde apresentou o perfil mais escolarizado (45,4% até médio ou superior completos). A comparação total pode ser vista na Tabela 4.

Tabela 4 – Características gerais da amostra estudada de acordo com equipe a que pertence.

Variáveis	Equipes						p
	Verde	Vermelha	Rosa	Amarela	Azul	Laranja	
Idade Média (Desvio Padrão)	47,26 (14,95)	47,94 (14,91)	44,97 (17,25)	49,26 (14,16)	44,56 (13,92)	48,90 (15,04)	0,65
Idade conforme SIAB							
<20 anos	0,0%	4,8%	6,3%	0,9%	5,8%	1,9%	0,18
20-39 anos	29,3%	27,6%	29,5%	31,2%	35,6%	26,9%	
40-49 anos	30,3%	20,0%	23,2%	18,4%	19,2%	26,9%	
50-59 anos	18,2%	21,9%	20,0%	18,4%	24,0%	21,2%	
>=60 anos	22,2%	25,7%	21,1%	31,2%	15,4%	23,1%	
Sexo							
Masculino	21,2%	21,0%	20,0%	18,4%	27,9%	15,4%	0,35
Feminino	78,8%	79,1%	80,0%	81,7%	72,1%	84,6%	
Vínculo Empregatício							
Empregados	39,4%	44,8%	43,5%	33,0%	47,5%	41,8%	0,33
Desempregados	4,1%	1,9%	5,4%	5,5%	5,9%	2,0%	
Do Lar	43,4%	40,0%	38,1%	37,6%	35,6%	43,7%	
Aposentados	13,1%	13,3%	13,1%	23,9%	10,9%	12,6%	

continua

							conclusão
Variáveis	Equipes						p
	Verde	Vermelha	Rosa	Amarela	Azul	Laranja	
Estabilidade da União Civil							
União Estável	41,4%	27,6%	32,6%	34,9%	43,3%	35,6%	0,19
Sem União Estável	58,6%	72,4%	67,4%	65,1%	56,7%	64,4%	
Horário de Trabalho							
Período Integral	77,8%	84,8%	65,0%	90,0%	70,5%	73,8%	0,27
Meio Período (M ou T)	16,7%	10,9%	32,5%	10,0%	22,7%	19,1%	
Noite	5,6%	4,4%	2,5%	0,0%	6,8%	7,2%	
Escolaridade							
Fund. Incompleto	42,4%	59,0%	44,2%	54,1%	48,1%	46,2%	0,04
Fund. Completo	12,1%	16,2%	24,2%	17,4%	11,5%	13,5%	
Médio Completo	41,4%	20,0%	29,5%	27,5%	34,6%	37,5%	
Superior Completo	4,0%	4,8%	2,1%	0,9%	5,8%	2,9%	
Classe Econômica							
B	28,3%	14,9%	25,5%	26,2%	25,0%	14,6%	0,08
C	61,6%	63,4%	64,9%	69,2%	62,5%	73,8%	
D & E	10,1%	21,8%	9,6%	4,7%	12,5%	11,7%	

A Equipe Amarela, quando comparada separadamente com o conjunto das outras equipes, demonstrou diferença estatisticamente significativa apenas para classe social, apresentando menos usuários nas classes D e E que a média, e vínculo empregatício, apresentando menos empregados e mais aposentados. A Tabela 5 mostra a comparação.

Já a equipe verde quando comparada isoladamente não mostrou diferença estatisticamente significativa para nenhuma variável.

Tabela 5 - Comparação entre a Equipe Amarela e o conjunto das outras equipes em relação às variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significante.

Variável	Equipes		
	Amarela	Outras	P*
Vínculo Empregatício			
Empregados	33,0%	43,4%	0,013
Desempregados	5,5%	3,8%	
Do Lar	37,6%	40,2%	
Aposentados	23,9%	12,6%	
Classe Econômica			
B	26,2%	21,6%	0,039
C	69,2%	65,2%	
D & E	4,7%	13,2%	

*Valor de p entre as equipes

Quando as microáreas Amarela e Verde são comparadas em conjunto com o grupo das outras equipes, apresentam-se com menor proporção de jovens abaixo dos 20 anos e maior proporção de idosos; e mais usuários participando da Classe social B, e menos das D e E. A Tabela 6 mostra esta comparação.

Quanto à aplicação do PCATool, a UBS Luar do Sertão e a AMA Pq. Fernanda apresentaram afiliações semelhantes. “Acessibilidade” foi o atributo que apresentou menor diferença entre os serviços e o único em que a AMA levou vantagem. Apesar disso, não foi considerado satisfatório (escore para o atributo < 6,6). Para a UBS, ainda foi o atributo com menor escore médio (2,46 na UBS vs. 3,68 na AMA).

Tabela 6 - Comparação entre o conjunto das Equipes Amarela e Verde, e com outras equipes em relação às variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Estadísticos de Significância:			
Variável	Equipes		
	Amarela e Verde	Outras	P*
Idade conforme SIAB			
<20 anos	0,5%	4,65%	0,036
20-39 anos	30,3%	29,9%	
40-49 anos	24,0%	22,3%	
50-59 anos	18,3%	21,8%	
>=60 anos	26,9%	21,32%	
Classe Econômica			
B	27,2%	19,9%	0,015
C	65,5%	66,2%	
D & E	7,2%	13,9%	

“Acesso de 1º contato – Utilização” foi o atributo mais bem avaliado da AMA, entretanto, não foi alcançado a nota de corte e não pode ser considerado satisfatório. Já a UBS apresentou escore médio para esse atributo de 7,22. A Tabela 7 compara os resultados dos 4 primeiros atributos.

A UBS Luar do Sertão ainda foi superior em todos os demais atributos, alcançando escore essencial significativamente maior que a AMA Pq. Fernanda. Além de “Utilização”, também foi bem avaliado para a UBS o atributo “Coordenação - integração dos cuidados”, sendo os dois os únicos a ultrapassarem os 6,6. O Parque Fernanda não apresentou nenhum atributo essencial com alta orientação. A distribuição dos demais escores médios dos atributos essenciais está na Tabela 8.

Tabela 7 - Escores de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda: Atributos A a D.

Atributos	Média dos Escores (Intervalo de Confiança 95%)			Medianas dos Escores (Intervalo Interquartil)		
	UBS	AMA	$p^{\dagger}$	UBS	AMA	$p^{\ddagger}$
A (Grau de Afiliação)	5,97 (5,68 – 6,27)	5,87 (5,38 – 6,37)	0,79	6,67 (3,33 – 6,67)	6,67 (3,33 – 6,67)	0,25
B (Acesso de 1º Contato – Utilização)	7,22 (6,97 – 7,47)	5,23 (4,64 – 5,82)	< 0,0001	7,77 (6,66 – 10)	4,44 (3,33 – 6,67)	< 0,01
C (Acesso de 1º Contato – Acessibilidade)	2,46 (2,34 – 2,58)	3,68 (3,38 – 3,98)	< 0,0001	2,22 (1,66 – 3,33)	3,61 (3,05 – 4,72)	< 0,01
D (Longitudinalidade)	5,96 (5,78 – 6,15)	3,85 (3,43 – 4,27)	< 0,0001	5,95 (4,52 – 7,61)	3,57 (2,61 – 5,00)	< 0,01

†calculado por teste T de student; ‡ calculado por Mann-Whitney

Tabela 8 - Escores de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda: Atributos E a H.

Atributos	Média dos Escores (Intervalo de Confiança 95%)			Medianas dos Escores (Intervalo Interquartil)		
	UBS	AMA	$p^{\dagger}$	UBS	AMA	$p^{\ddagger}$
E (Coordenação – Integração de Cuidados)	5,28 (4,85 – 5,71)	3,33 (1,88 – 4,77)	< 0,0001	5,83 (2,5 – 7,91)	2,50 (0,00 – 5,62)	< 0,01
F (Coordenação – Sistema de Informações)	7,31 (7,15 – 7,47)	3,35 (2,72 – 3,97)	< 0,0001	7,77 (6,66 – 8,88)	3,33 (1,11 – 4,44)	< 0,01
G (Integralidade – Serviços Disponíveis)	5,36 (5,21 – 5,52)	2,52 (1,98 – 3,06)	< 0,0001	5,45 (4,24 – 6,36)	1,66 (0,90 – 3,86)	< 0,01
H (Integralidade – Serviços Prestados)	4,16 (3,95 – 4,37)	1,35 (0,98 – 1,73)	< 0,0001	4,10 (2,42 – 5,89)	0,76 (0,00 – 1,60)	< 0,01
Escore Essencial (A+B+C+D+E+F+G+H/8)	5,64 (5,53 – 5,74)	3,70 (3,44 – 3,95)	< 0,0001	5,60 (4,97 – 6,38)	3,70 (3,05 – 4,13)	< 0,01

†calculado por teste T de student; ‡ calculado por Mann-Whitney

A UBS ainda foi superior à AMA em relação aos atributos derivados: “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária”, alcançando Escore Geral também superior. Nenhum deles foi considerado satisfatoriamente orientados à APS.

Tabela 9 – Escores de Atenção Primária por atributo para a UBS Luar do Sertão e a AMA Parque Fernanda: Atributos Derivados I e J e Escore Geral.

Atributos	Média dos Escores (Intervalo de Confiança 95%)			Medianas dos Escores (Intervalo Interquartil)		
	UBS	AMA	$p^{\dagger}$	UBS	AMA	$p^{\ddagger}$
I (Orientação Familiar)	4,62 (4,32 – 4,92)	1,95 (1,38 – 2,53)	$< 0,0001$	4,44 (2,22 – 6,67)	1,11 (0,00 – 3,33)	$< 0,01$
J (Orientação Comunitária)	5,62 (5,39 – 5,86)	1,64 (1,22 – 2,05)	$< 0,0001$	5,55 (3,88 – 7,22)	1,11 (0,00 – 2,77)	$< 0,01$
Escore Geral (A+B+C+D+E+F+G+ I+J/10)	5,58 (5,47 – 5,69)	3,38 (3,08 – 3,59)	$< 0,0001$	5,53 (4,78 – 6,38)	3,38 (2,63 – 3,85)	$< 0,01$

†calculado por teste T de student; ‡ calculado por Mann-Whitney

Para averiguar o peso que cada pergunta representou aos escores dos atributos nos serviços, foi calculado um escore médio por item (pergunta), seguindo a mesma orientação de cálculo usada pelo instrumento para calcular os escores por atributo. As respostas de 1 a 4 desses escores médios por item também foram transformadas para base decimal, passando o escore 0 a corresponder a “com certeza não”; o escore 3,3 a “provavelmente não”, o escore 6,6 a “provavelmente sim” e o escore 10 a “com certeza sim”. Assim, AMA e UBS também foram comparados item a item. Na Tabela 10, é possível visualizar esta comparação.

Tabela 10 - Escores médios dos itens do PCATool por Local de atendimento.

Itens	Local de Atendimento		P*
	UBS Luar	AMA	
B - Acesso de 1º Contato – Utilização			
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	8,16	3,76	< 0,01
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	6,20	8,63	< 0,01
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “serviço de saúde/ou médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	8,66	3,83	< 0,01
Escore Médio do Atributo	7,22	5,23	< 0,01
continua			

continua

continuação

Itens	Local de Atendimento		P*
	UBS Luar	AMA	
C - Acesso de 1º Contato – Acessibilidade			
C1 – O “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	0,73	5,56	< 0,01
C2 – O “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	1,13	1,70	< 0,01
C3 – Quando o seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” está aberto e você adoecce alguém de lá atende você no mesmo dia?	4,66	8,76	< 0,01
C4 – Quando o seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	2,76	2,26	< 0,01
C5 – Quando o seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	1,13	1,23	0,007
C6 – Quando o seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	0,56	1,10	< 0,01
C7 – Quando o seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	0,73	1,16	0,007
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “serviço de saúde/ou médico/ enfermeiro”?	4,93	4,50	0,43
C9 – Quando você chega no seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4,43	1,20	< 0,01
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro”?	5,36	4,86	0,004
C - Acesso de 1º Contato – Acessibilidade			
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4,26	6,96	< 0,01
C12 – Quando você tem que ir ao “médico/enfermeira /local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	5,80	5,83	0,03
Escore Médio do Atributo	2,46	3,68	< 0,01
D – Longitudinalidade			
D1 – Quando você vai ao seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	8,70	1,83	< 0,01
D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	8,50	8,80	0,044

continua

continuação

Itens	Local de Atendimento		P*
	UBS Luar	AMA	
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	8,93	9,36	0,026
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	2,00	1,66	0,836
D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	8,10	5,53	< 0,01
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	8,36	7,60	0,084
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4,10	1,10	< 0,01
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	6,06	2,60	< 0,01
D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	6,70	2,46	< 0,01
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	7,46	1,73	< 0,01
D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	5,93	1,53	< 0,01
D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	5,13	1,10	< 0,01
D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	7,20	2,76	< 0,01
D14 – Você mudaria do “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	5,26	5,40	0,005
Escore Médio do Atributo	5,96	3,85	< 0,01
E - Coordenação - Integração de Cuidados			
E2 – O “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	8,00	5,53	0,14
E3 – O “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	9,16	3,80	0,03
E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços nos quais você poderia ser atendido para este problema de saúde?	3,90	2,36	0,169
E5 – O seu “médico/enfermeiro” ou alguém que trabalha no/com “nome do serviço de saúde” ajudou-o/a a marcar esta consulta?	7,93	3,46	0,149
E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	7,70	2,83	0,003

continua

continuação

Itens	Local de Atendimento		P*
	UBS Luar	AMA	
E7 – O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	6,66	2,36	0,008
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	6,36	2,83	0,08
E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	5,90	3,46	0,906
Escore Médio do Atributo	5,28	3,85	< 0,01
F - Coordenação - Sistemas de Informação			
F1. Quando você vai no “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?	7,00	2,90	< 0,01
F2. Quando você vai ao “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	9,13	3,66	< 0,01
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro”?	4,50	3,40	0,005
Escore Médio	5,28	3,33	< 0,01
G - Integralidade - Serviços Disponíveis			
G1 – Está disponível no “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro: Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	6,23	2,86	< 0,01
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4,00	1,56	< 0,01
G - Integralidade - Serviços Disponíveis			
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos).	4,33	1,43	< 0,01
G4 – Vacinas (imunizações).	8,23	3,10	< 0,01
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	6,16	1,46	< 0,01
G6 – Está disponível no “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro: Tratamento dentário.	5,90	1,30	< 0,01
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	6,93	1,50	< 0,01
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)?	4,76	0,96	< 0,01
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental?	4,80	0,96	< 0,01
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos?	5,10	5,53	< 0,01
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV?	6,46	4,26	< 0,01
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	3,33	1,83	< 0,01

continua

continuação

Itens	Local de Atendimento		P*
	UBS Luar	AMA	
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	3,53	2,20	< 0,01
G14 – Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)?	2,83	5,20	< 0,01
G15 – Remoção de verrugas.	3,33	3,13	0,02
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	8,43	3,10	< 0,01
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar?	7,10	4,70	0,001
G18 – Cuidados pré-natais.	8,76	2,83	< 0,01
G19 – Remoção de unha encravada.	3,13	2,83	0,007
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4,23	1,83	< 0,01
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4,36	1,53	< 0,01
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4,26	1,36	< 0,01
Escore Médio do Atributo	7,31	3,35	< 0,01
H - Integralidade - Serviços Prestados			
H1 – Em consultas ao “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro”, o seguinte assunto “Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente” já foi ou é discutido (conversado) com você?	6,46	2,40	< 0,01
H2 – “Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança” já foi ou é discutido (conversado) com você?	3,66	1,73	< 0,01
H3 – “Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro” já foi ou é discutido (conversado) com você?	1,80	0,56	0,024
H4 – “Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando” já foi ou é discutido (conversado) com você?	1,83	0,33	< 0,01
H5 – “Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você” já foi ou é discutido (conversado) com você?	7,00	2,30	< 0,01
H6 – “Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol” já foi ou é discutido (conversado) com você?	7,80	2,20	< 0,01
H7 – “Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando” já foi ou é discutido (conversado) com você?	6,13	0,46	< 0,01
H8 – “Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança” já foi ou é discutido (conversado) com você?	2,43	0,43	< 0,01

continua

Itens	Local de Atendimento		P*
	UBS	Luar AMA	
H9 – “Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança” já foi ou é discutido (conversado) com você?	0,83	0,33	0,56
H10 – “Como prevenir queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)” já foi ou é discutido (conversado) com você?	1,93	0,80	< 0,01
H11 – Em consultas ao “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro”, o seguinte assunto: “Como prevenir quedas” já foi ou é discutido (conversado) com você?	2,80	0,56	< 0,01
H12 – “Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis” já foi ou é discutido (conversado) com você?	2,66	0,76	< 0,01
H13 – “O cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa” já foi ou é discutido (conversado) com você?	3,40	0,76	< 0,01
Escore Médio do Atributo	5,36	2,52	< 0,01
I - Orientação Familiar			
I1 - O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	3,26	1,06	< 0,01
I - Orientação Familiar			
I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	5,93	2,76	< 0,01
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	6,13	1,93	< 0,01
Escore Médio do Atributo	4,16	1,35	< 0,01
J - Orientação Comunitária			
J1 – Alguém no “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	8,73	0,73	< 0,01
J2 – O seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	6,86	2,50	< 0,01
J3 – O seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4,93	2,96	0,001
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4,36	2,06	< 0,01
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4,36	1,36	< 0,01
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?	2,90	0,43	< 0,01
Escore Médio do Atributo	5,62	1,64	< 0,01
Escores Finais			
Escore Essencial	5,64	3,70	< 0,01
Escore Geral	5,58	3,38	< 0,01

*Valor de p entre os dois serviços: UBS e AMA

Quadro 1 – Itens que não apresentaram diferença estatisticamente significativa para seus escores médios entre AMA e UBS

C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “serviço de saúde/ou médico/ enfermeiro”?
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?
E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços nos quais você poderia ser atendido para este problema de saúde?
E5 - O seu “médico/enfermeiro” ou alguém que trabalha no/com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta?
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?
H9 – “Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança” já foi ou é discutido (conversado) com você?

Cabe observar que praticamente todos os itens em que a AMA apresenta escore médio com maior orientação à APS são relacionados ao atendimento da chamada demanda espontânea. Estas perguntas estão destacadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Itens da AMA com maior orientação a APS.

B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?
C1 – O “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?
C3 – Quando o seu “serviço de saúde/ou médico/ enfermeiro” está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

No início do século XXI, a ESF estava se consolidando como a estratégia de APS oficial do estado brasileiro. Várias mudanças no modelo de financiamento da saúde pública estimularam o interesse das prefeituras pelas políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e a ESF se expandiu exponencialmente.

São da mesma época os primeiros estudos brasileiros utilizando o PCATool. Vários pesquisadores brasileiros procuravam entender se a nova estratégia de saúde da família era realmente superior ao serviço de APS que era oferecido até então. Sabia-se de seu impacto positivo sobre a mortalidade infantil e materna (MACINKO *et al.*, 2007a), mas havia dúvidas se os avanços nos indicadores de saúde não seriam causados por melhoras em outros determinantes, como saneamento básico, renda e educação. Afinal, o que diferenciava a ESF das unidades básicas de saúde tradicionais (UBST)?

Estruturalmente, as UBST eram caracterizadas pela falta de delimitação de área de abrangência, a ênfase na intervenção médica desintegrada dividida por sexo e faixa etária, a ausência do enfoque familiar e a priorização dos programas verticais seletivos orientados pelo Ministério da Saúde, como, por exemplo, o programa de imunizações. A hipótese desses primeiros estudos era que essas características prejudicavam a orientação à APS das UBST (MACINKO *et al.*, 2007b; AQUINO *et al.*, 2009; RASELLA *et al.*, 2010).

O primeiro estudo a realizar esta comparação foi o de Macinko *et al.* (2007b) na cidade de Petrópolis/RJ, apenas com usuários do sistema de saúde. Usando uma versão ainda não validada do questionário PCATool (apenas traduzida do Inglês, mas não adaptada à realidade local), compararam as respostas de 468 usuários de 40 unidades de saúde da cidade (aproximadamente, 12 usuários por unidade). Faziam parte da ESF 25 unidades e 15 eram UBST. Macinko optou por dicotomizar as respostas dos usuários apenas em sim e não, não havendo, portanto, as possibilidades “provavelmente sim” e “provavelmente não” sugeridas pelo instrumento

validado (MACINKO *et al.*, 2007b). Esta é uma técnica que pode ser usada em pesquisa para facilitar as respostas do entrevistado ao instrumento (MCDOWELL, 2006). Entretanto, isso ocorre sempre às custas de uma simplificação das respostas que pode causar problemas. Frequentemente, quando o leque de respostas se reduz a sim ou não, o entrevistado tende a responder sim mesmo que nem sempre a resposta à pergunta seja positiva. Na comparação entre a UBS Luar do Sertão e o AMA Pq. Fernanda, foi optado por seguir o manual oficial do instrumento quanto às opções de resposta: “sim”, “não”, “provavelmente sim”, “provavelmente não” e “não sei”.

Essa diferença de metodologia pode explicar por que Macinko *et al.* (2007b) encontraram escores mais desenvolvidos para as unidades com ESF de Petrópolis do que os apresentados pela UBS Luar do Sertão. Até mesmo as UBST petropolitanas se demonstraram superiores à UBS paulistana em boa parte dos atributos como “Longitudinalidade” e “Integralidade – Integração dos Cuidados”.

O fato de ter utilizado um questionário diferente com metodologia diferente prejudica muito qualquer comparação. Entretanto, uma constatação interessante é observar que, em ambos os estudos, o pior atributo avaliado tenha sido a “Acessibilidade”. Macinko *et al.* (2007b) sugerem que o problema em Petrópolis teria sido o horário de funcionamento das unidades mantido pela administração municipal, considerado pelos autores como muito restrito (MACINKO *et al.*, 2007b). Em todo o Brasil, é comum que as UBS com ESF ofereçam atendimento entre 7 e 17h, apenas 5 dias por semana.

No caso da UBS Luar do Sertão, isso também parece ser verdadeiro. Todas as perguntas que avaliaram a acessibilidade proporcionada pelo horário de atendimento contribuíram negativamente para o escore, exceto a pergunta C1 (O seu “serviço de saúde/ou médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?), que favoreceu a AMA com uma avaliação mediana (AMA 5,60 vs. x UBS 0,70). A AMA funciona aos sábados. Todas as outras perguntas desse atributo apresentaram escores individualizados menores que 3,3 para a AMA e para a UBS.

Elias *et al.* (2006) realizaram estudo na capital paulista com 1.117 usuários de 6 unidades de saúde utilizando o mesmo questionário do PCATool traduzido para o Português, mas não validado usado por Macinko (2007b) em Petrópolis (ELIAS *et al.*, 2006). Ele comparou unidades com ESF e UBTSs de três estratos sociais diferentes, definidos com base no Índice de Exclusão/Inclusão social dos Distritos Administrativos do município (SPOSATTI, 2002). Este índice é um indicador composto construído a partir de 47 variáveis agregadas em quatro grandes áreas: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade. Elias observou que os escores gerais de APS das unidades com ESF eram mais elevados que os das UBST independente dos estratos sociais.

“Acessibilidade”, novamente, apareceu como um dos piores atributos da avaliação, juntamente como “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária”. Elias *et al.* (2006), assim como Macinko *et al.* (2007b), também apontaram a restrição dos horários de funcionamento como origem do mal desempenho do atributo na ESF. Segundo eles: “os rígidos e limitados horários de funcionamento e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas restringem o efetivo acesso à atenção básica”. (ELIAS *et al.*, 2006).

A UBS Luar do Sertão apresentou quase todos os seus escores inferiores aos encontrados por Elias *et al.* (2006) para a ESF. Foi superior apenas nos atributos “Orientação familiar” e “Orientação Comunitária”. Os pesquisadores de 2006, entretanto, não entraram em detalhes em relação a quais perguntas teriam pesado mais ou menos nos cálculos, sendo difícil estabelecer comparações. Elias *et al.* (2006) apenas sugerem “a não excelência da ESF em termos do enfoque familiar na atenção e nas atividades de promoção e educação em saúde, justamente dois elementos nucleares ao discurso da inversão do modelo assistencial em curso nas UBS” (ELIAS *et al.* 2006).

Van Stralen *et al.* (2008) foram outros pesquisadores que utilizaram o PCATool para avaliar estrutura e processos da ESF de cinco municípios de Goiás e dois de Mato Grosso do Sul, comparando 36 unidades da ESF com 28 UBST, mas, desta vez, incluíram profissionais de saúde usando o questionário diferenciado. Ao todo, 302 profissionais e 623 usuários foram entrevistados e os dados apresentados em separado, o que permitiu a comparação com este

estudo. A ESF se demonstrou superior em quase todas as comparações, exceto em relação ao atributo “Acessibilidade” que foi melhor nas UBST tanto para usuários quanto para profissionais de saúde. Aqui, novamente, os atributos “Acessibilidade”, “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária” apareceram com os piores avaliados nos dois serviços.(VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Simultaneamente a esses estudos, Harzheim *et al.* (2000) trabalhavam na validação do instrumento, que, uma vez concluída, foi aplicada, posteriormente, em Curitiba, Porto Alegre e Ribeirão Preto (HARZHEIM *et al.*, 2000). Em Curitiba, Chomatas (2008) aplicou a versão para profissionais de saúde do PCATool Brasil a 490 médicos e enfermeiros de 92 unidades do município, sendo 45 com ESF e 47 com UBST. Novamente, a acessibilidade foi o atributo com menor escore médio para os dois serviços (CHOMATAS, 2008). Embora não tenha havido aplicação do questionário a usuários do sistema de saúde, estudos com o PCATool envolvendo profissionais de saúde e usuários concomitantemente mostram que, geralmente, os profissionais tendem a dar notas melhores para as mesmas perguntas e para os mesmos serviços (IBAÑEZ, 2006; MACINKO, 2007b; VAN STRALEN, 2008). Assim, em Curitiba, é provável que se o estudo tivesse incluído usuários, os escores médios seriam ainda piores.

Deste grupo de estudos com o questionário já validado, o de Porto Alegre se destaca por apresentar diversos modelos de serviços de APS. A capital gaúcha apresenta uma variedade de serviços superior à de outras cidades do país, incluindo alguns com maior tempo de implantação e tradição que a própria ESF. Oliveira (2007) aplicou o PCATool Brasil a 3.032 usuários destes serviços: ESF, UBST, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI-RS), Unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição (GHC) e Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), vinculado à Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS). Esses dois últimos serviços apresentam experiência de mais de 30 anos de prestação de serviços de APS a comunidades da capital gaúcha e tem programas extremamente relevantes de formação de recursos humanos, reconhecidos em todo o país. O GHC foi o serviço mais bem avaliado, apresentando 48,5% dos usuários

avaliando o serviço com escore geral de APS superior a 6,6; seguido pela CASSI com 31,1%, ESF com 23,2%, CSEM com 18,1% e, por último, as UBST com apenas 10%. Todos os serviços apresentaram barreiras de acesso, ficando aquém do nível satisfatório no atributo “Acessibilidade”, inclusive a ESF. Outro atributo mal avaliado para a ESF foi “Orientação Familiar” (OLIVEIRA, 2007).

Ibañez *et al.* (2006) foram um dos pioneiros na aplicação do PCATool e também utilizaram questionário ainda não validado, apenas traduzido do Inglês para o Português. Seu intuito, entretanto, não foi o de comparar ESF e UBST, mas comparar municípios com características diferentes. Ibañez avaliou 62 municípios com mais de 100.000 habitantes do Estado de São Paulo e, além dos usuários, incluiu, também, alguns trabalhadores de saúde. Os municípios foram distribuídos em “*clusters*” combinando dois indicadores: a complexidade de rede ambulatorial (3 classificações possíveis: baixa, média e alta) e sua colocação, se satisfatória ou não, no Índice de Responsabilidade Social do Estado de São Paulo (IPRS) – índice calculado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) levando em consideração renda, escolaridade e longevidade. Assim, seis grupos de municípios foram construídos (IBÁÑEZ *et al.*, 2006).

Uma UBST e uma unidade com ESF foram sorteadas para compor a amostra em cada uma das cidades, sendo os critérios para entrar no sorteio: serem consideradas pelo gestor da cidade como apresentando bom padrão de atendimento, apresentarem baixa rotatividade dos profissionais e se situarem em áreas da cidade com perfil socioeconômico semelhantes (IBÁÑEZ *et al.* 2006).

Foram entrevistados 2.923 usuários e 167 profissionais de saúde. Ibañez encontrou relação diretamente proporcional entre melhores indicadores sociais e redes mais complexas com escores mais elevados dos atributos de APS. Foram exceções os atributos “Orientação Comunitária” e “Integralidade” (“Serviços Disponíveis” e “Serviços Prestados” unidos como no PCATool original em Inglês) que apresentaram relação inversamente proporcional à complexidade das redes. O pesquisador explica afirmando que ao as redes se tornarem mais complexas, serviços complementares passam a assumir

algumas funções que, antes, eram desempenhadas pela APS, tornando-a despropositadamente mais limitada (IBAÑEZ, 2006). Um exemplo claro disso foi a implantação das AMA na cidade de São Paulo, que assumiu a demanda espontânea e deixou para a ESF o cuidado dos casos crônicos e atividades programáticas. (SÃO PAULO, 2009). Ao restringir o atendimento à demanda espontânea, a ESF se limitou, o que foi refletido no seu escore de “Acessibilidade”.

De maneira geral, Ibañez *et al.* (2006) colocam que, nesses 62 municípios do Estado de São Paulo, os atributos com pior avaliação foram: “Acessibilidade”, “Coordenação” (“Sistemas de Informação” e “Integração dos Cuidados” unidos), “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária” (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

Pereira (2011) utilizou o PCATool Brasil em Ribeirão Preto para entrevistar 55 usuários de uma unidade de saúde da família. O enfoque foi mais nas perguntas e demonstrou que os principais problemas observados pelos usuários envolviam, também, a questão da acessibilidade, principalmente o fato de não abrir nos finais de semana e de não haver um contato por via telefônica disponível (PEREIRA, 2011).

Em 2013, foi realizado um estudo apenas com colaboradores na cidade de Chapecó/SC usando a versão para profissionais do questionário PCATool. Vitória *et al.* (2013) entrevistaram os coordenadores de 24 unidades de APS e 98 profissionais de saúde, totalizando 80% dos médicos e enfermeiros da rede básica da cidade. Os escores de APS foram calculados em conjunto, sem diferenciação entre ESF e UBST. Vitória encontrou, também, um escore baixo para o atributo “Acessibilidade” (VITÓRIA *et al.*, 2013).

De maneira geral, a ESF se demonstrou superior às UBST em relação a maior parte dos escores, e, também, em relação aos escores essencial e geral em todos os estudos. Nos estudos realizados em Petrópolis, Curitiba e nas cidades do Centro-Oeste, as UBST aparecem com escores superiores à UBS Luar do Sertão para a maior parte dos atributos. (MACINKO *et al.*, 2007b; CHOMATAS; VAN STRALEN *et al.*, 2008; HARZHEIM *et al.*, 2013b). Já em Porto Alegre e nas cidades do interior do estado de São Paulo, os resultados

foram semelhantes ao encontrado por este estudo: 5,60 e 5,53 de Escore Essencial e Geral, respectivamente (IBAÑEZ, 2006; OLIVEIRA, 2007);.

Essa diferença entre os estudos pode ser explicada pela heterogeneidade da implantação da ESF no território nacional. Segundo Ibañez (2006), municípios com maior tempo de implantação, com populações não muito grandes, redes de saúde menos complexas e indicadores sociais mais desenvolvidos apresentam maior orientação (IBAÑEZ *et al.*, 2006). Por exemplo: no estudo de Ibañez *et al.* (2006), os municípios da Grande São Paulo foram os que apresentaram os piores valores de escores de orientação à APS. De acordo com o autor, isso aconteceu devido a sua urbanização desorganizada e acelerada, alta densidade populacional, carência de equipamentos de saúde e implantação da ESF recente (IBAÑEZ, 2006). Esta região é muito semelhante ao Capão Redondo, bairro da periferia da cidade de São Paulo no qual se encontra a UBS Luar do Sertão.

É possível, entretanto, fugir do determinismo. A cidade do Rio de Janeiro apresenta perfil de suas periferias semelhantes ao de São Paulo. Porém, seus escores de APS em estudo recente se comportaram de maneira muito diferente. Harzheim *et al.* (2013b) realizaram estudo de caso sobre a implantação das Clínicas da Família no Rio de Janeiro e aplicaram o PCATool-Brasil, versão Profissionais de Saúde, a 436 médicos da rede básica da cidade, dos três diferentes modelos de atenção: 251 de unidades 100% ESF; 112 de unidades mistas e 56 de UBST. Os resultados mostraram escores para os atributos de APS nas unidades com ESF muito superiores aos encontrados na UBS Luar do Sertão e nos estudos nacionais listados até aqui (HARZHEIM *et al.*, 2013b). Obviamente, muito desses altos valores para os escores de orientação à APS cariocas podem ser explicados pelo questionário ter sido aplicado a profissionais de saúde e não a usuários, o que torna muito difícil a comparação.

Nas tabelas 11 e 12, encontram-se os escores detalhados dos estudos nacionais utilizando PCATool citados até o momento.

O atributo pior avaliado na maior parte dos estudos foi “Acesso de 1º contato – acessibilidade”. Esse também foi o atributo mais mal avaliado na UBS Luar do Sertão, mostrando, de forma clara, que a ESF precisa melhorar

na avaliação desse atributo com aumento do horário de atendimento e maior retaguarda telefônica e outras atitudes que aumentem o acesso à unidade. Entretanto, é importante observar que a AMA Parque Fernanda também foi mal avaliada nesse atributo, embora com um escore superior à UBS. A responsabilidade por esse insucesso não deve ser interpretada como sendo inteiramente das unidades. Boa parte das perguntas que contribuíram para esse escore baixo questiona sobre características inerentes à estrutura organizacional dos serviços, como o horário de funcionamento restritivo das unidades, determinadas por instâncias superiores e de nível macro em sua essência, alheias à gestão local. Macinko *et al.* (2007b) e Elias *et al.* (2006) já haviam lançado essa discussão como parte dos resultados dos seus estudos em Petrópolis e São Paulo (ELIAS *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, 2007b);.

Fausto *et al.* (2014), entretanto, analisando o banco de dados de base nacional da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizada em 2012 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior em todo país, encontraram que 86,4% dos 62.505 usuários que participaram da coleta de dados avaliaram que o horário de funcionamento da unidade frequentada atendia as suas necessidades. Mesmo nos grandes centros com mais de 500.000 habitantes, esse valor chegou a 83,6% (FAUSTO *et al.*, 2014).

O instrumento de avaliação externa utilizado para a realização do inquérito PMAQ-AB foi organizado em três módulos: Módulo I - observação na UBS de variáveis de infraestrutura; Módulo II - entrevista com um profissional, geralmente o enfermeiro da equipe, sobre processo de trabalho; e Módulo III - entrevista com usuários na UBS sobre sua experiência de uso, condições de acesso, utilização de serviços de saúde e satisfação (BRASIL, 2012a).

Esse instrumento não possibilita a transformação das respostas em escores como o PCATool e segue metodologia bem diferente, dificultando comparações. Até o momento, não existem estudos de concordância entre os dois instrumentos.

O critério de seleção dos usuários para aplicação do questionário merece algumas críticas. De acordo com o instrumento do MS, 4 usuários por unidade deveriam ser abordados e entrevistados *in loco*, sem contato prévio. Deveriam estar presentes na unidade no momento convite, não podendo ser requisitados da rua ou serem buscados em casa. Deveriam estar ali para passar em consulta, mas ser abordados antes dela, para evitar a influência de uma experiência positiva potencialmente artificial (BRASIL, 2013).

Os autores deste estudo consideram que esta metodologia acaba por selecionar usuários mais fidelizados, com uma opinião mais positiva do que a avaliação média de todos os frequentadores do serviço, com supervalorização dos seus resultados.

Além disso a pergunta: “o horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades” exigindo apenas respostas dicotômicas, pode ter influenciado o entrevistado a responder sim, mesmo que a resposta não fosse completamente positiva.

Tabela 11 - Comparação dos Escores de APS entre Estudos Brasileiros que compararam ESF com UBS.

Estudos/Serviços	B Utilização		C Acessibil.		D Longitud.		E Integração		F Sist. Info.		G Serv. Dis.		H Serv. Pres.		I Orient. Fam.		J Orient. Com		Escore Essencial		Escore Geral	
	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad	ESF	UBS Trad
Luar do Sertão	7,22	-	2,46	-	5,96	-	5,28	-	7,31	-	5,36	-	4,16	-	4,62	-	5,62	-	5,64	-	5,58	-
Macinko (2007b) - Petrópolis*	8,76	6,86	4,19	3,68	9,12	8,56	7,72	7,13	7,72	7,13	8,30	7,19	8,30	7,19	6,39	4,61	7,15	3,83	-	-	7,57	6,25
Elias (2006) – São Paulo†	7,80	8,60	4,15	3,75	7,50	7,85	8,60	8,45	8,60	8,45	8,02	8,07	8,02	8,07	3,80	1,00	3,90	1,75	-	-	6,45	5,72
Oliveira (2007) - Porto Alegre‡	8,90	8,20	2,70	2,80	5,90	5,10	5,40	3,90	5,40	3,90	5,40	5,70	3,50	3,30	3,40	2,70	5,70	2,80	5,70	5,30	5,50	4,80
Chomatás (2008) - Curitiba††	-	-	5,10	4,70	6,70	6,20	7,00	6,90	7,00	6,90	7,90	7,10	8,30	5,90	8,50	7,80	8,10	7,60	7,00	6,20	7,40	6,60
Van Stralen (2008) - Centro-Oeste‡	9,20	8,66	4,00	4,40	7,84	7,26	6,94	6,86	6,94	6,86	-	-	-	-	3,76	2,90	4,46	2,96	-	-	6,38	6,02
Harzheim (2013b) – Rio de Janeiro†	-	-	5,2	4,2	7,5	6,6	7,4	7,7	7,2	6,4	7,7	6,9	8,3	7,5	7,9	6,0	7,6	6,3	7,6	7,0	7,7	6,9

Obs.: *O estudo de Petrópolis avaliou os atributos G e H em um atributo único chamado Integralidade; †Os números do estudo de São Paulo nesta tabela se referem às unidades de saúde das áreas de maior exclusão social; ‡ Os estudos de Curitiba, Centro-Oeste e Porto Alegre avaliaram os atributos E e F num atributo único chamado Coordenação; ††Os estudos de Curitiba e Rio de Janeiro avaliaram apenas profissionais de saúde com questionário diferenciado.

Tabela 12 - Comparação dos Escores de APS entre Estudos Brasileiros que avaliaram serviços de APS como um todo.

	B Utilização	C Acessibil.	D Longitud.	E Integração	F Sist. Info.	G Serv. Dis.	H Serv. Pres.	I Orient. Fam.	J Orient. Com	Escore Essencial	Escore Geral
Luar do Sertão	7,22	2,46	5,96	5,28	7,31	5,36	4,16	4,62	5,62	5,64	5,58
Ibañez (2006) - Interior de SP (UF)	8,56	4,65	7,62	4,14	4,14	5,62	5,62	4,19	3,26	-	5,38
Pereira (2011) - Ribeirão Preto	8,87	< 5,00	> 7,00	7,39	7,39	8,14	8,14	3,60	3,83	-	-
Vitória (2013) – Chapecó*	3,60	3,60	6,00	7,20	8,80	7,70	7,60	8,60	6,90	6,80	7,09

Obs.: *O estudo de Chapecó avaliou apenas profissionais de saúde com questionário diferenciado.

Embora o presente estudo também tenha limitações relacionadas à amostra (incluiu mais desempregados, idosos aposentados com doenças crônico-degenerativas e mulheres não inseridas no mercado de trabalho), a aplicação do questionário nos domicílios e em diferentes horários promoveu a inserção de usuários com opiniões mais diversas, sendo, portanto, mais representativo da população que reside no local. De qualquer forma, a acessibilidade não se resume apenas aos horários de funcionamento. Vários estudos internacionais usando PCATool, de países em que os serviços de APS tendem a ter horários mais acessíveis, também trazem o atributo “acessibilidade” como o pior avaliado. Nos dois condados da Carolina do Sul, Estados Unidos da América (EUA), em que a equipe da *Johns Hopkins School of Public Health and Hygiene* primeiro aplicou o PCATool, o atributo em questão só não foi pior do que “Orientação Comunitária” (SHI *et al.*, 2003).

Comparando-se a experiência de cuidado dos usuários entre dois tipos de serviços: *Community Health Centers* (CHCs), unidades privadas que recebem financiamento público para prover atenção primária à saúde a pessoas em situação de vulnerabilidade social e planos de saúde particulares (chamados nos EUA de *Health Maintenance Organizations* – HMO), observou-se que os CHCs apresentavam escore geral de APS e escores individuais por atributo maiores que os planos de saúde, exceto em relação ao quesito “Acessibilidade” (SHI *et al.*, 2003).

Em Quebec, no Canadá, também foram detectados problemas relacionados à acessibilidade. Estudo realizado por Haggerty *et al.* (2008), em 100 clínicas de atenção primária, usando apenas a parte do questionário da versão “Adulto” relativa aos atributos acessibilidade, longitudinalidade e coordenação, mostraram que a acessibilidade era o atributo com a pior avaliação por parte dos usuários. Apenas 10% deles se mostravam confiante de que um médico o atenderia ou o aconselharia dentro de 24 horas em caso de doença (HAGGERTY *et al.*, 2008).

O único estudo utilizando PCATool realizado na Europa até o momento foi conduzido na Catalunha, Espanha (ROCHA *et al.*, 2011). Dez perguntas do instrumento original foram escolhidas para testar uma versão mais curta e mais rápida de se aplicar. Em 2006, essa versão encurtada foi aplicada com sucesso a 12.933 pessoas participantes da “Encuesta de Salud de Cataluña”, pesquisa de saúde que envolve toda a comunidade da Catalunha, na Espanha. O estudo mostrou que os catalães apresentavam uma boa cobertura de APS, mas duas perguntas foram mal avaliadas: “Quando seu centro está fechado, há algum número de telefone que você possa chamar caso fique doente?” e “Seu centro dispõe de um serviço de assessoramento para problemas de saúde mental?”. Os autores explicam que o serviço de telefone é uma criação recente do Sistema Nacional de Saúde Espanhol, e os serviços de saúde mental são poucos e ainda pouco conhecidos (ROCHA *et al.*, 2011).

Em São Paulo, as perguntas que tratam do contato telefônico para aconselhamento em caso de urgência também foram muito mal avaliadas, tanto na UBS Luar do Sertão quanto na AMA Parque Fernanda, ambas com escores médios menores que 3,3.

Muito comum em países com APS bem estruturada como o Reino Unido, Canadá, países escandinavos e até nos Estados Unidos (LATTIMER *et al.*, 1998), o aconselhamento de saúde por telefone não é permitido no Brasil, sendo contraindicado pelo Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2011a). De acordo com a Resolução 1.974 de 2011 do CFM, artigo terceiro, é vedado ao médico oferecer consultoria aos pacientes e familiares como substituição da consulta médica presencial (BRASIL, 2011a). O Código de Ética Médica do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, de 2013, declara ser vedado ao

médico: Art. 5º: “Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou”. Art. 32: “Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”. Art. 37: “Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realiza-lo, devendo, nessas circunstâncias, fazê-lo imediatamente após cessado o impedimento”. Art. 87: “Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente” (SÃO PAULO, 2013).

Em Assunção, o atributo “Acessibilidade” foi, mais uma vez, o pior avaliado, ficando abaixo de 6,6. Em Montevideu, só foi melhor que “Orientação Comunitária”, mas também ficou abaixo de 6,6. Tal qual para os usuários da UBS paulistana, pesou para paraguaios e uruguaios o fato de o serviço não funcionar nos fins de semana e não haver telefone de contato quando o serviço estava fechado. (RODRÍGUEZ-RIVEROS *et al.*; BERTERRETCHÉ & SOLLAZZO, 2012).

Na Tabela 13, é possível observar a comparação entre os estudos internacionais citados até o momento com a UBS Luar do Sertão.

Muito se falou, até o momento, sobre os desafios da acessibilidade. Mas o atributo pior avaliado no estudo uruguaio, orientação comunitária, também foi mal avaliado em vários estudos nacionais e internacionais, como os de Shi (2003), Macinko (2007b), Elias (2006), Ibañez (2006), Oliveira (2007), Van Stralen (2008), Wong (2010) e Pereira (2011). Na UBS Luar do Sertão, esse atributo ficou também abaixo do satisfatório (> 6,6).

Berterretche e Sollazzo (2012) justificam esse resultado com o argumento de que os profissionais de saúde uruguaios ainda estão voltados para um paradigma mais biomédico, sendo a questão da formação dos recursos humanos um desafio muito grande para o país.

O Brasil, apesar dos resultados ruins no atributo orientação comunitária em estudos prévios, tem avançado bastante nessa área. Curitiba, nos estudos nacionais, foi o que mostrou melhor score. Chomatas (2008) atribui esse sucesso à boa incorporação de princípios de APS na Estratégia Saúde da Família como a territorialização, a vigilância em saúde e a responsabilização sanitária. Contribui bastante para isso a introdução da função do Agente

Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes, favorecendo a integração entre a comunidade e os profissionais de saúde.

As perguntas J1, que trata sobre visitas domiciliares, e J2, que identifica se a equipe conhece os problemas de saúde mais importantes na vizinhança, foram as melhores avaliadas dentro da “Orientação Comunitária” na UBS Luar do Sertão: 8,73 e 6,86, mostrando que a população reconhece estar sendo visitada regularmente e sente a equipe próxima às suas necessidades particulares. McWhinney (2010) afirma que a equipe de APS deve desenvolver o olhar epidemiológico, vendo a população que atende como uma população constantemente em risco.

Tabela 13 - Comparação dos Escores dos Atributos de APS entre Estudos Internacionais Ocidentais.

	Luar do Sertão, São Paulo		Shi, 2003 EUA*		Haggerty, 2008 Canadá†	Rocha, 2011 Espanha‡	Berterretch e, 2012 - Uruguai§
Atributos	UBS	AMA	CHCs	HMO	Clínicas de APS	Centros de Saúde	Centro de Saúde
Acesso de 1º contato - Utilização	7,22	5,23	8,71	8,55	-	9,37	8,33
Acesso de 1º contato – Acessibilidade	2,46	3,68	5,89	6,25	5,75	7,8	5,66
Longitudinalidade	5,96	3,85	8,27	7,04	8,37	7,83	9,16
Coordenação - Integração de Cuidados	5,28	3,33					
			7,89	6,89	8,25	7,9	7,83
Coordenação - Sistemas de Informação	7,31	3,35					
Integralidade - Serviços Disponíveis	5,36	2,52	6,82	7,02	-		
						6,5	8,83
Integralidade - Serviços Prestados	4,16	1,35	6,18	5,26	-		
Orientação Familiar	4,62	1,95	-	-	-	-	6
Orientação Comunitária	5,62	1,64	3,72	3,08	-	-	5,5
Escore Geral	5,58	3,38	5,75	5,29	-	7,14	-

Obs. * O estudo americano não possui o atributo "Orientação Familiar"; † O estudo canadense inclui perguntas relativas apenas a 3 atributos; ‡ O estudo espanhol usou uma versão resumida que não continha perguntas referentes aos atributos "Orientação Familiar" e "Orientação Comunitária"; § O estudo uruguaio não apresentou cálculo do Escore Geral.

Obs2. O estudo paraguaio apresentou dados apenas por meio de gráficos, não sendo possível a comparação na tabela

Não pode atuar como as equipes de saúde acostumadas com o modelo flexneriano, pensando em termos individuais em vez de grupos populacionais, mas médicos e enfermeiros de família devem pensar o micro dentro do macro, fazendo a clínica nunca perdendo de vista a epidemiologia.

A AMA Parque Fernanda apresentou todas as questões para esse atributo com notas menores que 3,3, um resultado bem parecido com o alcançado pelas UBST na maioria dos estudos nacionais (MACINKO, 2007b; OLIVEIRA, 2007; VAN STRALEN, 2008). Essa constatação parece fortalecer a opinião de Puccini (2008) que considera as AMA uma regressão, uma desconstrução do que havia sido conquistado com a ESF.

Pesquisadores de países do extremo Oriente, como China, Taiwan e Coreia do Sul, também têm se interessado pelo instrumento PCATool e seus resultados trazem discussões sobre problemas bem semelhantes aos ocidentais. Estudo em Hong Kong realizado por Wong (2010) surpreendeu pelos escores marcadamente ruins para os dois serviços comparados, as “General Outpatient Clinics” (GOPC – unidades públicas voltadas para a população em vulnerabilidade social) e os Médicos de Família Particulares (GPs). Como em muitos dos estudos já apresentados, os atributos avaliados de forma mais negativa foram: “Acessibilidade”, “Integralidade – Serviços Prestados” e “Orientação Comunitária”.

Segundo os autores, um dos motivos para a qualidade ruim do atendimento é a falta de treinamento em *General Practice* para o médico de Hong Kong exercer função de médico de família na rede de APS da cidade, seja pública seja particular. De acordo com o *Medical Council of Hong Kong*, menos de 1% dos médicos atuantes na cidade são, de fato, médicos de família, mas muitos dos especialistas acumulam a função de realizar atendimentos primários (HONG KONG, 2015). Não é preciso encaminhamento para poder visitar um especialista e não há comunicação efetiva entre os serviços, prejudicando a porta de entrada e a longitudinalidade (WONG, 2010).

O Brasil sofre do mesmo problema ao apresentar poucos profissionais realmente treinados para trabalhar em APS (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001). “A falta de médicos com perfil adequado para atuar no Programa de Saúde da Família é uma questão muito citada como uma das dificuldades de implementação do modelo” (CAMPOS e MALIK, 2008).

Na Coreia do Sul, os problemas maiores foram relacionados aos atributos “Coordenação” e “Integralidade”. Sung (2010) entrevistou 968 usuários de diversos serviços de saúde sul-coreanos: clínicas de medicina de família privadas, hospitais escola, centros de saúde públicos e cooperativas clínicas em diversas cidades do país, e encontrou ótima acessibilidade em todos os serviços (>6,6). Conforme os autores, na Coreia do Sul é bem estabelecido que as pessoas possam procurar a clínica de sua preferência, inclusive especialistas, quando quiserem (SUNG, 2010).

Ao mesmo tempo, o grande número de clínicas no país produz competitividade que reduz a fidelidade dos usuários e aumenta a especialização de cada serviço, diminuindo a cesta de serviços que cada local oferece, impossibilitando a comunicação entre um serviço de saúde e outro. Assim, os escores de coordenação e integralidade são prejudicados. Esta tendência de piora dos outros atributos quando se melhora a acessibilidade chama-se “Custo oportunidade”. Na Tabela 14, encontram-se os escores completos de todos os estudos orientais avaliados.

Tabela 14 - Comparação dos Escores dos Atributos de APS entre Estudos Orientais.

	Yang, 2012 China	Wong, 2010 Hong Kong	Tsai, 2010 Taiwan	Sung, 2010* Coreia do Sul			
Atributos	Centros de Saúde	GP	GOPC	Médicos de Família	Especialistas	Clínicas Privadas	Centros de Saúde Públicos
Acesso de 1º contato - Utilização	7,56	6,9	6,52	7,12	6,72	9	7,5
Acesso de 1º contato - Acessibilidade	6,89	3,67	2,4	6,52	5,4		
Longitudinalidade	6,56	6,4	3,64	6,55	6,2	9,5	8,5
Coordenação - Integração de Cuidados	6,21	4,72	4,55	6,72	6,45	5,8	5
Coordenação - Sistemas de Informação		5,07	5	7,17	6,3		
Integralidade - Serviços Disponíveis	6,75	5,39	4,98	6,45	6	5,6	5,6
Integralidade - Serviços Prestados		3,78	3,83	7,02	6,42		
Orientação Familiar		5,63	5,26	6,7	6,4		
Orientação Comunitária	6,73	2,28	2,38	6,62	5	6,3	5,6
Escore Geral	6,77	3,97	3,21	6,62	6,1	7,1	6,2

Obs. *O estudo sul coreano unificou os atributos: "Acesso", "Coordenação", "Integralidade" e "Orientação Familiar e Comunitária"

Um serviço de APS deve realizar esforço conjunto com os outros serviços da rede, proporcionando continuidade da atenção, e deve exercer função de protagonismo na organização desse fluxo. A esse esforço chamamos coordenação (ALMEIDA *et al.*, 2011). A UBS Luar do Sertão apresentou ótimos escores para a maior parte das perguntas desse atributo, realizando com qualidade seu trabalho de porta de entrada do sistema – o papel de “gatekeeper” ou filtro, o que acaba não acontecendo na Coreia.

Já a AMA teve quase a totalidade das perguntas deste atributo avaliada com escore menor que 3,50 – muito próximo do “provavelmente não”. De acordo com o Manual Diretrizes Técnicas da Assistência Médica Ambulatorial

na Atenção Básica, esta não é sua função constituída (SÃO PAULO, 2009). Seu objetivo é dar resolução rápida a queixas agudas, aliviando hospitais e prontos-socorros, deixando à ESF esse trabalho de coordenação. As AMA apenas encaminham pacientes às UBS referenciadas, por meio de vagas chamadas de “Reservas Técnicas”, cabendo às UBS a tarefa de reencaminhá-los aos especialistas (SÃO PAULO, 2009). Um fluxo que acaba duplicando a demanda e comprometendo a resolutividade da APS.

Para a construção de um serviço resolutivo, é essencial também que se tenha uma cesta de serviços abrangente (ALMEIDA *et al.*, 2011). Embora a UBS tenha apresentado escore melhor que a AMA para os dois atributos envolvendo integralidade (“Serviços Disponíveis” e “Serviços Prestados”), seu desenvolvimento, mesmo assim, ficou abaixo do satisfatório (<6,6).

A aplicação do PCATool aos usuários da UBS mostrou reconhecimento satisfatório da presença de alguns serviços, como vacinas (pergunta G4), planejamento familiar e métodos contraceptivos (G7) e coleta do Papanicolau (G16), mas outras atividades esperadas para um serviço de APS não foram percebidas como triagem auditiva (pergunta G12), visual (G13) e pequenos procedimentos cirúrgicos, como remoção de verrugas (G15). Segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2015), de acordo com dados do PMAQ, apenas 35% das unidades realizavam lavagem de ouvido e 25% realizavam cirurgia para corrigir unha encravada, por exemplo. Estudo realizado com o PCATool – Versão Criança no município de Quatá, interior de São Paulo, com 34 cuidadores de crianças menores de 2 anos de idade mostrou que 73,53% achavam não ser possível realizar suturas nas unidades com ESF (FRACOLLI *et al.*, 2015). Dos 186 cuidadores de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, em estudo semelhante, 51% também não se sentiam seguros em relação à presença desse procedimento nas unidades com ESF (FERREIRA *et al.*, 2015).

A ESF, de maneira geral, apresenta grandes dificuldades estruturais a impedir o alcance de um nível de qualidade satisfatório e elas dificilmente serão superadas em curto prazo, principalmente no que tange a formação profissional. Pierantoni (2001) coloca que, apesar de todas as reformas dos

últimos 25 anos no setor saúde, os responsáveis pela execução das políticas ainda não foram alcançados: os recursos humanos (PIERANTONI, 2001).

Estudo realizado na Pensilvânia por Parchman e Culler (1994) mostrou que médicos de família promovem melhor acesso e são mais resolutivos que clínicos ou pediatras. Há, atualmente, no Brasil, escassez desses profissionais que sabem lidar com toda a abrangência da APS (PARCHMAN & CULLER, 1994). Havia apenas 4.022 médicos de família e comunidade em todo o país no ano de 2015 de acordo com o a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e não há muito interesse por parte da academia para que esse número aumente (PIERANTONI & RIBEIRO, 2001; BRASIL, 2015d).

Scherer *et al.* (2004) afirmam que “a escassez de recursos humanos capacitados e/ou com perfil adequado” é um dos entraves à tão propagandeada ruptura com o modelo anterior (SCHERER *et al.*, 2004). Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, 40% dos médicos e enfermeiras da ESF no estado de Santa Catarina prestavam serviço por meio de contrato temporário; 60% dos médicos e 49,6% das enfermeiras não haviam sido submetidos a nenhum tipo de capacitação, o que é frequente em todo o país (BRASIL, 2002). Infelizmente, a ESF ainda é vista como uma atividade simples que pode ser realizada facilmente por qualquer pessoa “bem-intencionada”, independente de sua formação (SCHERER *et al.*, 2004).

É importante que reformas sejam feitas para ampliar a clínica do profissional de APS, promovendo a formação de médicos especialistas em APS em quantidade suficiente como diversos países europeus vêm fazendo nos últimos trinta anos (GÉRVAS & RICO, 2006). É preciso valorizar o profissional de APS e tornar a carreira mais atrativa. É preciso dar a eles poder sobre os outros níveis do sistema, tornando-os “gatekeepers” de fato.

Até as “walk-ins” brasileiras, as AMA poderiam se beneficiar da presença do médico de família e comunidade. O atributo “Integralidade” para a AMA foi muito mal avaliado, significando que seus usuários não têm percebido a presença de serviços e orientações mínimos esperados para uma unidade de APS. Nem as perguntas que envolvem a realização de suturas (G10) ou colocação de tala (G14) foram bem avaliadas. Generalistas bem treinados

poderiam dar conta dessa demanda sem precisar encaminhar os casos para cirurgões gerais ou ortopedistas.

5.1 Considerações finais sobre as diferenças entre AMA e UBS

A UBS Luar do Sertão apresentou escore essencial e geral superiores à AMA Parque Fernanda. Também se mostrou superior em quase todos os atributos avaliados, exceto em relação à acessibilidade. Porém, apenas os atributos “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” e “Coordenação – Sistema de Informações” foram avaliados como apresentando uma orientação a APS satisfatória (>6,6). Todos os outros 7 atributos: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação (a parte de integração de cuidados), integralidade (tanto os serviços disponíveis como os prestados), orientação familiar e comunitária pontuaram baixo, prejudicando os escores geral e essencial, mostrando uma orientação global para APS ainda muito deficiente.

Segundo a literatura, para desenvolver esses 7 atributos, é preciso haver políticas institucionais mais direcionadas ao fortalecimento da APS; maior representação social das comunidades e maior legitimidade social do serviço; os gestores precisam mudar sua concepção de APS e vê-la de forma menos seletiva (superar a visão de APS como um pacote de intervenções de baixo custo voltado para alguns agravos); aumentar os investimentos em recursos humanos e instrumentais qualificados (como profissionais de saúde formados para APS, sistemas informatizados que possibilitem a gestão de processos e fluxos, tecnologias básicas e boa infraestrutura física); favorecer a inovação das práticas e o acolhimento dos usuários; ampliar a cesta de serviços incluindo mais atividades de prevenção, promoção e de abordagem comunitária. (MENDES, 2002; GÉRVAS E FERNÁNDEZ, 2006a; CONILL *et al.*, 2010). Uma APS forte caracteriza-se pela capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia de continuidade. Como atributo pior avaliado, a acessibilidade recebe enfoque especial nesta discussão.

Promover acessibilidade é um desafio mundial. Como vimos, os canadenses de Québec avaliaram a acessibilidade dos serviços de APS que utilizam com escore cerca de 35% abaixo do aceitável (HAGGERTY, 2008). A precariedade em seu desenvolvimento é também um problema generalizado da APS brasileira, independente do modelo ou da cidade. Os horários de funcionamento restritivos da ESF impactam de forma bastante negativa sua avaliação. Para se ter uma ideia do impacto positivo que a abertura de um serviço durante o fim de semana tem sobre seu escore de acessibilidade, é só observar o que ocorreu com a AMA neste estudo. A abertura aos sábados garantiu um escore de acessibilidade 11,9% maior

As perguntas relacionadas ao atendimento da demanda espontânea foram todas mais bem avaliadas para a AMA em comparação a UBS. Os usuários sabem que ele fica aberto por mais tempo, percebem esse serviço como mais acessível para novos problemas de saúde, sabem que nele a probabilidade de serem atendidos no mesmo dia é maior e sentem que é mais fácil conseguir uma consulta quando há necessidade.

Apesar disso, um escore médio para a acessibilidade de 3,61 é ainda muito baixo, insatisfatório para um serviço que foi desenvolvido para melhorar o atendimento às demandas espontâneas tentando resolver o que estava deficiente na ESF.

A gestão Serra/Kassab (2005-2012), em São Paulo, optou por aumentar a oferta de consultas da rede básica instalando mais AMA, em detrimento das UBS, na expectativa de melhorar o acesso da demanda espontânea (COELHO *et al.*, 2014). Entre 2005 e 2012, o número de AMA aumentou de 10 para 139 - 1290%, enquanto no mesmo período o incremento de unidades com ESF foi de 392 para 442, apenas 12,7% (COELHO *et al.*, 2014).

Este estudo, entretanto, parece indicar que a implantação das AMA não representou o ganho na acessibilidade esperado. A cidade do Rio de Janeiro, no mesmo período, conseguiu resultados mais interessantes investindo justamente na direção contrária de São Paulo. Partindo, em 2008, de uma população coberta pela ESF da ordem de 3,7%, o município optou por um caminho de forte ênfase em APS, iniciando uma reforma orientada pela qualidade representada pela criação e expansão de unidades 100% ESF,

chamadas de Clínicas da Família. Ao final de 2012, a cobertura já era de 40,1% – um acréscimo de 640 equipes completas em apenas 5 anos (HARZHEIM *et al.*, 2013b).

As novas clínicas cariocas são grandes, apresentam estrutura física diferenciada, valorizam a ambiência, o conforto, a beleza e a sustentabilidade, e incorporam tecnologia apropriada à prática da APS, como a oferta de coleta de exames laboratoriais, raio X, ultrassonografia e outros. Para Harzheim *et al.* (2013b), a opção por investir no crescimento do programa de residência de medicina de família e comunidade tem se configurado como a melhor aposta para formar e fixar bons profissionais. São recursos humanos de qualidade e preparados para trabalhar na APS (HARZHEIM *et al.*, 2013b).

Conforme Harzheim (2013b), as Clínicas da Família têm se organizado para ter sempre disponibilidade de consultas para a demanda espontânea, apesar do tamanho da população adscrita, o que se reflete na fala da maioria dos pacientes entrevistados. A maioria deles prefere utilizar as UPAs (o equivalente carioca às AMA paulistanas) apenas quando as Clínicas da Família estão fechadas, e isso é perceptível ao se visitar as Clínicas da Família e perceber a quantidade de pessoas dos mais variados perfis etários aguardando por suas consultas (HARZHEIM, 2013b). Isso é resultado direto do investimento em recursos humanos apropriados e em boa estrutura física e de gestão para o trabalho. Abrir as portas da APS para a demanda espontânea é imperativo de qualidade e condição de legitimidade perante a população (ALMEIDA *et al.*, 2011)

É imprescindível que a cidade de São Paulo volte a investir fortemente na Estratégia Saúde da Família, usando os caminhos seguidos pelo Rio de Janeiro como inspiração. Da experiência carioca, surgem as seguintes recomendações:

- Intensificar o aumento da cobertura da ESF, preferencialmente por meio da criação de novas UBS com ESF.
- Diminuir progressivamente o território das UBST até a sua extinção, transferindo médicos especialistas destas unidades para Policlínicas.

- As Políclínicas devem ter todas as suas consultas ofertadas pela regulação, sem oferta de consultas para especialidades básicas com acesso direto da população.
- Fortalecer a adesão à “Carteira de Serviços” por parte das equipes de Saúde da Família e monitorar a produção dessas ações quantitativamente.
- Manter e reforçar iniciativas de educação continuada e captação de bons profissionais, especialmente os médicos de família e comunidade.
- Valorizar o papel da enfermeira, para otimizar em número o atendimento da população adscrita, inclusive na agenda de crônicos.
- Fortalecer comissão de regulação local e sistema de pagamento por desempenho, com incorporação de uso de indicadores e protocolos clínicos que aumentem a qualidade assistencial (HARZHEIM, 2013b).

Às AMA, sugere-se que desempenhem um papel menos protagonista à rede básica e mais complementar. Deveriam funcionar como “Walk-ins” de fato, oferecendo atendimento pontual, mas integrado à rede, àquela parcela da população mais avessa ao vínculo. É importante, ainda, que seu período de funcionamento seja estendido; que o registro das informações seja melhorado (criação de prontuários ao invés de fichas de atendimento); que a comunicação com as UBS das quais é referência (a referência/contrarreferência) seja melhor estabelecida e que seja oferecida uma cesta de serviços disponíveis mais abrangente. Em longo prazo, agregar a figura do médico de família e comunidade a este serviço melhoraria ainda mais a qualidade do serviço.

Zils (2009), em estudo na cidade de Porto Alegre relacionando o escore de APS com a satisfação dos usuários, mostrou que a satisfação é superior quanto melhor a performance dos atributos de APS. Pautar os investimentos apenas com base na satisfação pura do usuário acaba sendo prejudicial, uma vez que ele não possui conhecimento técnico-científico suficiente para avaliar todas as nuances de seu cuidado. Estudo de Fenton (2012) demonstrou que uma maior satisfação pode estar relacionada à maior mortalidade, logo, satisfação não é garantia de qualidade. É mais importante deixar o usuário

mais saudável, com uma qualidade de vida melhor, que mais satisfeito. O caminho deve ser do processo ao resultado e não do resultado para o processo.

É por isso que faz sentido utilizar variáveis que avaliem estrutura e processos do serviço, e que, indiretamente, estejam relacionadas à satisfação do usuário, como os atributos de APS medidos pelo PCATool.

5.2 Limitações

Foram estendidos os horários de entrevistas para os períodos vespertinos e aos domingos para encontrar mais usuários economicamente ativos, e, assim, promover uma maior representatividade na amostra. Entretanto, mesmo com este cuidado, a maior parte dos usuários (57,6%) foi considerada como não ocupada. Por mais que a taxa de inatividade na cidade de São Paulo (população não economicamente ativa/população em idade ativa) seja alta, da ordem de 42,8% conforme último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esta maior proporção de não ocupados pode representar um viés de seleção na escolha dos entrevistados (BRASIL, 2014).

Por outro lado, estudos mostram que a maior parte dos usuários da ESF e de unidades de pronto atendimento se encontra entre a população não economicamente ativa permitindo considerar a amostra deste estudo como representativa da população que mais utiliza estes dois serviços (MACINKO, 2007b; CHOMATAS; VAN STRALEN, 2008; OLIVEIRA, 2009; HARZHEIM, 2013b).

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O objetivo principal deste trabalho foi avaliar, comparar e quantificar a presença dos atributos essenciais da APS (longitudinalidade, integralidade, coordenação dos serviços e acessibilidade) e dos seus atributos derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária) por meio da ferramenta PCATool em dois serviços da rede de Atenção Primária à Saúde da cidade de São Paulo: uma Unidade Básica de Saúde, parte da Estratégia Saúde da Família, e uma Assistência Médica Ambulatorial.

A UBS Luar do Sertão e a AMA Pq. Fernanda demonstraram não cumprir suas potencialidades de maneira satisfatória. A aplicação do PCATool entre os usuários evidenciou que estes percebem pouco os atributos de APS propostos por Starfield nos dois serviços.

Apenas dois atributos apresentaram escore maior que a nota de corte na UBS, sendo considerados bem desenvolvidos: “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” e “Coordenação – Sistemas de Informação”. Nenhum conseguiu ser considerado assim na AMA. Como um dos objetivos secundários deste trabalho todos os demais atributos que não alcançaram o escore 6,6 foram classificados como apresentando desempenho ruim. Embora tenham sido levantadas várias críticas a respeito da falta de abrangência nas carteiras de serviços e da fraca orientação familiar, nenhum atributo foi pior avaliado que o “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”.

Embora este tenha sido o único atributo em que a AMA tenha demonstrado superioridade em relação à UBS, seu escore ainda foi muito insatisfatório. O serviço desenvolvido para melhorar o acesso à demanda espontânea ignorada pela ESF parece não estar cumprindo o seu propósito, uma surpresa para os pesquisadores.

Seguindo pelos objetivos secundários, o segundo foi comparar os escores de APS das duas unidades com o de outros serviços nacionais e internacionais. A revisão na literatura sobre a aplicação do PCATool em outras UBS em estudos nacionais mostrou ser a acessibilidade um desafio

generalizado para a Estratégia Saúde da Família em todo o Brasil. Os horários de funcionamento das unidades e a dificuldade em contatar as equipes virtualmente foram determinantes para os resultados insatisfatórios em praticamente todos os municípios brasileiros em que o PCATool foi aplicado. O mesmo é verdade em estudos realizados no Paraguai e Uruguai.

Até em países desenvolvidos, a acessibilidade é considerada ruim pelos usuários dos serviços, mesmo tendo médicos de família bem acessíveis. Isso traz descrença sobre os números que o Governo Federal apresenta vindos do PMAQ-AB, mais favoráveis para a ESF que os apresentados pelo PCATool globalmente no que concerne à acessibilidade e aos outros atributos. Como último objetivo secundário: a comparação entre os resultados do PMAQ-AB com os do PCATool, embora não seja plenamente possível devido a diferenças nas metodologias, é adequado afirmar que algumas escolhas na construção do instrumento do PMAQ-AB proporcionaram supervalorizações que o desqualificam para promover as práticas de planejamento e a gestão em nível global. Portanto, o PCATool, além de ser reconhecido internacionalmente e proporcionar a capacidade de comparação com outros serviços, apresenta maior rigor metodológico e confiabilidade.

7 REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

1. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. *Critério de Classificação Econômica Brasil* [internet]. 2013 [citado ago 2013]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
2. Acurcio FA, Cherchiglia ML, Santos M. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde Debate*. 1991;33:50-3.
3. Aguiar MJ, Ander-Egg E. *Avaliação dos serviços de Serviços e Programas Sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 1994.
4. Almeida CM. *As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?* [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
5. Almeida C, Macinko J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Organização Panamericana da Saúde/Ministério da Saúde; Brasília, 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10).
6. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1727-42.
7. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Pan Salud Publica*. 2011;29(2):84-95.
8. 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.
9. Arretche M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: Lima NT; Gerschman S, Silvia, Edler FC, Suárez JM, editores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 285-306.
10. Bell NR, Szafran O. Use of walk in clinics by family practice patients. Who is using this health care service? *Can Fam Physician*. 1992;38:507-13.
11. Berterretche R, Sollazzo A. El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de um Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. *Saúde em Debate*. 2012;94(36):461-72.

12. Borkenhagen RH. Walk in clinics. Medical heresy or pragmatic reality? *Can Fam Physician*. 1996;42:1879-83.
13. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.974/2011 de 19 de agosto de 2011. Estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2011a 19 ago.; Seção I, p. 241-4.
14. Brasil. Departamento de Atenção Básica. *Resultados da avaliação do Programa de Melhoria e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)* [internet]. 2015a [citado set. 2015]. Disponível em: http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/cidado_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Micro dados reponderados da PNAD 2001-2012* [internet]. 2015b [citado jun. 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2014/microdados.shtm>.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). *População ocupada* [internet]. 2014 [citado ago. 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab_hist.shtm.
17. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Séries estatísticas & séries históricas* [internet]. 2015c [citado jun. 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas.
18. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero* / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011b.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *ABC do SUS – doutrinas e princípios*. Brasília (DF), 1990.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília (DF), 1997.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família no Brasil*. 2002. Brasília (DF), 2002.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília (DF); 2005a.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília (DF), 2005b.

24. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*, 3. ed. ampliada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF), 2006.
25. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde* (Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil). Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF), 2010.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília (DF), 2011c.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília (DF), 2011d.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo*. Brasília (DF), 2012a.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): documento síntese para avaliação externa*. Brasília (DF), 2012b.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade: *Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada)*. Brasília, DF, 2013.
31. Brasil. Ministério do Trabalho. *Classificação brasileira de ocupações* [internet]. 2013 [citado ago. 2013]. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/downloads.jsf>.
32. Brasil. *Sistema de Informação da Atenção Básica* [internet]. 2014 [citado ago. 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>.
33. Brasil. Universidade Aberta do SUS. *Médicos especialistas: médicos de família e comunidade* [internet]. 2015d [citado nov. 2015]. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/wiki/index.php/M%C3%A9dicos_Especialistas:Medicina_de_Fam%C3%ADlia_e_Comunidade.
34. Campos CEA, Izecksohn MM. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Revista APS*. 2010;13(2):148-55.
35. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008;42(2):347-68.

36. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*. 2001;9:133-41.
37. Chomatas ERV. *Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde do município de Curitiba* [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia; 2008.
38. Coelho VSP, Pedroso M. Distribuição de serviços públicos de saúde no município de São Paulo. *Novos Estud - CEBRAP*. 2002;64:141-54.
39. Coelho VSP, Silva N. Has the distribution of public health services become more equitable? Reflecting on the case of São Paulo. In: Devarajan S, Widlund I, editores. *The politics of service delivery in democracies. Better services for the poor*. Estocolmo: EGD. Ministry for Foreign Affairs; 2007.
40. Coelho VSP, Szabzon F, Dias MF. Política municipal e acesso a serviços de saúde: São Paulo 2001-2012, quando as periferias ganharam mais que o centro. *Novos Estud - CEBRAP*. 2014;100:139-61.
41. Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(7):1614-19.
42. Colistete R, Maluf R, Nakane M. O que há de novo no reino. *Rev Teoria e Debate*;1997;35:13-9.
43. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela Atenção Primária à Saúde na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infantil*. 2010;10(Supl. 1):15-27.
44. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):553-63.
45. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enf*. 2009;62(1):113-8.
46. Cotta TC. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. *Rev Serv Público*. 1998;49(2):105-26.
47. United Kingdom. *Department of health. Annual report: resource accounts 2003-2004*. London, 2004.
48. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 1966;44(3, Part 2):166-206.

49. Donabedian A. Twenty years of research on quality of medical care, 1965-1984. *Eval Health Prof.* 1985;8(3):243-65.
50. Ehrenreich J. *The cultural crisis of modern medicine*. New York: Monphey Review Press, 1978.
51. Elias PM, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41.
52. Escorel S; Nascimento DR; Edler FC. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT; Gerschman S, Silvia, Edler FC, Suárez JM, editores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 59-81.
53. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, Maia MFS, Rodrigues MS, Paniz VV, Osório A, Siqueira FCV. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup. 1):159-72.
54. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(Sup. Esp.):13-33.
55. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction. *Arch Int Med*. 2012;172(5): 405-11.
56. Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009. Avaliação, p.42.
57. Ferreira TLS, Costa ICC, Andrade FB. Avaliação do Atributo Integralidade em Serviços de Puericultura na Atenção Primária à Saúde. *Rev Ciênc Plural*. 2015;1(1):22-9.
58. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Herzheim E, Vigo A, Hauser L, Chomatas ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da APS na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):41-8.
59. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappelini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(12):4851-60.
60. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo – Brasil. *O Mundo da Saúde*. 2015;39(1):54-61.

61. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.
62. Gérvas J, Fernández MP. Western European best practice in primary healthcare. *Eur J Gen Pract*. 2006;12(1):30-33.
63. Gérvas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE - 15) sobre la coordinación entre atención primaria e especializada. *Med Clín*. 2006;126(17):658-61.
64. Gil CRR. Formação em recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):490-8.
65. Grant C, Nicholas R, Moore L, Salisbury C. An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice na NHS direct using standardised patients. *BMJ*. 2002; 324(7353):1556.
66. Gusso GDF. APS en Brasil: pasado reciente e retos. *Semergen*. 2004;30(8) 408-10.
67. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008;6(2):116-23.
68. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de consenso sobre um marco de evaluación de la atención primaria em América Latia. Um marco de evaluación de la atención primaria de salud em América Latina. *Rev Pan Salud Publica*. 2009;26(5):377-84.
69. Haggerty JL, Burge F, Beaulieu MD, Pineault R, Beaulieu C, Lévesque JF, Santor D. Validation of instruments to evaluate primary healthcare from the patient perspective: overview of the method. *Healthc Policy*. 2011;7(Special Issue):31-46.
70. Herzheim 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*. 2000;156(6):1-13.
71. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, Trindade TG, Berra S, Duncan BB, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2013a; 8(29):274-84.
72. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família*. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013b.

73. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALD. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciêñ Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703.
74. Jones M. Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada. *BMJ*. 2000; 321(7266):928-32.
75. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, Smith H, Moore M, Bond H, Gasper A. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ*. 1998;317(7165):1054-9.
76. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7.
77. Lobo T. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: Algumas questões para reflexão. In: Rigo EM, organizador. *Avaliação de Políticas Sociais*. São Paulo: Editora Cortez. 1998. p. 75-84.
78. Macinko J, Sousa MFM, Guanais F, Simões CS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Méd*. 2007a;65(10):2070-80.
79. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007b;22(3):167-77.
80. McDowell I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press. 2006.
81. McWhinney IR, Freeman T. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: McWhinney IR, Freeman T, editores. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
82. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Acolhimento em uma UBS: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Pública*. 2010;12(3):402-13.
83. Mello G, Carrara D. *Saúde oficial, medicina popular*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.
84. Mendes EV. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
85. Miller GB, Nantes S. Walk in clinics and primary care: review of the literature. *Can Fam Physician*. 1989;35:2019-22.

86. Miller GB, Mah Z, Nantes S, Bryant W, Kayler T, McKinnon K. Ontario walk in clinics: a preliminary descriptive study. *Can Fam Physician*. 1989;35:2013-5.
87. Milne M. Walk-in clinics: "as far as we're concerned, the patient is king". *CMAJ*. 1987; 137(6):532-6.
88. Milne P. Could you compete with a walk-in clinic? *CMAJ*. 1987;137(6):534.
89. Moura MM. *Análise dos resultados e impactos da aplicação da "Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)"* [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2010.
90. Munro J, Nichol J, Webber L, Paisley S. *Walk-in centres: a review of existing research*. Sheffield: University of Sheffield, 2001.
91. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-559.
92. Nuñez RT, Lorenzo IV, Navarrete MLV. La coordinación entre niveles asistenciales una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95.
93. Oliveira CG. *Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian*. Rio de Janeiro: Editora UERJ. 1992
94. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). *Rev Ciênc Cuid Saúde*. 2002;1(1):123-8.
95. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia; 2009.
96. OPAS – Organización Panamericana de la Salud. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos e afines*. Publicación Científica n. 93, Washington, 1964.
97. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Ed Méd*. 2008;32(4):492-9.
98. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet. Série Saúde no Brasil*. 2011;1:11-31.
99. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract*. 1994 Aug;39(2):123-8.

100. Pego RA, Almeida CM. Teoría e práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil e México. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(4):971-89.
101. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, Fermino TZ, Santos CB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):48-55.
102. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Cien Saúde Colet*. 2001;6(2):341-60.
103. Pierantoni CR, Ribeiro ECO. A importância da educação permanente na formação do médico: o docente como inovador/mediador/indutor de condições de autoaprendizagem. In: Arruda BKG, organizador. *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (MIP), Ministério da Saúde; 2001.
104. Powles J. On the limitation of modern medicine. In: Mechanic D, editor. *Readings in medical sociology*. New York: The Free Press, 1980. p. 18-45.
105. 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 Saúde Pública*. 2008;24(12):2755-66.
106. Queiroz MS. O paradigma da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev Saúde Pública*. 1986;20(4):309-17.
107. Rachlis V. Who goes to after-hours clinics? Demographic analysis of an after-hours clinic. *Can Fam Physician*. 1993;39:226-70.
108. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010;126(3):534-40.
109. Rivero DAT. Alma-ata: 25 años después. *Rev Perspect Salud*. 2003;8(1):1-7.
110. Rizos J, Anglin P, Grava-Gubins I, Lazar C. Walk-in clinics: implications for family practice. *CMAJ*. 1990;143(8):740-5.
111. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
112. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health*. 2011;22(1):14-19.

113. Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Orué E, Sequera M, Lampert N, Giménez N, Velásquez N. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado Sur – Paraguay, 2011. *Saúde Debate*. 2012;36(94):449-60.
114. Roemer M. *National health systems of the world (Vol.1: the countries)*. Oxford: Oxford University Press; 1991.
115. Rus-Perez JR. Avaliação do processo de implementação: Algumas questões metodológicas. In: Rigo EM, organizador. *Avaliação de Políticas Sociais*. São Paulo: Editora Cortez. 1998. pp. 65-73.
116. Salisbury C, Manku-Scott T, Moore L, Chalder M, Sharp D. Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: observational study. *Br J Gen Pract*. 2002;52(480):554-560.
117. Salisbury C, Munro J. Walk-ins centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract*. 2003;53(486):53-59.
118. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):273-80.
119. São Paulo (Estado). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos dos Pacientes. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.
120. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Diretrizes Técnicas da Assistência Médica Ambulatorial na Atenção Básica*. São Paulo; 2009.
121. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras. Dados Demográficos dos Distritos Pertencentes às Subprefeituras [internet]. 2014 [citado ago. 2014]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.
122. Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2012;7(23):69-74.
123. Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias Kuhnianas. *Interface*. 2005;9(16):53-66.
124. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38(especial):94-108.

125. Shi L, Starfield S, Jiahong Xu, Politzer R, Regan J. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. *Southern Med J*. 2003; 6(8):787-95.
126. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(6):1187-93.
127. Silver L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo E, organizador. *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará; 1992. pp. 195-209.
128. Souza AC, Lopes MJM. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. *Rev Gaúcha Enf*. 2003;24(1):8-13.
129. Sposatti A. Mapa da exclusão social. *Rev FAPESP*. 2002;83:14-20.
130. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Practice*. 2001;50(2):161-75.
131. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
132. Sung NJ, Suh SY, Lee DW, Ahn HY, Choi YJ, Lee JH. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(6):492-9.
133. Szafran O, Bell NR. Use of walk in clinics by rural and urban patients. *Can Fam Physician*. 2000;46:114-9.
134. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformação de trabalho de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):331-40.
135. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc*. 2007;16(1):7-17.
136. Tanaka OY, Drummond Jr M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19(4):355-66.
137. Hong Kong. *The medical council of Hong Kong: list of registered doctors* [internet]. 2015 [citado ago. 2015]. Disponível em: <http://www.mchk.org.hk/doctor/index.htm> 2015
138. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan National Health Insurance System. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(3):402-12.
139. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;8(6):1561-9.

140. Ugá MAD, Santos IS. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública*. 22(8):1597-609.
141. Unger J, Killingsworth J. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Soc Sci Med*. 1986;22(10):1001-13.
142. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AE, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl. 1):s148-58.
143. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Szwarcwald CL. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):711-24.
144. Vitória AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos de atenção primária à saúde em Chapecó. *Rev Bras Med Fam Comun*. 2013;8(29):285-93.
145. Warren K. The evolution of selective primary health care. *Soc Sci Med*. 1988;26(9):891-98.
146. Weinkauf DJ, Kralj B. Medical service provision and costs. *Can Public Policy*. 1998;24:471-84
147. WHO – World Health Organization. *A charter for general practice/ family medicine in Europe: working draft*. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994.
148. WHO – World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health System Improving Performance*. Geneva, Switzerland, 2000.
149. WHO – World Health Organization. *The World Health Report 2008: Primary care now more than ever*. Geneva, Switzerland, 2008.
150. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*. 1994;38(4):509-516.
151. Wong SYS, Griffins KKSM, Carthy T, Wong MCS, Lo SV, Chung VCH, Goggins WB, Starfield B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Publ Health*. 2010;10(397):1-11.
152. Yang H, Shi L, Lebrun LA, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *Int J Qual Health Care*. 2012;25(1):1-14.

153. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos Usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2009;4(16): 270-6.

8 APÊNDICES

8 APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐ DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

- TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do município de São Paulo.
- PESQUISADOR: Prof.ª Dr.ª Isabela Judith Martins Benseñor
- CARGO/FUNÇÃO: Professora Associada do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

- INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO Nº 45.167
- UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Clínica Médica
- AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐
- DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo deste estudo é avaliar e comparar as características de dois serviços básicos na área da saúde na cidade de São Paulo: Unidades Básicas de Saúde (UBSs, mas que alguns ainda chamam de posto de saúde) e as AMAs (Assistência Médico Ambulatorial).

Você está sendo convidado a participar porque você mora próximo a UBS Luar do Sertão e utiliza um desses dois serviços.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em responder completamente um questionário de 55 perguntas, sendo que nas 5 primeiras você responderá o que quiser e nas outras 50 as opções já estão prontas e você terá que escolher uma entre 5 respostas apresentadas: concorda fortemente, concorda, não concorda, discorda fortemente ou não sabe.

O procedimento é relativamente demorado, precisando de 15-20 minutos pra terminar.

Você não precisará fazer mais nada além de responder às perguntas.

Riscos e benefícios

Este estudo não oferece qualquer risco. As identidades dos participantes ficarão em completo segredo, não representando qualquer prejuízo a utilização dos serviços da UBS Luar do Sertão ou do AMA. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento sobre os serviços básicos de saúde da cidade de São Paulo, principalmente se apresentam as características que esperamos deles e que mostrar o quanto eles são úteis.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar, continuando a ser atendido normalmente em qualquer um dos dois serviços citados: UBS ou AMA.

Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis. Você também poderá ter acesso às informações referentes ao que você respondeu a qualquer momento.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela participação neste estudo.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, sendo destruídos após a pesquisa.

Os resultados deste estudo poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionado à sua privacidade.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) lhe será entregue. Se houver perguntas ou necessidade de mais informações sobre o estudo, ou qualquer intercorrência, o/a senhor(a) pode procurar a Dr.^a Isabela Judith Martins Benseñor, responsável pelo estudo, no Centro de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, Cidade Universitária, CEP 05508-000, São Paulo/SP. Telefones: 3091-9300 ou 3091-9241.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 2º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004 – E-mail: cep.fm@usp.br

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para dúvidas e denúncias quanto a questões éticas: Rua General Jardim, 36 – 1º andar – tel: 3397-2464 – E-mail: sms@gmail.com

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do município de São Paulo”.

Eu discuti com _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos serviços básicos de saúde quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante
legal

Data: ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data: ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

8.2 APÊNDICE B - Questionário auxiliar

QUESTIONÁRIO AUXILIAR

Nome: _____ Idade _____

Sexo: 1. M () 2. F ()

Ocupação: _____

Endereço: _____ Micro/Fam: _____

Estado Civil: 1. Solteiro () 2. Casado () 3. Amaziado ()
4. Divorciado () 5. Viúvo ()

Horário Trabalho: 0. Não Trabalha () 1. Período Integral () 2. Meio Período Manhã ()
3. Meio Período Tarde () 4. Noite () 5. Outro: () _____

Horário Estudo: 0. Não Estuda () 1. Período Integral () 2. Meio Período Manhã ()
3. Meio Período Tarde () 4. Noite () 5. Outro: () _____

Nível Sócio Econômico

Obs: Classificação conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), disponível em:
<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>

Escolaridade: 1. Analfabeto/Fund. 1 Incompleto ()
2. Fund. 1 Completo/Fund 2. Incompleto ()
3. Fund. 2 Completo/ Médio Incompleto ()
4. Médio Completo/Superior Incompleto ()
5. Sup. Completo ()

Posse de Itens: Televisão em Cores: 0 () 1 () 2 () 3 () 4ou+ ()
Rádio: 0 () 1 () 2 () 3 () 4ou+ ()
Banheiro: 0 () 1 () 2 () 3 () 4ou+ ()
Automóvel: 0 () 1 () 2 () 3 () 4ou+ ()
Empregada Mensalista: 0 () 1 () 2ou+ ()
Máquina de Lavar: 0 () 1ou+ ()
Videocassete e/ou DVD: 0 () 1ou+ ()
Geladeira: 0 () 1ou+ ()
Freezer (Independente ou parte da geladeira): 0 () 1ou+ ()

8.3 APÊNDICE C - PCATOOL – Brasil Versão Adulto - Versão do Entrevistador

PCATOOL – BRASIL VERSÃO ADULTO

VERSÃO DO ENTREVISTADOR

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não

Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Não

Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não

Sim, mesmo que A1 & A2 acima.

Sim, o mesmo que A1 somente.

Sim, o mesmo que A2 somente.

Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou 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 todos 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**).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5

("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção

B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

B2 – Quando você 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?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção

C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C9 – Quando você chega no seu “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” quando pensa que é necessário?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

C12 – Quando você tem que ir ao “*nome do médico / enfermeira / local*”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

D – LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção

D1 – Quando você vai ao seu “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

D2 – Você acha que o seu “*médico/ enfermeiro*” entende o que você diz ou pergunta?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

D3 – O seu “*médico/enfermeiro*” responde suas perguntas de maneira que você entenda?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você 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)

Por favor, indique a melhor opção

E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?

Com certeza,
sim [4]

Provavelmente,
sim [3]

Provavelmente,
não [2]

Com certeza,
não [1]

Não sei /não
lembro [9]

E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção

F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G4 – Vacinas (imunizações).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G6 – Tratamento dentário.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G15 – Remoção de verrugas.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G18 – Cuidados pré-natais.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G19 – Remoção de unha encravada.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”.

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

Por favor, indique a melhor opção

H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H11 – Como prevenir quedas.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H12 – **Só para mulheres:** como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

H13 – **Só para mulheres:** o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médica/enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção

I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção

J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médica/enfermeiro” faz visitas domiciliares?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [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?

J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

Com certeza, sim [4]	Provavelmente, sim [3]	Provavelmente, não [2]	Com certeza, não [1]	Não sei /não lembro [9]
-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------

8.4 APÊNDICE D - PCATOOL – Brasil Versão Adulto - Ficha de Entrevista

PCATOOL – BRASIL VERSÃO ADULTO FICHA DE ENTREVISTA

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – ☐ Não ☐ Sim

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A2 – ☐ Não
☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/
serviço de saúde que acima
☐ Sim, médico/enfermeiro/serviço de
saúde diferente (Por favor, dê o nome e
endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A3 – ☐ Não
☐ Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
☐ Sim, o mesmo que A1 somente.
☐ Sim, o mesmo que A2 somente.
☐ Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor,
dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A4

A5

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
B1					
B2					
B3					

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
C1					
C2					
C3					
C4					
C5					
C6					
C7					
C8					
C9					
C10					
C11					
C12					

D – LONGITUDINALIDADE

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
D1					
D2					

D3					
D4					
D5					
D6					
D7					
D8					
D9					
D10					
D11					
D12					
D13					
D14					

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
E1					
E2					
E3					
E4					
E5					
E6					
E7					
E8					
E9					

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
F1					
F2					
F3					

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
G1					
G2					
G3					
G4					
G5					
G6					
G7					
G8					
G9					
G10					
G11					
G12					
G13					
G14					
G15					
G16					
G17					
G18					

G19					
G20					
G21					
G22					

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
H1					
H2					
H3					
H4					
H5					
H6					
H7					
H8					
H9					
H10					
H11					
H12					
H13					

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
I1					
I2					

I3					
----	--	--	--	--	--

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

	sim [4]	Talvez, sim [3]	Talvez, não [2]	não [1]	não lembro [9]
J1					
J2					
J3					
J4					
J5					
J6					