DEOCLECIO AVIGO

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em dois modelos coexistentes na região oeste da cidade de São Paulo, utilizando o *Primary Care Assessment Tool*

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

Programa de Ciências Médicas

Área de concentração: Educação e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Itamar de Souza Santos

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Avigo, Deoclecio
Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em dois modelos coexistentes na região oeste da cidade de São Paulo, utilizando o Primary Care Assessment Tool / Deoclecio Avigo. -- São Paulo, 2019.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências Médicas. Área de Concentração: Educação e Saúde.
Orientador: Itamar de Souza Santos.

Descritores: 1. Atenção primária à saúde 2.Medicina de família e comunidade 3.Pesquisa sobre serviços de saúde 4.Estratégia saúde da família 5.Acesso aos serviços de saúde

USP/FM/DBD-390/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

À Therezinha, Mari e Lorena, mulheres mais importantes da minha vida.

Agradeço ao meu orientador, professor Itamar de Souza Santos, pelo exemplo e dedicação ao longo de todos esses anos.

Ao professor Gustavo Diniz Ferreira Gusso, por ter projetado e implementado esse projeto de pesquisa. Grande defensor da medicina de família e comunidade brasileira.

Ao professor Milton de Arruda Martins, pela oportunidade de aprendizado.

“Mas o negócio não é bem eu, é Mané, Pedro e Romão.

Que também foram meus colegas, e continuam no sertão.

Não puderam estudar, e nem sabem fazer baião.”

João do Vale

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

SUMMARY

1 INTRODUÇÃO..... 01

1.1 APS e suas diversas conceitualizações..... 01

1.2 Breve Histórico..... 04

1.3 Atributos da APS..... 08

1.4 Efetividade da Atenção Primária..... 11

1.5 Diferentes Modelos de APS no Brasil..... 15

1.6 APS na Cidade de São Paulo..... 19

1.7 Ferramentas de Avaliação da APS..... 23

1.8 PCATool..... 26

1.9 Justificativa desse Estudo..... 29

2 OBJETIVOS E HIPÓTESES..... 30

3 MÉTODOS 31

3.1 Caracterização dos Serviços de Saúde Avaliados..... 31

3.2 População e amostra..... 33

3.3 Critérios de exclusão..... 34

3.4 Caracterização do instrumento de avaliação..... 34

3.5 Aplicação das entrevistas..... 34

3.6 Avaliação socioeconômica..... 35

3.7 Termo de Consentimento (TCLE) e aspectos éticos..... 36

3.8 Cálculo dos Escores de APS..... 36

3.9 Análise Estatística..... 37

4 RESULTADOS..... 39

5 DISCUSSÃO..... 53

6 CONCLUSÕES..... 65

7 ANEXOS..... 66

7.1 Anexo A – Questionário PCATool versão criança..... 66

7.2 Anexo B – Questionário PCATool versão adulto..... 70

7.3 Anexo C – Critério de Classificação Econômica Brasil 2008..... 75

7.4 Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 76

8 REFERÊNCIAS..... 79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Cobertura populacional da ESF e da APS total em todo o Brasil e na cidade de São Paulo (maio/2019)..... 17

Tabela 2. Histórico da cobertura populacional da ESF na cidade de São Paulo e no Brasil entre 2009 e 2018..... 20

Tabela 3. Equipamentos públicos de saúde, cidade de São Paulo, em três gestões municipais 2000-2012..... 23

Tabela 4. Dados sociodemográficos dos usuários adultos entrevistados..... 40

Tabela 5. Dados sociodemográficos dos usuários crianças e seus responsáveis..... 41

Tabela 6. Desempenho das unidades AMA e ESF em cada domínio do PCATool para os usuários adultos..... 45

Tabela 7. Desempenho das unidades AMA e ESF em cada domínio do PCATool para os usuários crianças..... 46

Tabela 8. Beta-coeficientes para a associação entre o escore global para adultos e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo, idade e classe econômica..... 48

Tabela 9. Beta-coeficientes para a associação entre o escore global para adultos e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo, idade e escolaridade..... 49

Tabela 10. Beta-coeficientes para a associação entre o escore global para crianças e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo e idade da criança, idade do responsável e classe econômica..... 51

Tabela 11. Beta-coeficientes para a associação entre o escore global para crianças e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo e idade da criança, idade do responsável e escolaridade..... 52

LISTA DE SIGLAS

ABS Atenção Básica à Saúde

ACS Agente Comunitário de Saúde

AMA Assistência Médica Ambulatorial

AME Ambulatório Médico de Especialidades

AMQ Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

ANOVA *Analysis of Variance*

APS Atenção Primária à Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPCI *Components of Primary Care Instrument*

CSAPS Condições Sensíveis à APS

DAB Departamento de Atenção Básica

ESF Estratégia de Saúde da Família

FAPESP Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FMUSP Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

GP *General Practitioner*

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS Instituto Nacional de Previdência Social

IPC *Interpersonal Processes of Care*

OMS Organização Mundial de Saúde

ONG Organização Não Governamental

ODS Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

NHS *National Health Service*

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS Plano de Atendimento à Saúde

PCAS *Primary Care Assessment Survey*

PCATool *Primary Care Assessment Tool*

PIASS Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PMAQ-AB Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB Política Nacional da Atenção Básica

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS Pesquisa Nacional de Saúde

PSF Programa Saúde da Família

QUALIS Qualidade Integral em Saúde

SESP Serviço Especial de Saúde Pública

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UNICEF *United Nations Children's Fund*

UHC *Universal Health Coverage*

UPA Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

Avigo D. *Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em dois modelos coexistentes na região oeste da cidade de São Paulo, utilizando o Primary Care Assessment Tool*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: O acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde é um problema sistêmico e histórico no Brasil. Tal problema também ocorre mesmo com a expansão, desde a década de 1990, da Estratégia Saúde da Família (ESF). Serviços ambulatoriais de atendimento à livre demanda, que na cidade de São Paulo receberam o nome de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), foram criados com o intuito de amenizar a pressão sobre as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e os prontos-socorros hospitalares. OBJETIVO: Avaliar dois modelos coexistentes na APS da região oeste da cidade de São Paulo (AMA e ESF) utilizando o *Primary Care Assessment Tool*, validado nacionalmente (PCATool - Brasil). METODOLOGIA: Estudo transversal realizado na região oeste da cidade de São Paulo com a aplicação das versões para adultos e crianças do questionário em três serviços de saúde do modelo ESF e outros três serviços AMA. Participaram da pesquisa 310 adultos e 311 responsáveis por crianças, maiores de 18 anos. As entrevistas foram realizadas logo após atendimento nos serviços de saúde (amostragem por conveniência) por três bolsistas previamente capacitados. O PCATool mede a presença dos atributos essenciais da APS (de acordo com a experiência do usuário) avaliando dez componentes, atribuindo escores de zero a 10. Define-se adequada orientação para a APS um escore médio igual ou superior a 6,6. A comparação dos escores entre os tipos de unidades (AMA ou ESF) foi realizada utilizando ANOVA. Construímos modelos de regressão linear múltipla para avaliar a associação entre os escores globais, tipo de unidade e as características sociodemográficas. RESULTADOS: A maior parte dos usuários adultos (77,4%) e responsáveis por crianças usuárias (93,6%) eram mulheres. A maior parte dos entrevistados eram de classe econômica C e tinham ensino médio completo. Na análise bivariada, não houve diferença significativa entre os grupos AMA e ESF, exceto para escolaridade dos usuários adultos (p=0,038), com um maior número de participantes com ensino superior completo no grupo AMA. Nos adultos, o desempenho do modelo AMA foi considerado inadequadamente orientado à APS em todos os componentes avaliados. Por outro lado, os escores atribuídos para a ESF tiveram média igual ou superior a 6,6 em sete componentes. O desempenho das unidades AMA foi superior para o componente acesso/acessibilidade (p=0,004). Para todos os outros componentes, o escore médio das unidades ESF foi superior ao obtido pelas unidades AMA (p<0,001 para todas as comparações). Para usuários crianças, as unidades AMA apresentaram adequada orientação para a APS apenas no componente acesso/utilização, enquanto as unidades ESF apresentaram adequada orientação para a APS em sete componentes. Nesse grupo etário, o desempenho das unidades ESF foi superior para todas as comparações (p<0,001). No modelo de regressão linear aplicado aos adultos, encontramos que ser atendido em unidades ESF (p<0.001), sexo feminino (p=0,026) e idade ≥ 60 anos (p=0,001) estavam associados significativamente à atribuição de

maiores escores globais. Para usuários crianças, ser atendido em unidades ESF ($p<0,001$) foi significativamente associado à atribuição de maiores escores globais. DISCUSSÃO: O modelo AMA apresenta inadequada orientação para a APS em todos os atributos, inclusive no atributo acesso, no qual poderia se esperar um destaque positivo. Similarmente, o acesso também foi mal avaliado no modelo ESF. CONCLUSÃO: Ambos os modelos tiveram mau desempenho nos itens que avaliam o atributo acesso. Embora os serviços de APS brasileiros precisem se qualificar no atributo acesso, a adoção do modelo AMA não esteve associada a um desempenho satisfatório nesse atributo.

Descritores: Atenção primária à saúde; Medicina de família e comunidade; Pesquisa sobre serviços de saúde; Estratégia saúde da família; Acesso aos serviços de saúde.

SUMMARY

Avigo D. *Evaluation of primary health care attributes in two coexistent models in the western region of the city of São Paulo by the Primary Care Assessment Tool* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

INTRODUCTION: The access to the National Health System services is a systemic and historical problem in Brazil, which also occurs even with the Family Health Strategy (FHS) expansion since the 1990s. Outpatient free-demand services, called Ambulatory Medical Care (AMC) in the city of São Paulo, were created to ease the pressure on Primary Health Care units (PHC) and emergency services. OBJECTIVE: To evaluate two coexisting PHC models in the western region of São Paulo (AMC and FHS) by the nationally validated Primary Care Assessment Tool (PCATool - Brazil). METHODS: This is a cross-sectional study in the western region of the city of São Paulo. We applied adults’ and children’ versions of the questionnaire a survey applied to in three FHS and three AMC units. A total of 310 adults and 311 children guardians over 18 years old participated in the research. The interviews were conducted shortly after attending the health services (convenience sampling) by three previously trained staff. PCATool measures the presence of 4 essential attributes and 2 attributes derived from the APS (according to user experience) by evaluating 10 components, to which are assigned scores from zero to 10. Adequate orientation for PHC is defined as an average score equal to or higher than 6.6. Score comparisons between PHC models were performed using ANOVA. We built multiple linear regression models to assess the association between global scores, PHC models and socioeconomic characteristics. RESULTS: Most of the adult users (77.4%) and children guardian users (93.6%) were women. Most respondents were of middle economic class and had complete high school. In the bivariate analysis, there was no significant difference among AMC and FHS groups, but adult users' education ($p = 0.038$) with more graduated participants in the AMC group. In adults, AMC model performance was considered inadequately oriented to PHC in all evaluated components. On the other hand, the scores attributed to the FHS had an average of 6.6 or more in seven components. The AMC unit performance was superior for the access/accessibility component ($p = 0.004$). For all other components, the FHS units average score was higher than that obtained by the AMC units ($p < 0.001$ for all comparisons). For child users, the AMC units presented adequate PHC orientation only in the access/use component, while the FHS units presented adequate PHC orientation in seven components. In this age group, the FHS unit performance was higher for all comparisons ($p < 0.001$). In the linear regression model applied to adults, we found out that being attended in FHS units ($p < 0.001$), female gender ($p = 0.026$) and age ≥ 60 years ($p = 0.001$) were significantly associated with higher overall scores. For child users, being attended in FHS units ($p < 0.001$) was significantly associated with higher global scores. DISCUSSION: AMC model presents inadequate PHC orientation in all attributes, including the access one, in which a positive highlight could be expected. Similarly, access was also poorly rated in the FHS model. CONCLUSION: Both models had poor performance in items that evaluate the access attribute.

Although Brazilian PHC services need to qualify for the access attribute, the AMC model adoption was not associated with satisfactory performance in this attribute.

Descriptors: Primary health care; Family and community medicine; Health service evaluation; Family health strategy; Health services accessibility.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde – Conceitualização

A denominação “atenção primária à saúde” é empregada para diferentes modelos de organização e oferta de serviços em várias nações ao redor do mundo. Parte dessa imprecisão deve-se ao fato de que o termo Atenção Primária à Saúde (APS) foi empregado, pela primeira vez, apenas no início da década de 1970 e adotado oficialmente pela OMS a partir de 1975[1].

Vuori em 1985 propôs uma classificação para as diferentes definições de APS então existentes, em uma tentativa de descrever e diferenciar os diversos modelos que utilizavam a denominação “APS”[2]. Segundo essa autora, diferenciam-se os termos “Atenção Primária”, a “APS ampliada de Alma-Ata” e a “APS Seletiva”.

A definição “Atenção Primária” refere-se a uma rede ambulatorial de serviços que servem como porta de entrada do sistema de saúde e como local para atenção contínua para a maioria da população. Esta é a concepção mais comum na Europa e outros países industrializados e com sistemas universais[2].

“APS ampliada de Alma-Ata” baseia-se na Declaração da OMS de 1978 e define a APS como uma estratégia de organização de todo o sistema de saúde, que inclua elementos como participação comunitária e coordenação intersetorial. Objetiva atingir em todos os países um nível de bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e das comunidades. Defende um sistema de saúde universal, ou seja, que cubra toda a população. Apresenta uma visão de indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento socioeconômico, reconhecendo assim, a relevância dos determinantes sociais de saúde[3].

A Declaração de Alma-Ata define APS como[4]:

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

"APS Seletiva" refere-se à priorização de ações em saúde com o objetivo de enfrentar as morbidades mais prevalentes nos países em desenvolvimento. É uma concepção voltada para um número limitado de serviços, em geral, intervenções de baixo custo alocadas em programas verticais direcionados, principalmente, ao binômio materno-infantil[5].

O termo surgiu oficialmente em um simpósio realizado em Bellagio na Itália em 1979, logo após Alma-Ata[3]. Esse simpósio significou uma visão de crítica ao conceito ampliado de saúde difundido em Alma-Ata, apontando-o como idealista, impossível de ser alcançado e muito pouco custo-efetivo. A concepção de APS seletiva defendia que os esforços de um sistema de saúde devem priorizar o controle das doenças que produzem a maior quantidade de mortes e incapacidades[1,3].

O encontro em Bellagio influenciou assim, a gênese de um programa da Unicef conhecido como GOBI-FFF formado por siglas em inglês que podem ser traduzidas por monitorização do crescimento infantil, terapia de reidratação oral, aleitamento materno, imunização, educação materna, planejamento familiar e suplementação nutricional[3].

Há que se ressaltar que no SUS, ainda que o discurso oficial seja de APS alinhada com a declaração de Alma-Ata, temos na prática social uma mescla desses diversos entendimentos de APS acima apresentados[3,6]. Existe um grande descompasso entre a formulação da política do SUS e sua implementação real.

No Brasil, a definição de APS incorporou os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde e, evitar o modelo de "APS seletiva" que era orientado por um número limitado de serviços dedicados às populações mais vulneráveis apenas[3]. A primeira versão da PNAB – Política Nacional da Atenção Básica de 2006 assim define a ABS:

> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB 2006)[7]

Utilizaremos neste manuscrito o termo Atenção Primária à Saúde (APS), visto que, é o mais utilizado internacionalmente e foi considerado equivalente ao termo Atenção Básica à Saúde (ABS) na PNAB de 2011[8].

Em 2018, ocorreu uma nova Conferência Global sobre APS organizada pela OMS e pela UNICEF, a Conferência de Astana[9]. Os principais bordões

utilizados foram Cobertura Universal em Saúde (em inglês UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), termos que, segundo alguns críticos, se coadunam com reformas pró-mercado exemplificadas na redução da intervenção estatal, além de seletividade e focalização nas políticas de saúde[6]. Em outras palavras, algo muito mais próximo do conceito de APS seletiva do que dos ideais de Alma-Ata.

1.2 Breve Histórico

Dois importantes conceitos para a história da APS são os de centro de saúde e distrito sanitário. A noção de distrito sanitário é encontrada nas propostas da polícia médica na Alemanha, nos comitês da Revolução Francesa e, também, no contexto da Revolução Industrial Inglesa, incluindo a criação de dispensários que surgem como complemento à ação dos hospitais[10].

Entretanto, a organização assistencial dos serviços sanitários passa por uma revolução com o surgimento, na primeira década do século XX, da proposta de Centro de Saúde Distrital, difundida mundialmente pela Fundação Rockefeller e pela Universidade Johns Hopkins[11]. Tais centros distritais visavam integrar a prestação de serviços sociais e de saúde para comunidades excluídas e tinham em comum a responsabilidade sobre uma região ou uma população definida e a coordenação dos recursos dentro dessa área, atributos considerados essenciais nas conceituações atuais para caracterizar as práticas de atenção primária[12].

Outro relevante marco conceitual da APS foi o Relatório Dawson, publicado na Inglaterra em 1920. Esse documento distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e foram

descritas as funções de cada um. Esta formulação foi a base para o conceito de regionalização[2,13]. Configura-se também em um marco no entendimento do trabalho dos centros de saúde primários como uma integração entre ações curativas e preventivas.

Em 1946, logo após a Segunda Grande Guerra, a definição de saúde da OMS foi pactuada por diversos países, valorizando o conceito de universalidade do direito à saúde. Na Inglaterra, essa valorização é demonstrada nos princípios norteadores do *National Health Service (*NHS*)*, criado em 1948, tendo como eixo estruturante a atenção de cuidados primários e o médico generalista[5].

Na década de 1960, nos Estados Unidos ressurge um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária[10]. Esse movimento foi influenciado, dentre inúmeros fatores, pela crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados e, também, pelo clássico trabalho de White de 1961 que demonstrou que a imensa maioria dos cuidados em saúde de uma determinada população não previamente triada, poderia ser adequadamente suprida pela atenção primária e não em hospitais gerais, muitos menos em hospitais universitários[14,15].

Esse otimismo com os cuidados primários disseminou-se por várias nações do mundo e teve seu auge com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela OMS e pela Unicef em Alma-Ata, com o mote “Saúde para todos no ano 2000”[1].

Destaca-se também o documento da OPAS, Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas (2005) que declara a APS como via mais adequada para produzir melhorias equitativas e sustentáveis na saúde dos povos das Américas[16].

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente também desde o início do século XX[11]. Os centros de saúde criados a partir de 1924, sob influência do modelo de centro de saúde distrital, exportado mundialmente sob os auspícios da Fundação Rockfeller[11]. Apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional. A ênfase era a educação sanitária da população[17].

Na década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizava ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência, inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 1950 e 1960 para outras regiões do país. Entretanto, esteve represada, de um lado, pela expansão do modelo médico-privatista e, de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como foi o caso do SESP[12].

A partir da década de 1970 a iniciativa se disseminou por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) iniciado na região Nordeste, mas que, ao ser estendido para todo o País, promoveu uma grande expansão da rede ambulatorial[10]. Nessa época houve a diferenciação entre Postos de Saúde e Centros de Saúde, com atividade médica apenas nesses últimos.

Com o movimento da reforma sanitária, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 1980[5].

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) consistiu em mudança de um modelo bismarckiano de seguro social para um modelo beveridgeano que previa cobertura universal aos serviços de saúde. Antes do SUS, o direito ao atendimento em saúde estava vinculado à participação no mercado formal de trabalho e à contribuição para a arrecadação previdenciária. A cobertura desse antigo sistema não alcançava metade da população, pois o mercado informal de trabalho predominava[5].

Com o advento do SUS em 1988, a APS assume papel de destaque no ousado objetivo de criar serviços de saúde e oferecer acesso universal a toda a população brasileira. O Programa Saúde da Família (PSF), que teve início em 1994, teve como inspiração diversas iniciativas pré-existentes de medicina comunitária. Na década de 1970 podemos citar o projeto de saúde comunitária Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como polo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados em Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia e, Sete Lagoas, entre outros[10].

Outra inspiração para o PSF surgiu com a experiência bem-sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [2], criado pelo Ministério da Saúde em 1991, no Nordeste do País. Tanto PCAS como o PSF surgiram inicialmente como programas verticais que ofereciam especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco[18], ou seja, característica de APS seletiva. Em 1997 o programa PSF muda sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando-se, então, modelo para reestruturação da APS no País todo. Uma reestruturação em direção ao conceito de APS ampliada de Alma-Ata[19].

O número de equipes de ESF aumentou significativamente desde essa época, indo de 2.054 equipes em 1998 para 41.619 em outubro de 2017. A cobertura da população brasileira cadastrada na ESF passou de 4,4% para cerca de 70% (143 milhões de cidadãos)[20].

1.3 Atributos da APS

A concepção de APS que vem sendo muito utilizada nas últimas décadas, inclusive pelo Ministério da Saúde Brasileiro[21], é descrita pela presença de elementos estruturantes, também chamados atributos da APS. Eles aparecem em definição operacional da APS sistematizada por Starfield[22] em 1992 e em publicação da OPAS de 2005 (Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas)[16].

Esta última declara que a APS deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde, por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. Além disso, define a APS como um conjunto de valores, de princípios e de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural[16].

Esses atributos remontam conceitos trabalhados como essenciais para a execução qualificada dos chamados cuidados primários em saúde. Já aparecem nos EUA com o Relatório Millis de 1966, *The Graduation Education of Physicians*, que propôs a medicina de cuidados primários como sendo oferta de primeiro contato, responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a

presença ou ausência de doença e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde[22].

A concepção de APS por meio de seus atributos essenciais, como descritos por Starfield, também transparece no texto da PNAB 2006[7], sugerindo convergência entre os documentos oficiais do governo brasileiro e a produção intelectual da referida autora. Os quatro primeiros são chamados de atributos essenciais, e os demais, de atributos derivados. São eles:

Acesso de primeiro contato: a expressão primeiro contato significa que o serviço de saúde está acessível e que ocorre a utilização desse serviço pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema[23]. É um termo que indica que a APS deve constituir-se como porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde. Oficialmente, segundo a PNAB, a APS deve ser a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro[7,8].

Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de cuidado, assim como sua utilização ao longo do tempo. É um termo também usado para relatar a existência de uma relação interpessoal intensa, que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, independentemente da presença de doenças ou do motivo por consulta. Na literatura internacional, o termo continuidade do cuidado é utilizado com sentido semelhante à palavra longitudinalidade. É um conceito cujas características compreendem: o alcance do entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em

seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles[23]. Um serviço de APS com bom desempenho nesse atributo, tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais adequados com menores taxas de encaminhamentos desnecessários para especialistas[24].

Integralidade: reflete-se no leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de APS. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral de acordo com suas necessidades, sejam elas físicas ou psíquicas. Inclui então a promoção de saúde e a prevenção de doenças. O termo originalmente utilizado por Starfield, *comprehensive*, foi traduzido em Portugal por abrangente[12]. Entretanto, no Brasil predomina o termo integral. A primeira edição brasileira de Starfield[22] (2002) inicialmente traduz *comprehensive*, em diferentes partes do texto, como abrangente ou integral.

Coordenação do Cuidado: reconhecimento, por parte do provedor de atenção primária, dos problemas de saúde abordados em outros serviços (níveis secundário ou terciário) e a integração desse cuidado na atenção global do paciente. A coordenação do cuidado também pressupõe a integração de informações sobre os cuidados realizados no próprio serviço de APS, por exemplo, por meio de registro e arquivamento de informações relevantes em prontuários[21].

Cabe aqui retomarmos o termo “integralidade”, pois sua conceitualização como atributo da APS, segundo Starfield, difere da utilizada para designar um dos princípios doutrinários do SUS[25]. Integralidade, nesse último, possui três dimensões: articulação das ações curativas, de proteção, reabilitação, promoção de saúde e prevenção de doenças; abordagem integral do indivíduo em seu contexto biopsicossocial; atenção nos três níveis de complexidade da

assistência médica (primário, secundário e terciário)[12]. Essa última dimensão alinha-se conceitualmente ao atributo coordenação do cuidado.

Os atributos derivados da APS são[24]:

Orientação familiar: reconhecer a importância da família e da realidade cotidiana na gênese de necessidades individuais, no diagnóstico do problema apresentado e na terapêutica adequada. Inclui o uso de ferramentas de abordagem familiar.

Orientação comunitária: valorização de meios que permitam conhecer as características peculiares do conjunto de usuários atendidos pelo serviço de APS. Levantamento de dados sociodemográficos e das condições mórbidas relevantes da referida população. Significa, também, uma rotina de avaliação e planejamento realizadas conjuntamente entre os profissionais de saúde e a população por eles atendida.

Competência cultural: respeito às crenças, atitudes e comportamentos cotidianos dos usuários atendidos, assim como, a valorização do papel desses nas condições de saúde da população de referência.

Existem evidências sobre a associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da APS[22], conforme será discutido no próximo tópico.

1.4 Efetividade da Atenção Primária

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontado por diferentes autores como uma forma eficaz de estruturação dos sistemas de saúde[26,16]. A maior parte das evidências sobre a efetividade da APS foi produzida após a Conferência de Alma-Ata. Estudos evidenciaram a associação entre o

fortalecimento da APS e de seus atributos e a redução de internações hospitalares por condições evitáveis em crianças e adultos, equidade no aceso a serviços públicos de saúde infantil, redução de consultas não urgentes, emergências, redução do baixo peso ao nascer e da mortalidade infantil, redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares e da mortalidade geral em adultos, melhor autopercepção de saúde, maior satisfação dos usuários e a obtenção de melhores indicadores de saúde populacionais com menor custo[2].

Starfield, em 1991, realizou um estudo comparativo entre doze nações industrializadas ocidentais tendo em vista analisar a relação existente entre a prioridade dada por estes países à APS, os níveis de saúde de suas respectivas populações e os custos de atenção à saúde em cada país. Foi construída uma classificação da força da orientação para a APS dos sistemas de saúde dessas nações em relação a 14 indicadores de saúde, incluindo mortalidade infantil, expectativa de vida, anos de vida potencial perdidos antes e porcentagem de baixo peso ao nascimento. Esse estudo mostrou que nações com sistemas de saúde centrados na APS obtêm melhores resultados na evolução dos indicadores de saúde e lidam melhor com os custos desse sistema[27]. Países com atenção primária forte apresentam uma população mais saudável do que aqueles que não têm a APS como eixo estruturante[28].

A efetividade da APS no Brasil também tem sido estudada, mas ainda não estão claros quais são os padrões de assistência em APS a serem seguidos no nosso país[20]. Uma revisão sistemática de 2015[29] sob o tema “Pesquisas avaliativas sobre a atenção primária à saúde no Brasil” publicadas entre 2009 e 2013 obteve 345 artigos indexados, sendo avaliados 42 mais relevantes. A ESF foi o tema principal, sendo analisada de diversas maneiras distintas com

destaque para os processos de implementação em diferentes municípios, pré-natal e saúde infantil. Outra revisão, mais recente[30], mostra que as publicações científicas sobre APS no Brasil nos anos 1990 eram de apenas 1,7 para cada milhão de habitantes enquanto no Reino Unido era de 51,3. Em 2017 o número de publicações indexadas com o termo APS/atenção básica foi de 2.475, sendo que a média dos outros países avaliados no estudo foi de 3.329.

Existem evidências que demonstram que a expansão da ESF resultou na melhora na saúde das crianças brasileiras, inclusive com importante diminuição da mortalidade infantil[31,32], especialmente por diarreia e doenças respiratórias[33]. Além da ampliação do acesso aos serviços de saúde, o aumento na cobertura do pré-natal, da vacinação, a melhoria das condições nutricionais e ambientais, a ampliação de políticas sociais, o aumento no fornecimento de água potável, o incentivo ao aleitamento materno, a ampliação dos bancos de leite humano e da licença maternidade são também apontados como responsáveis por essa redução na mortalidade infantil[30,33,34,35].

A expansão da ESF está associada com redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, redução nas internações hospitalares por condições sensíveis à APS (CSAPS)[36] e redução nas taxas de complicações de muitas doenças crônicas como o diabetes[37]. A ESF melhorou a detecção de doenças tropicais negligenciadas e reduziu disparidades na saúde bucal da população brasileira[38].

A realização de consulta médica nos últimos 12 meses é um indicador de acessibilidade aos serviços de saúde, frequentemente utilizado em comparações internacionais entre sistemas de saúde. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998, 2003, 2008 e da Pesquisa Nacional de

Saúde (PNS) de 2013 mostram que o acesso da população brasileira, tanto homens quanto mulheres, à consulta médica aumentou gradualmente e foi de 54,7% em 1998 para 74,2% em 2013[30].

Apesar da valorização e implementação crescente de serviços de atenção primária desde a década de 1990, as dificuldades de fornecer adequado atendimento a toda a população com direito à saúde no novo sistema universal, foram evidentes[39]. Tais fragilidades têm como exemplo relevante, a existência de filas por atendimento em hospitais. Tais filas traduzem uma deficiência no atributo acesso[40], evidenciando o problema dos serviços de APS se legitimarem como principal porta de entrada no sistema de saúde nesses casos, já que boa parte dessa demanda é de competência da APS[41], por tratarem-se de ocorrências agudas de menor complexidade clínica[42,43].

Uma revisão sistemática de 2015, com 15 estudos de avaliação de serviços de APS brasileiros, mostrou que o atributo acesso aparece como um dos pontos frágeis do atendimento prestado por tais serviços[44].

Existem, ainda, outros desafios a serem superados. Dentre eles, destacam-se: financiamento insuficiente, estrutura física problemática das UBS, inadequada coordenação com os níveis secundário e terciário de atenção, qualidade deficitária na formação e prestação de serviços por parte dos recursos humanos[45,18]. A presença extremamente deficitária do uso de tecnologia como, por exemplo, prontuário eletrônico, além do difícil acesso a ferramentas de apoio diagnóstico, também surgem como desafios[38].

1.5 Diferentes modelos de APS no Brasil

Apesar da considerável expansão das equipes ESF nesses 30 anos de SUS, atualmente convivem no Brasil dois modelos principais de APS. A ESF e o modelo tradicional de UBS, que apresentam elevada heterogeneidade, tanto no grau de implementação nos mais de 5000 municípios brasileiros, quanto na qualidade do atendimento prestado[46]. Podemos assim descrevê-los:

- Unidade Básica de Saúde (UBS) "tradicional": nesse modelo, a equipe básica é formada por clínicos ou internistas, ginecologistas-obstetras e pediatras além de odontólogos, enfermeiras e auxiliares[19]. Respondem por uma determinada população definida por delimitação territorial. Atendem consultas quase sempre agendadas com antecedência, de modo a limitar substancialmente a chamada consulta do dia ou livre demanda. As UBS do modelo tradicional foram predominantes até a década de 1990, quando houve o advento do PSF. Esse modelo tradicional de assistência tem inspiração nos centros de saúde soviéticos bastante influentes internacionalmente na época[19].

- Estratégia Saúde da Família (ESF): envolve equipes formadas por médico generalista (algumas vezes com especialização em medicina de família e comunidade), enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O profissional médico na ESF atende a população de referência da sua equipe independentemente de idade, sexo ou tipo de patologia. Cada equipe cuida de uma área geográfica delimitada com até 4.000 pessoas[7]. Apesar de atender a maioria das consultas sob agendamento prévio e preferencial (como no caso de gestantes, crianças menores de dois anos, hipertensos e diabéticos), um certo número de consultas é realizado sob livre demanda, conforme

orientado por publicações do Ministério da Saúde com denominação de Acolhimento à Demanda Espontânea[47].

UBS tradicional e ESF passaram a conviver em diferentes regiões de cada cidade brasileira e frequentemente no mesmo serviço de saúde. Sempre tiveram, desde sua concepção, ações programáticas ou verticais, apesar do caráter mais integrador da ESF ao usar um médico generalista e valorizar o trabalho em equipe. Essa diversidade foi influenciada pela variedade de tempo de implementação da ESF em cada município, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário[19].

Não se sabe exatamente qual porcentagem dos serviços de APS tem equipes ESF, de maneira exclusiva ou simultânea ao modelo tradicional de UBS. A mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostrou que 72% da população brasileira não têm plano de saúde privado e 56% desta estão cadastrada em uma equipe ESF[48]. Na tabela 1 podemos observar a cobertura da população brasileira e da cidade de São Paulo pelo modelo ESF atualmente. Note que, de acordo com os dados fornecidos, a população média de referência para uma equipe ESF no Brasil é 3.092, enquanto, na cidade de São Paulo, 3.408. O modelo tradicional de UBS é responsável por 10,3% da população brasileira e por 24,2% da população paulistana.

Tabela 1. Cobertura populacional da ESF e da APS total (ESF e modelo tradicional) em todo o Brasil e na cidade de São Paulo (maio/2019)

	População	Equipes ESF	Cobertura ESF	Cobertura total APS
Brasil	208,4 milhões	42.719	63,8%	74,1%
São Paulo	12,2 milhões	1.371	38,8%	62,8%

FONTE: Ministério da Saúde, Brasil. https://egestorab.saude.gov.br/[49]

Os dados do Ministério da Saúde são semelhantes e estimam uma média de 3 mil usuários cadastrados por equipe ESF no Brasil. Até abril de 2018 havia 42.855 equipes implantadas, cobrindo 62,4% da população do País. O Censo de unidades básicas de saúde do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) de 2012 computou 38.812 unidades, em 5.543 municípios e identificou que em 77% deles havia alguma equipe da ESF[46]. Sabe-se que a ESF está menos presente nas grandes cidades brasileiras, salvo exceções[50]. Alguns pesquisadores consideram que existe um constrangimento à implantação da ESF nos grandes centros urbanos. Tal dificuldade apresenta-se de forma paradoxal, na medida em que as capitais têm concentração de tecnologia, especialidades na área da saúde, centros de formação e pesquisa, entretanto, com um enorme contingente populacional que pouco os acessa[51].

São robustas as evidências que mostram que a ESF fornece melhores resultados e maior satisfação por parte dos usuários do que o modelo tradicional de UBS[52-60]. Um estudo de 2006 realizado na cidade de São Paulo comparou as modalidades assistenciais ESF e UBS tradicional[59]**.** Na opinião dos 1.117 usuários adultos houve melhor avaliação do modelo ESF, embora tal diferença

não tenha sido observada nas entrevistas realizadas com profissionais e gestores dos serviços de saúde.

Em 2007, um estudo transversal, realizado por meio de entrevistas com usuários de dez UBS das regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo, comparou os modelos PSF e UBS tradicional. Diferenças significativas entre os dois modelos foram: melhor registro em prontuário, orientação comunitária, melhor referenciamento ao especialista e horário de atendimento mais adequado no modelo PSF[61].

Apesar da grande expansão dos serviços de APS desde a criação do SUS, revelou-se um tensionamento por parte da população em resposta a maior número de consultas não-programadas, no mesmo dia, mas que na maioria das vezes não se caracterizavam como urgências. Como descrito anteriormente neste texto, o acesso aos serviços de saúde no Brasil sempre foi mal avaliado pelos usuários do sistema.

Duas políticas se disseminaram pelo País: Acolhimento[47], ou seja, incorporação da demanda espontânea pela própria equipe da ESF, e unidades de pronto atendimento (UPA)[62], que são equipes separadas da ESF e com o objetivo de realizar consultas não-programadas e atendimento inicial das urgências. Nesse modelo, não há previsão de seguimento longitudinal por esse serviço.

A diretriz do Acolhimento teve o grande mérito de estimular um acesso oportuno e de alta qualidade relacional e de comunicação, entretanto, não significou grande avanço na necessária melhoria de acesso aos serviços de APS. Aponta-se alguns motivos para tal fracasso como a ausência de articulação em redes com outros níveis de atenção, excesso de demanda, ausência de

capacitação da equipe de profissionais e grande heterogeneidade nos modos como foi realizado[50].

Sendo assim, o sistema de saúde brasileiro é constituído por diversos serviços que podem atuar como “porta de entrada”. Além dos tradicionais prontos-socorros hospitalares, os pacientes que utilizam o SUS podem acessar diretamente inúmeros serviços ambulatoriais (UBS tradicional, ESF e UPA).

1.6 APS na Cidade de São Paulo

A história dos serviços de APS da capital paulista encontra-se atrelada ao explosivo crescimento demográfico da cidade ocorrido na segunda metade do século XX. De 1950 a 2010, a população do município mais do que quintuplicou, passando de 2,1 milhões para 11,2 milhões, e a cidade se expandiu principalmente para longe do centro. Desde a segunda metade da década de 1970, surgiu nos planos governamentais uma mobilização para construção de novas unidades básicas de saúde. Esses projetos foram capitaneados pelas secretarias estaduais de saúde. Apenas com a gestão municipal de 1989 a 1992 iniciaram-se maiores investimentos em serviços de APS[63].

O município de São Paulo apresenta, em seu componente de APS, uma história de atraso relativo ao restante do País. Uma das expressões desse atraso encontra-se nos anos em que vigorou o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), entre 1993 e 2000. Este plano significou um distanciamento da cidade do processo de implantação do PSF e de municipalização proposto com o SUS, na medida em que promoveu a criação de cooperativas médicas para a prestação de serviços de saúde. A administração de serviços estaduais a ser transferida

para a gestão municipal, como previsto com o surgimento do SUS, e a ampliação de equipes PSF também não ocorreram até 2001[64].

Apesar do atraso em comparação com o restante do País, em 1996 houve um importante passo para a implantação do PSF na capital. O projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS) foi fruto de parceria entre Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e organizações não governamentais[64]. Apesar de não ser projetado para toda a capital, ocorreu em bairros periféricos de todas as regiões da cidade, atendendo em 1999, 400 mil paulistanos, com 140 equipes PSF.

A municipalização da saúde na cidade de São Paulo só foi iniciada em 2001 com a mudança na gestão do município. As equipes do QUALIS passaram para a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e foi implantado o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) por meio de convênios firmados com Instituições da Sociedade Civil. Entre 2001 e 2004 o número de UBS com ESF aumentou de 135 para 382[63].

A Tabela 2 compara a implementação da ESF na cidade de São Paulo com o restante do País. Em 2002, a cobertura da ESF paulistana era de apenas 16,6%. Em 2017, a cidade de São Paulo apresentava 1.213 equipes ESF, configurando 35% de cobertura de sua população[20].

Tabela 2. Histórico da cobertura populacional da ESF na cidade de São Paulo e no Brasil entre 2009 e 2018

	2009	2012	2015	2018
Brasil	51,4%	55,5%	62,5%	64,2%
SP cidade	29,7%	31,5%	31,6%	34,5%

FONTE: Ministério da Saúde, Brasil. https://egestorab.saude.gov.br/[49]

Apesar da relevante expansão da rede de serviços de APS, a população da cidade de São Paulo, apresentava claras dificuldades na obtenção de atendimento em saúde. Enormes filas se formavam nas portas de prontos-socorros hospitalares e unidades básicas de saúde. Essa dificuldade, associada ao contexto nacional de implementação de serviços de pronto-atendimento, estimulou a gênese do modelo AMA. Enquanto as UPA foram uma iniciativa do governo federal, as AMA são específicas da cidade de São Paulo e iniciaram seu funcionamento em 2005.

As AMA foram criadas, conforme argumentava a gestão municipal na época, para ampliar o acesso de pacientes que demandam atendimento não-agendado. Além disso, procurava auxiliar na racionalização e, organização do sistema, atendendo parte dos pacientes que procuravam UBS e hospitais. Entre 2005 e 2010, 131 AMA foram inauguradas[63].

A grande maioria das unidades foi instalada de forma acoplada a uma UBS, e raramente houve expansão de área física. Em geral, ocorreu um processo de ocupação de parte da área da unidade cuja destinação de uso original foi alterada para abrigar o atendimento da unidade AMA[43]. A gestão municipal de saúde assim justificava a existência das AMA:

> A SMS-SP, atenta à realidade, identificou a necessidade de racionalizar e hierarquizar a oferta de serviços de saúde no território e propôs a criação, em 2005, das Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), implantadas no campo de atuação da Atenção Básica, integrada e articulada à rede de serviços, atendendo à demanda espontânea de agravos menores, possibilitando que os Serviços de Urgência e Emergências tenham seus recursos destinados à assistência de maior complexidade. A AMA absorve a demanda de baixa e média complexidade com qualidade sem perder a medida do risco e a necessidade da continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência básica.
> Diretrizes Técnicas da Assistência Médica Ambulatorial (AMA) na Atenção Básica (2009)[65]

Em sua grande maioria, um serviço AMA conta com o trabalho de 2 médicos clínicos gerais e 2 pediatras em escala de plantão de 12 horas por dia, raramente com um mesmo médico atendendo em mais de três dias da semana. Enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, assistentes administrativos e gerência completam o quadro típico de funcionários. Não há agendamento de consultas. Os atendimentos do dia são registrados em folhas avulsas que são posteriormente armazenadas, mas raramente acopladas ao arquivo de prontuários presentes em cada UBS, já que muitos usuários têm outra UBS como referência territorial[43].

Equipes da ESF e do modelo tradicional trabalham em áreas bem delimitadas e que não se sobrepõem. Por outro lado, cada serviço AMA não tem população de referência delimitada por área geográfica, incorrendo em sobreposição da população atendida quando se consideram as áreas de atuação das UBS. Uma das consequências dessa sobreposição é a duplicação dos atendimentos, ou seja, a chamada dupla porta de entrada no sistema de saúde. Além disso, cria uma enorme dificuldade de avaliação de cada tipo de serviço individualmente. Muitas unidades de saúde do município de São Paulo têm esses diferentes modelos convivendo ao mesmo tempo e em um mesmo espaço físico.

Apesar de apresentar muitos pontos de semelhança, UPA e AMA são serviços diferentes. A Secretaria da Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP) considera AMA, como sendo, parte da rede de serviços de APS. As UPA são parte da rede de atenção às urgências, não sendo consideradas serviços de APS.

Tabela 3. Equipamentos públicos de saúde na, cidade de São Paulo, em três gestões municipais 2000-2012

	Marta Suplicy			Serra/Kassab		Kassab	
	2000	2001	2004	2005	2008	2009	2012
Hospitais	51	50	51	52	55	53	54
UBS	135	225	382	392	416	434	442
AMA*	0	0	0	10	116	130	139

FONTE: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. Organização: CEM/Cebrap[63].
*Na contagem das AMA estão incluídas os AME (Ambulatório Médico de Especialidades, um equipamento voltado para o atendimento de casos de média complexidade em diferentes especialidades). Em 2012 existiam 16 AME.

1.7 Ferramentas de Avaliação de Serviços de APS

Historicamente, os esforços para garantir a qualidade do cuidado começaram no hospital. Destaque para as reformas promovidas por Flexner nos EUA, no início do século XX, colocando a educação como principal foco das atividades que tinham o objetivo de melhorar a qualidade da prática médica. Apenas nos anos 1960, o interesse se voltou para a avaliação da qualidade da atenção ambulatorial[22].

Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman e tendo como referencial a teoria dos sistemas, Donabedian[66,67] propôs uma avaliação da qualidade da atenção em saúde por meio de um modelo que sistematizava os atributos que traduzem a qualidade nos serviços: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Além disso, sistematizou a avaliação qualitativa do cuidado em três aspectos: estrutura, processo e resultado. Ele destaca que o componente resultado depende em grande medida da estrutura e do processo.

Em um serviço de APS, a avaliação da qualidade dos serviços prestados não deve ser feita como no ambiente hospitalar. Parâmetros tradicionalmente

utilizados, como mortalidade, são inadequados na avaliação de serviços de atenção primária. A proporção de indivíduos atendidos nos estabelecimentos de atenção primária que morrerá em alguns anos é pequena e, portanto, esse parâmetro não é uma medida adequada de resultado[22].

Outra dificuldade no direcionamento da avaliação para os resultados surge quando há sobreposição acentuada nas ações de diferentes serviços de saúde, como ocorre no Brasil. Além disso, é difícil correlacionar alterações nos indicadores de um determinado resultado (por exemplo a mortalidade infantil ou materna) e um serviço ou ação específicos, pela sua natureza multifatorial. No contexto dos serviços de atenção primária, o caminho habitual tem sido avaliar estrutura e processo[22].

Nas primeiras décadas do século XX, as investigações eram baseadas principalmente na utilização de métodos epidemiológicos de avaliação da eficácia terapêutica e diagnóstica. Nas últimas décadas as investigações na área da saúde tornaram-se mais complexas passando a existir um olhar conjunto para o biológico e o social, com a valorização dos chamados determinantes sociais de saúde[67]. As pesquisas ultrapassaram a avaliação de técnicas ou procedimentos isolados e agregaram referenciais de outras disciplinas científicas. Tivemos uma expansão dos alvos das ações de saúde pública para muito além das doenças infecciosas. Emergiu conjuntamente a necessidade de olhar para as doenças crônicas, a violência, e os contextos sociais que influenciam iniquidades na saúde.

Existem diferentes modelos de APS no Brasil, que são pouco ou indevidamente avaliados. Algumas estratégias têm sido descritas para a avaliação dos serviços de APS. Neste texto, apresentaremos duas delas, o

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade[68] (PMAQ), estabelecido pelo Ministério da Saúde brasileiro, e, em maior detalhe, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), utilizado no desenvolvimento do presente trabalho.

O PMAQ foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 como estratégia de ampliação e qualificação de um programa semelhante chamado Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família[69] (AMQ) de 2005. Apesar de amplamente aplicado nas UBS brasileiras, o PMAQ apresenta inúmeros problemas metodológicos, como a falta de estudos de validação, a ausência de pontos de cortes definidos na avaliação e, apresentar um componente de autoavaliação, o que, provavelmente acarreta superestimação nas notas avaliativas[70]. Além disso, não avalia objetivamente os atributos essenciais e derivados da APS[71].

Estudo publicado em 2014[72] que avaliou resultados do PMAQ no Estado de Pernambuco contesta o dado que aponta que 3.114 (86,1%) dos usuários entrevistados consideraram os horários de atendimento das UBS satisfatórios. Contesta ao citar outro dado dessa mesma pesquisa, que mostra que em cerca de 80% dos municípios do referido Estado houve mudança de agenda de visitação dos avaliadores por não haver funcionamento das UBS no horário da tarde. Os autores do estudo cogitaram a possibilidade de convocação do usuário apenas para a entrevista e consideraram vulnerável a proposta de amostra aleatória baseada na sala de espera.

Estudo de 2008 realizado em Curitiba-PR consistiu na aplicação dos instrumentos AMQ e PCATool em uma mesma população[73]. Foi realizada análise de concordância utilizando o método de Bland-Altman. Houve concordância para os atributos integralidade e orientação familiar. Entretanto,

não foi demonstrada equivalência entre os dois instrumentos com relação aos atributos acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado e orientação comunitária.

Malouin[74] et al. (2009) analisaram nove instrumentos de avaliação da qualidade prestada por um serviço de APS. O resultado apontou o PCATool como instrumento mais adequado, pois foi o único que mostrou capacidade de avaliar as características de estrutura e processo para os quatro atributos essenciais, além de estar disponível para diferentes atores do processo de atenção (usuários, profissionais e gestores).

Uma revisão, publicada em 2014[75], dos artigos publicados entre 1979 e 2013 sobre instrumentos de avaliação da APS utilizados no Brasil, encontrou cinco principais ferramentas. O PCATool foi considerado pelos autores o instrumento mais utilizado e o mais adequado para a realidade da APS brasileira, estando mais próximo ao que é preconizado nas PNAB e no projeto da ESF.

1.8 O PCATool

Nos últimos 25 anos foram desenvolvidos instrumentos para avaliar, a qualidade da Atenção Primária à Saúde a partir das experiências dos usuários. Entre esses instrumentos estão o *Components of Primary Care Instrument* (CPCI), o *Primary Care Assessment Survey* (PCAS), o EUROPEP, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), o *Interpersonal Processes of Care* (IPC-I) e o Qualicopc[76].

O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi desenvolvido sob coordenação da profa. Barbara Starfield no John Hopkins *Primary Care Policy*

Center[77,78], configurado inicialmente como instrumento autoaplicável que permitia mensurar os atributos da APS a partir da perspectiva do usuário. Apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças, a adultos maiores de 18 anos, a profissionais de saúde e, também, ao gestor do serviço de saúde.

O PCATool mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e de dois atributos derivados da APS (competência cultural não é avaliado). Foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, conforme descrito anteriormente[24].

Esse instrumento, já validado em outros países, foi validado inicialmente no Brasil por Harzheim et al. em Porto Alegre - RS em 2006 na versão criança[79]. Em 2007, de forma quase simultânea, em Petrópolis-RJ, Almeida e Macinko compararam unidades com equipes ESF a unidades do modelo tradicional, validando uma versão para usuários adultos com pequenas diferenças na composição dos itens e na escala de resposta[80].

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade.

Em 2010, algumas dessas versões foram referendadas pelo Ministério da Saúde para a publicação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil[21]. Sua importância reside em disponibilizar uma ferramenta que permite a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade ao mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais. Posteriormente, também em

Porto Alegre, ocorreu a validação das versões para usuários adultos[81] e, para profissionais[82] e as versões resumidas do PCATool adultos[83] e crianças (Hauser* apud D'Ávila[76]).

Três dos atributos essenciais identificados no instrumento PCATool-Brasil são expressos por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isso pode ser exemplificado com o atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo)[21].

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados[84]. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença desses atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adstrita[26].

O número de publicações brasileiras e internacionais que usaram o PCATool como ferramenta de avaliação de modelos e serviços de APS cresceu muito desde o trabalho inicial da equipe de Starfield[28]. Pesquisadores brasileiros produziram revisões criteriosas, a respeito de produções científicas que utilizaram o PCATool. Foram realizadas três recentes revisões sobre artigos que utilizaram o PCATool. Silva de Paula, em 2016[85], com artigos brasileiros apenas,

---

* Hauser L. Aprimoramento do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde *(PCATool-Brasil)* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016

mostrando que, de maneira geral, os estudos apontam que a APS brasileira tem bom desempenho nos atributos longitudinalidade, integralidade e coordenação e pior desempenho nos atributos acesso de primeiro contato, orientação familiar e orientação comunitária, mesmo nas UBS com equipes da ESF[85]. Duas revisões foram publicadas em 2017 (D'Avila[76] e Prates[44]) sobre toda a publicação internacional que utilizou o PCATool.

1.9 Justificativa para este Trabalho

Apenas dois artigos científicos publicados avaliaram os serviços AMA. Um deles, realizado em 2006 (logo após a implementação do novo modelo)[43], foi apenas descritivo, com base em dados de fontes secundárias relativos à produção ambulatorial do município de São Paulo. O outro, comparou um serviço AMA com um único serviço ESF através da aplicação do instrumento PCATool Brasil versão adulto[70] em usuários da zona leste da cidade de São Paulo.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

Objetivo Primário

O objetivo do presente estudo é avaliar o desempenho, de acordo com os escores do PCATool, de dois modelos de atendimento à saúde (AMA e ESF), coexistentes nas unidades básicas de saúde da região do Butantã, cidade de São Paulo.

Objetivo Secundário

Verificar se as conclusões obtidas dentre os usuários adultos e responsáveis por usuários crianças são semelhantes (utilizando as específicas versões do PCATool)

Hipótese principal

Unidades AMA terão melhor desempenho no atributo acesso, mas pior desempenho nos demais atributos.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado na região oeste da cidade de São Paulo, área sob responsabilidade da supervisão técnica de saúde do Butantã. Essa tese de doutorado faz parte do projeto de pesquisa FAPESP "Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Assistência Médica Ambulatorial usando o Primary Care Assessment Tool", cujo pesquisador responsável é o Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso.

3.1 Caracterização dos Serviços de Saúde Avaliados

A Prefeitura Regional do Butantã é uma das 32 prefeituras regionais da cidade de São Paulo. É composta por cinco distritos: Butantã, Morumbi, Vila Sônia, Raposo Tavares e Rio Pequeno, que somados representam uma área de 56,1 km² habitada por pouco mais de 428 mil pessoas. Com sua densidade demográfica de 7.633 habitantes/km², tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,885, oitavo maior das regiões da cidade[86].

As unidades de saúde escolhidas para essa pesquisa contam com residentes de medicina de família e comunidade integrando as equipes das UBS Jardim Boa Vista, UBS Jardim D´Abril e UBS Vila Dalva. As unidades AMA selecionadas para comparação também se situam na referida região e estão sob responsabilidade da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã. Segue abaixo uma breve descrição de cada um dos serviços de saúde avaliados e o mapa com as suas localizações[87].

AMA Paulo VI: Av. Vaticano, 69 - Jd Joao XXIII. Fone: 3782-0838. Distrito administrativo Raposo Tavares.

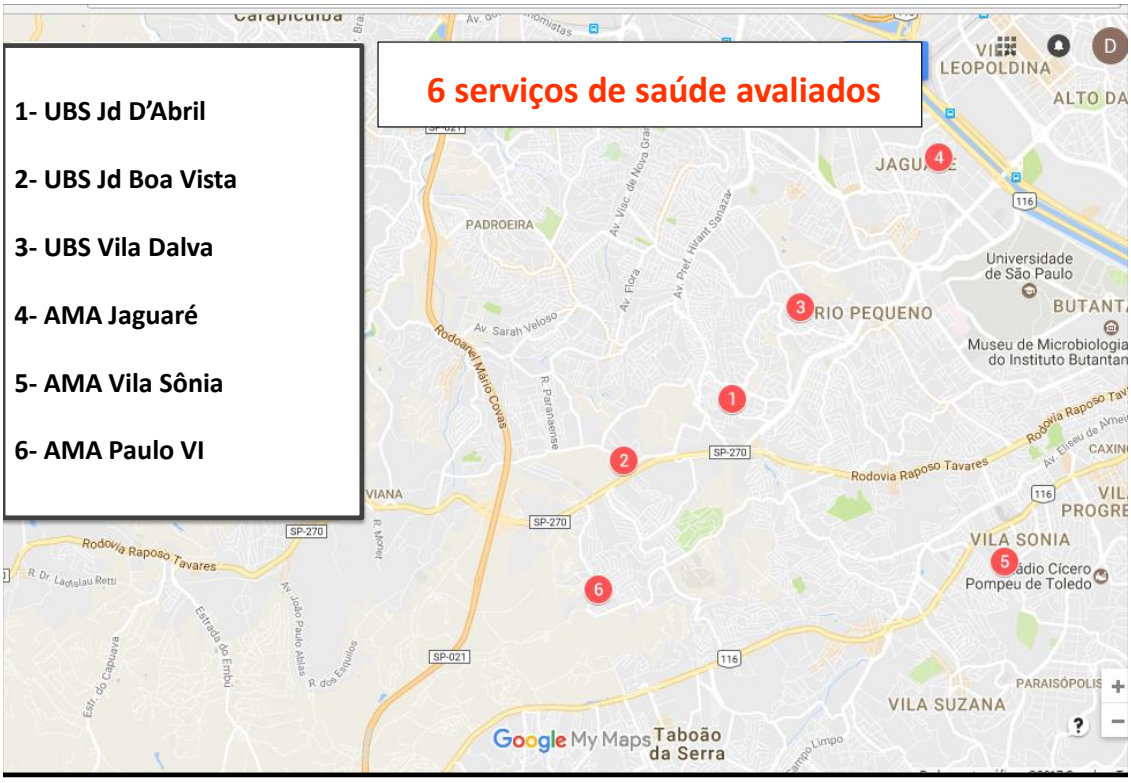
AMA Vila Nova Jaguaré: R. Salatiel de Campos, 222 – Jaguaré. Fone: 3768-1527 / 3714-2461. Distrito administrativo Jaguaré.

AMA Vila Sônia: R. Abraão Calil Rezek, 91 - Vila Sonia. Fone: 3742-9844 / 3742-1487. Distrito administrativo Vila Sônia.

UBS Jd. Boa Vista: R. Candido Fontoura, 620 - Jd Boa Vista. Fone: 3782-8380. Distrito administrativo Raposo Tavares.

UBS Jd. D´Abril: R. Paulo Maranhão, 444 - Jd D'abril. Fone: 3782-1687 / 3782-4742. Distrito Administrativo Rio Pequeno.

UBS Vila Dalva (Eng. Guilherme Henrique Pinto Coelho): R. Gustavo Berthier, 155 – V. Dalva. Fone: 3712-0704. Distrito administrativo Rio Pequeno.



3.2 População e Amostra

O delineamento da pesquisa tem como população-alvo os usuários dos serviços de saúde citados acima. Os entrevistadores bolsistas treinados realizaram a pesquisa na entrada de cada um desses serviços de saúde, convidando usuários que estivessem saindo de atendimento (não necessariamente atendimento médico) nas ESF e AMA avaliadas. Se o usuário atendido tivesse mais de 18 anos, aplicava-se o questionário versão adulto. Caso o usuário atendido fosse uma criança, aplicava-se o questionário versão criança para o responsável (acompanhando a criança) maior de 18 anos que aceitasse participar do estudo.

Quanto ao cálculo amostral, levando-se em consideração que trata-se de um estudo transversal analítico e o desfecho envolverá variáveis contínuas, o cálculo da amostra foi feito pensando-se em uma diferença de nota entre os serviços de 0,15. O desvio-padrão foi estimado a partir de um artigo que usou uma versão resumida do PCATool, módulo adulto, na cidade de Petrópolis[80], de 0,28 (ESF) e 0,48 (UPA). Considerando um nível de significância de 5%, 80% de poder do estudo e 20% de perdas, calculou-se uma amostra total de 210 usuários AMA e 210 usuários ESF, entre adultos e crianças. No projeto original, uma unidade AMA (AMA São Jorge) e uma unidade ESF (UBS Jardim São Jorge) estavam previstas. Entretanto, na análise final, essas duas unidades não foram consideradas, por problemas na coleta de dados. Além disso, houve a exclusão de três casos do grupo ESF por inconsistência no registro da idade do usuário. Assim, para a amostra analisada neste estudo, foram feitas 312 entrevistas nas unidades AMA (156 usuários adultos e 156 responsáveis por

crianças usuárias) e 309 entrevistas nas unidades ESF (154 usuários adultos e 155 responsáveis por crianças usuárias).

3.3 Critérios de Exclusão

Não foram incluídos no estudo os usuários que nunca tivessem passado em atendimento no serviço que estava sendo avaliado no momento da entrevista ou quando o acompanhante das crianças tinha menos de 18 anos de idade.

3.4 Caracterização do Instrumento de Avaliação

Nesta pesquisa utilizamos como fonte principal para o estabelecimento dos escores, o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - *Primary Care Assessment Tool* PCATool-Brasil[21], publicado pelo Ministério da Saúde em 2010. Consiste em questionários com versão criança (anexo A) e versão adulto (anexo B).

3.5 Aplicação das Entrevistas

A coleta de dados realizou-se entre final de 2014 e meados de 2015. As entrevistas foram realizadas por três bolsistas FAPESP nível TT3 selecionados conforme análise de currículo. Os entrevistadores receberam treinamento prévio com as diversas orientações que constam no Manual do PCATool Brasil seguido da realização de um estudo piloto com dez entrevistas para cada bolsista. Essas entrevistas iniciais não compuseram o banco de dados da pesquisa. Após novo encontro para análise dos primeiros questionários e reorientação dos entrevistadores, iniciou-se a coleta dos dados por meio da utilização de *tablets* com acesso à internet e de um software livre adaptado[88], o que permitia

tabulação das informações e supervisão diária por parte da coordenação do projeto. A comunicação entre os entrevistadores e a coordenação do projeto ocorreu por meio de encontros presenciais e à distância.

Os participantes do estudo foram abordados nos próprios serviços de saúde avaliados, e as perguntas do questionário eram sempre direcionadas ao serviço atual. Esse delineamento de seleção de amostra é uma de duas opções comumente utilizadas. O outro modo consiste na abordagem domiciliar da população de referência de cada serviço de saúde. A vantagem desse primeiro modelo utilizado é que há menor perda, pois nas buscas ativas domiciliares, corre-se o risco de ter que visitar muitas casas para se atingir a amostra mínima, já que, muitas vezes os usuários têm planos privados ou utilizam unidades de saúde de outras regiões.

3.6 Avaliação Socioeconômica

Além dos questionários PCATool versão adulto e criança, foram aplicados com todos os entrevistados questionários socioeconômicos do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008 (anexo C). A classe social, segundo o referido critério, é definida em 7 níveis (A, B1, B2, C1, C2, D e E), e foi reclassificada como (1) A ou B, (2) C, e (3) D ou E. Também obtivemos informações com relação a idade, sexo e escolaridade (do usuário, quando adulto, e do responsável, para as crianças). A escolaridade foi categorizada em 5 níveis: (1) Até primário incompleto, (2) Primário completo, (3) Fundamental completo, (4) Médio completo, e (5) Superior completo.

3.7 Termo de Consentimento (TCLE) e Aspectos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Prefeitura de São Paulo e da Faculdade de Medicina da USP. Todos os participantes entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo D).

3.8 Cálculo dos Escores do PCATool

O cálculo dos escores seguiu o recomendado pelo Manual de Aplicação do PCATool-Brasil[21]. No processo de aplicação dos questionários, utilizou-se um padrão Likert, no qual as respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor = 4), “provavelmente sim” (valor = 3), “provavelmente não” (valor = 2), “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9).

O cálculo do Grau de Afiliação (itens = A1, A2, A3) foi o mesmo para as versões adulto e criança. Foi usado o seguinte algoritmo:

Grau de Afiliação = 1. Se todas as respostas NÃO para o serviço avaliado

Grau de Afiliação = 2. Apenas uma resposta SIM para o serviço avaliado.

Grau de Afiliação = 3. Apenas duas respostas SIM para o serviço avaliado.

Grau de Afiliação = 4. Todas as três respostas SIM para o serviço avaliado.

Para os demais atributos, utilizamos a estratégia para tratamento de valores *missings* estabelecida no Manual de Aplicação do PCATool-Brasil[21]. Se para um entrevistado, a contagem de respostas não respondidas (“*missing*”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calculamos o escore desse componente para esse entrevistado. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, ele é transformado para “provavelmente não” (valor 2). Também

procedemos a inversão dos escores nos itens em que essa estratégia estava indicada pelo referido manual[21] (C2, C4, C5 e D10 na versão criança e C9, C10, C11, C12 e D14 na versão adulto). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente. Também apresentamos os escores em escala de 0 a 10 pontos, utilizando a fórmula (escore obtido – 1) x 10/3.

O escore essencial é a soma do escore dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes: (A + B + C + D + E + F + G + H) / 8.

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes: (A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10.

Define-se desempenho satisfatório ou adequada orientação para a APS um escore médio (para cada domínio, essencial e/ou global) igual ou superior a 6,6, numa escala de zero a dez pontos.

3.9 Análise Estatística

As variáveis categóricas estão apresentadas como contagem e proporção, e comparadas entre grupos utilizando-se o teste de qui-quadrado. As variáveis quantitativas estão apresentadas como média ± desvio padrão e comparadas entre grupos utilizando-se ANOVA. Construímos modelos de regressão linear múltipla para avaliar a associação entre os escores globais e o tipo de unidade de atendimento (AMA ou ESF) e as características sociodemográficas. Nos

modelos utilizando os dados dos usuários adultos, as variáveis incluídas foram sexo, idade ≥ 60 anos, e uma variável relacionada ao nível socioeconômico. Nos modelos utilizando os dados dos usuários crianças, as variáveis incluídas foram sexo do usuário, idade do usuário ≥ 3 anos, idade do responsável ≥ 25 anos e uma variável relacionada ao nível socioeconômico. Dada a proximidade entre as variáveis classe econômica e escolaridade, elas foram avaliadas em separado, apresentando-se sempre dois modelos, cada um deles com a inclusão de uma dessas variáveis. A análise estatística foi realizada com o software R (R Project for Statistical Computing[89]), e o nível de significância estabelecido em 0.05.

4. RESULTADOS

Nossa amostra foi composta de 621 entrevistados. Dentre os 310 usuários adultos (tabela 4), houve uma predominância de mulheres (77,4%), indivíduos de classe econômica C (67,4%) e com ensino médio (39,4%). Comparando os usuários adultos das unidades AMA com os usuários da ESF, não houve diferença significativa para a idade ($p = 0,13$) e sexo ($p = 0,15$) na análise bivariada. Houve diferença significativa para escolaridade ($p = 0,038$), com um maior número de participantes com ensino superior completo no grupo AMA.

Tabela 4. Dados sociodemográficos dos usuários adultos entrevistados.

	AMA (N = 156)	**ESF (N = 154)**	**Total (N = 310)**
Idade	45,8 ± 16,7	43,0 ± 16,3	44,4 ± 16,5
Sexo feminino	115 (73,7%)	125 (81,2%)	240 (77,4%)
Classe Econômica			
A ou B	32 (20,5%)	32 (20,8%)	64 (20,6%)
C	101 (64,7%)	108 (70,1%)	209 (67,4%)
D ou E	23 (14,7%)	14 (9,1%)	37 (11,9%)
Escolaridade			
Até primário incompleto	19 (12,2%)	15 (9,7%)	34 (11,0%)
Primário completo	31 (19,9%)	36 (23,4%)	67 (21,6%)
Fundamental completo	32 (20,5%)	29 (18,8%)	61 (19,7%)
Médio completo	54 (34,6%)	68 (44,2%)	122 (39,4%)
Superior completo	20 (12,8%)	6 (3,9%)	26 (8,4%)

Dentre os 311 usuários crianças e seus respectivos responsáveis (tabela 5), a maior parte das crianças eram meninas (55,0%) e quase a totalidade dos responsáveis eram mulheres (93,6%). De forma similar aos usuários adultos, a maior parte dos responsáveis acompanhando as crianças nas consultas eram de classe econômica C (71,7%) e tinham ensino médio completo (44,4%). Na análise bivariada, não houve diferença significativa entre os grupos AMA e ESF para a idade (p = 0,25) e sexo (p = 0,87) da criança; idade (p = 0,38) e sexo (p = 0,25) do responsável, escolaridade do responsável (p = 0,91) ou classe econômica do responsável (p = 0,66).

Tabela 5. Dados sociodemográficos dos usuários crianças e seus responsáveis

	AMA (N = 156)	**ESF (N = 155)**	**Total (N = 311)**
Dados da criança			
Idade	3,8 ± 2,9	3,4 ± 3,3	3,6 ± 3,1
Sexo feminino	87 (55,8%)	84 (54,2%)	171 (55,0%)
Dados do responsável			
Idade	31,4 ± 9,4	30,5 ± 8,9	31,0 ± 9,1
Sexo feminino	143 (91,7%)	148 (95,5%)	291 (93,6%)
Classe Econômica			
A ou B	32 (20,5%)	28 (18,1%)	60 (19,3%)
C	112 (71,8%)	111 (71,6%)	223 (71,7%)
D ou E	12 (7,7%)	16 (10,3%)	28 (9,0%)

Escolaridade			
Até primário incompleto	4 (2,6%)	6 (3,9%)	10 (3,2%)
Primário completo	28 (17,9%)	31 (20,0%)	59 (19,0%)
Fundamental completo	46 (29,5%)	46 (29,7%)	92 (29,6%)
Médio completo	71 (45,5%)	67 (43,2%)	138 (44,4%)
Superior completo	7 (4,5%)	5 (3,2%)	12 (3,9%)

A figura 1 traz a distribuição empírica dos escores globais para os usuários adultos e crianças, de acordo com a unidade de atendimento. Observa-se, em ambos os casos, um melhor desempenho das unidades ESF ($p < 0,001$ para ambos). Para os usuários adultos, a média dos escores globais foram, 3,8 e 6,4 para as unidades AMA e ESF, respectivamente. Para as crianças, a média dos escores globais foram 4,3 e 7,3 para as unidades AMA e ESF, respectivamente.

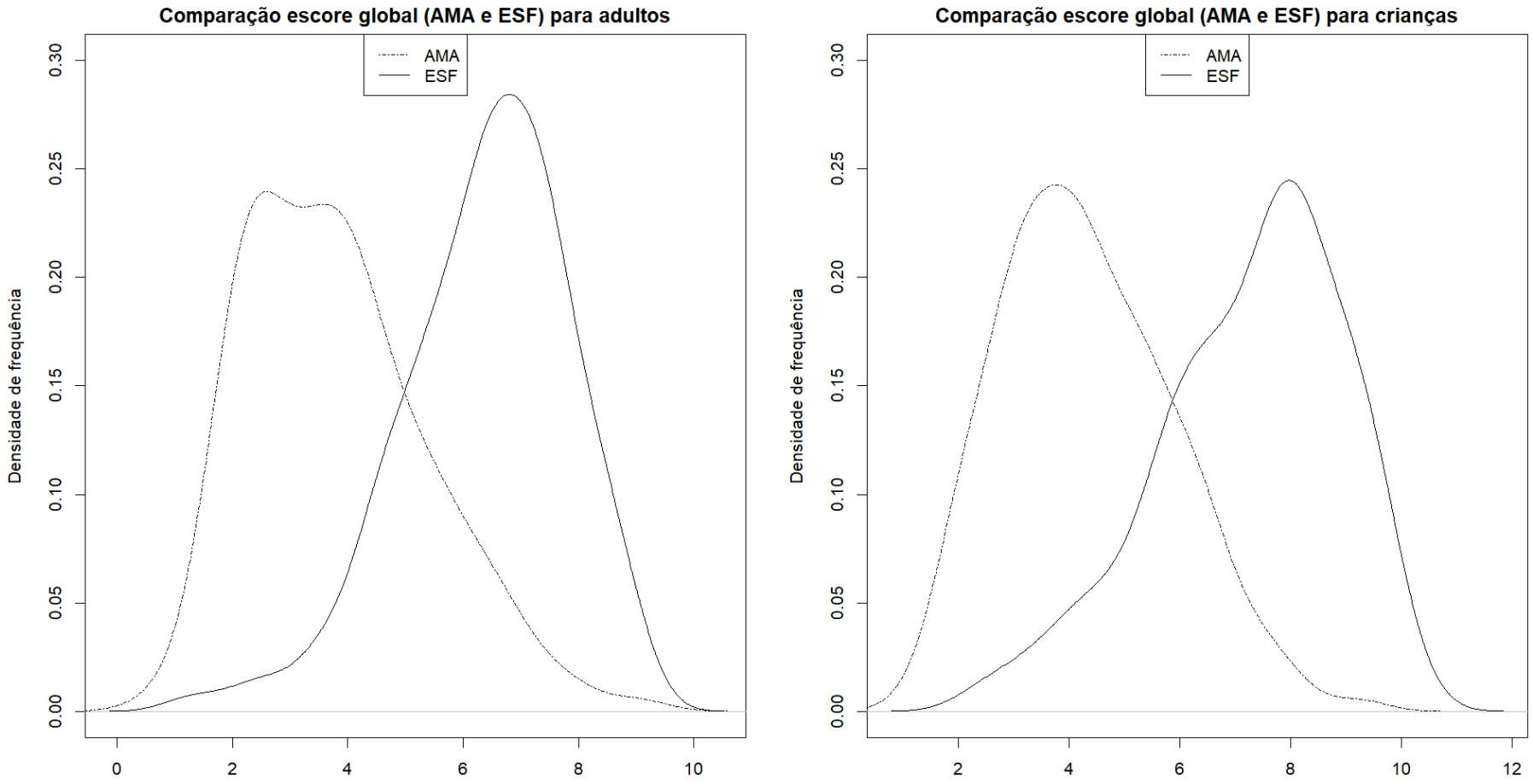


Figura 1. Distribuição empírica dos escores globais para os usuários adultos e crianças, de acordo com a unidade de atendimento

A tabela 6 detalha o desempenho das unidades AMA e ESF em cada domínio do PCATool (em escala de zero a dez), dentre os usuários adultos. O desempenho do modelo AMA foi considerado inadequadamente orientado à APS (escore médio menor que 6,6) em todos os componentes avaliados. Por outro lado, os escores atribuídos pelos adultos atendidos na ESF tiveram média igual ou superior a 6,6 em sete componentes. Os piores escores médios da ESF ocorreram no atributo acesso/componente acessibilidade (3,3) e no componente serviços prestados (4,2). O desempenho das unidades AMA foi superior para o componente acesso/acessibilidade ($p = 0,004$). Para todos os outros componentes, o escore médio das unidades ESF foi superior ao obtido pelas unidades AMA ($p < 0,001$ para todas as comparações).

Tabela 6. Desempenho das unidades AMA e ESF em cada domínio do PCATool (em escala de zero a dez) para os usuários adultos

	AMA (N=156)	**ESF (N=154)**	**Total (N=310)**
Escore A - Afiliação	3,5 ± 3,1	7,3 ± 3,0	5,4 ± 3,6
Escore B - Acesso/utilização	6,5 ± 3,2	8,2 ± 2,2	7,3 ± 2,8
Escore C - Acesso/acessibilidade	3,8 ± 1,4	3,3 ± 1,5	3,5 ± 1,5
Escore D - Longitudinalidade	3,7 ± 2,1	7,0 ± 2,0	5,3 ± 2,7
Escore E - Integração do cuidado	5,4 ± 2,9	7,9 ± 2,0	6,9 ± 2,7
Escore F - Sistema de Informações	5,2 ± 2,8	7,3 ± 1,9	6,2 ± 2,6
Escore G - Serviços Disponíveis	3,8 ± 2,2	7,0 ± 1,4	5,4 ± 2,4
Escore H - Serviços Prestados	1,8 ± 2,1	4,2 ± 2,5	3,0 ± 2,6
Escore I - Orientação Familiar	2,5 ± 2,5	6,7 ± 3,0	4,6 ± 3,5
Escore J - Orientação Comunitária	3,2 ± 2,5	6,3 ± 2,4	4,8 ± 2,9
Escore Essencial	4,1 ± 1,6	6,4 ± 1,4	5,2 ± 1,9
Escore Global	3,8 ± 1,6	6,4 ± 1,4	5,1 ± 2,0

A tabela 7 detalha o desempenho das unidades AMA e ESF em cada domínio do PCATool (em escala de zero a dez), dentre os usuários crianças. O modelo AMA teve apenas um escore (acesso/utilização) com média maior que 6,6. As unidades ESF tiveram desempenho satisfatório em sete componentes,

sendo que em nenhum deles o escore médio foi abaixo de 6,0. Para todos os domínios, o desempenho das unidades ESF foi superior ao das unidades AMA ($p < 0,001$ para todas as comparações).

Tabela 7. Desempenho das unidades AMA e ESF em cada domínio do PCATool (em escala de zero a dez) para os usuários crianças

	AMA	**ESF**	**Total**
	(N = 156)	**(N= 155)**	**(N = 311)**
Escore A - Afiliação	1,3 ± 2,2	7,5 ± 3,2	4,4 ± 4,1
Escore B - Acesso/utilização	6,8 ± 2,9	7,9 ± 2,3	7,3 ± 2,7
Escore C - Acesso/acessibilidade	5,1 ± 2,1	6,1 ± 2,6	5,6 ± 2,4
Escore D - Longitudinalidade	4,4 ± 1,3	6,5 ± 1,5	5,4 ± 1,8
Escore E - Integração do cuidado	5,4 ± 3,6	8,8 ± 2,2	7,4 ± 3,3
Escore F - Sistema de Informações	6,0 ± 2,7	7,6 ± 1,8	6,8 ± 2,4
Escore G - Serviços Disponíveis	4,6 ± 2,8	7,1 ± 1,7	5,9 ± 2,6
Escore H - Serviços Prestados	2,9 ± 3,3	6,9 ± 3,2	4,9 ± 3,8
Escore I - Orientação Familiar	3,4 ± 2,8	6,4 ± 3,1	4,9 ± 3,3
Escore J - Orientação Comunitária	4,4 ± 3,3	9,7 ± 3,1	7,0 ± 4,2
Escore Essencial	4,4 ± 1,5	7,1 ± 1,6	5,8 ± 2,0
Escore Global	4,3 ± 1,5	7,3 ± 1,7	5,8 ± 2,2

Foram construídos modelos de regressão linear múltipla para verificar se a unidade de atendimento, sexo, idade maior que 60 anos ou nível socioeconômico

(avaliando, em modelos separados, a classe econômica e a escolaridade) estavam associados com o escore global atribuídos pelos usuários adultos. A tabela 8 mostra os beta-coeficientes para a associação entre o escore global e essas variáveis, utilizando a classe econômica como marcador de nível socioeconômico. No modelo principal (incluindo participantes atendidos nas unidades AMA e ESF), encontramos que ser atendido em unidades ESF ($p < 0.001$), sexo feminino ($p = 0,026$) e idade ≥ 60 anos ($p = 0,001$) estavam associados significativamente à atribuição de maiores escores globais. Não houve associação entre aos escores globais e a classe econômica. Ao se subdividir a amostra de acordo com a unidade de atendimento, a idade ≥ 60 anos permaneceu significativamente associada a maiores escores globais, tanto na avaliação das unidades AMA ($p = 0,009$) quanto ESF ($p = 0,025$). A substituição da classe econômica pela escolaridade (tabela 9) levou a resultados semelhantes.

Tabela 8. Beta-coeficientes (intervalo de confiança de 95%) para a associação entre o escore global (em escala de 0 a 10 pontos) para adultos e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo, idade e classe econômica.

Variável	Todos (N = 310)	Apenas AMA (N = 156)	Apenas ESF (N = 154)
Unidade ESF	2,578 (2,247 a 2,910)		
Sexo Feminino	0,453 (0,055 a 0,851)	0,404 (-0,150 a 0,957)	0,447 (-0,144 a 1,038)
Idade ≥ 60 anos	0,716 (0,309 a 1,123)	0,782 (0,205 a 1,358)	0,676 (0,089 a 1,262)
Classe econômica			
A / B	-0,183 (-0,599 a 0,234)	-0,476 (-1,092 a 0,140)	0,093 (-0,479 a 0,664)
C	0 (Referência)	0 (Referência)	0 (Referência)
D / E	0,001 (-0,521 a 0,522)	0,035 (-0,658 a 0,728)	-0,089 (-0,898 a 0,721)

Tabela 9. Beta-coeficientes (intervalo de confiança de 95%) para a associação entre o escore global (em escala de 0 a 10 pontos) para adultos e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo, idade e escolaridade.

Variável	Todos (N = 310)	Apenas AMA (N = 156)	Apenas ESF (N = 154)
Unidade ESF	2,541 (2,206 a 2,876)		
Sexo Feminino	0,429 (0,030 a 0,828)	0,456 (-0,103 a 1,015)	0,480 (-0,096 a 1,056)
Idade ≥ 60 anos	0,722 (0,308 a 1,136)	0,692 (0,112 a 1,272)	0,780 (0,190 a 1,370)
Escolaridade			
Até primário incompleto	0,010 (-0,611 a 0,631)	-0,254 (-1,114 a 0,605)	0,334 (-0,550 a 1,218
Primário completo	-0,087 (-0,602 a 0,428)	0,459 (-0,296 a 1,213)	-0,556 (-1,247 a 0,134)
Fundamental completo	0 (Referência)	0 (Referência)	0 (Referência)
Ensino médio completo	-0,065 (-0,522 a 0,391)	-0,315 (-0,982 a 0,352)	0,139 (-0,472 a 0,751)
Superior completo	-0,563 (-1,256 a 0,130)	-0,470 (-1,342 a 0,403)	-0,865 (-2,106 a 0,376)

Modelos similares foram construídos para avaliar as variáveis associadas com o escore global atribuídos pelos responsáveis de usuários crianças. A tabela 10 mostra os beta-coeficientes para a associação entre o escore global e tipo de unidade, sexo da criança, idade da criança ≥ 3 anos, idade do responsável ≥ 25 anos e classe econômica. Pelo pequeno número de homens dentre os acompanhantes, não utilizamos a variável sexo do responsável nos modelos. No modelo principal, usuários de unidades ESF ($p<0,001$) atribuíram maiores escores globais e indivíduos de classes econômicas D ou E atribuíram menores escores globais ($p=0,005$). Após estratificação pelo tipo de unidade, a associação entre os escores globais e as classes econômicas D ou E permaneceu significativa apenas para as unidades AMA ($p=0,016$), com uma tendência não-significativa, na mesma direção, para as unidades ESF ($p=0,12$). Quando a classe econômica foi substituída pela escolaridade do responsável, não foram encontradas associações significativas entre esta variável e os escores globais (tabela 11).

Tabela 10. Beta-coeficientes (intervalo de confiança de 95%) para a associação entre o escore global (em escala de 0 a 10 pontos) para crianças e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo e idade da criança, idade do responsável e classe econômica.

Variável	Todos (N = 310)	Apenas AMA (N = 156)	Apenas ESF (N = 155)
Unidade ESF	2,952 (2,593 a 3,311)		
Sexo Feminino (criança)	-0,131 (-0,489 a 0,227)	-0,075 (-0,561 a 0,410)	-0,208 (-0,741 a 0,326)
Idade da criança ≥ 3 anos	-0,077 (-0,445 a 0,291)	0,032 (-0,462 a 0,526)	-0,222 (-0,779 a 0,335)
Idade do responsável ≥ 25 anos	0,068 (-0,360 a 0,497)	-0,104 (-0,693 a 0,486)	0.267 (-0,367 a 0,901)
Classe econômica			
A / B	-0,170 (-0,627 a 0,288)	-0,158 (-0,763 a 0,448)	-0,212 (-0.911 a 0,488)
C	0 (Referência)	0 (Referência)	0 (Referência)
D / E	-0,899 (-1,529 a -0,270)	-1,131 (-2,045 a -0,218)	-0,702 (-1,585 a 0,181)

Tabela 11. Beta-coeficientes (intervalo de confiança de 95%) para a associação entre o escore global (em escala de 0 a 10 pontos) para crianças e o tipo de unidade (AMA ou ESF), sexo e idade da criança, idade do responsável e escolaridade.

Variável	Todos (N = 310)	Apenas AMA (N = 156)	Apenas ESF (N = 155)
Unidade ESF	4,418 (3,890 a 4,947)		
Sexo Feminino (criança)	2,920 (2,558 a 3,282)	-0,120 (-0,620 a 0,380)	-0,220 (-0,755 a 0,314)
Idade da criança ≥ 3 anos	-0,145 (-0,509 a 0,218)	0,038 (-0,467 a 0,543)	-0,405 (-0,990 a 0,180
Idade do responsável ≥ 25 anos	-0,140 (-0,517 a 0,237)	-0,153 (-0,759 a 0,454)	0,219 (-0,453 a 0,890)
Escolaridade do responsável			
Até primário incompleto	-0,798 (-1,854 a 0,258)	-1,251 (-2,856 a 0,353)	-0,558 (-2,005 a 0,890
Primário completo	0,341 (-0,209 a 0,891)	-0,029 (-0,776 a 0,719)	0,742 (-0,082 a 1,566)
Fundamental completo	0 (Referência)	0 (Referência)	0 (Referência)
Ensino médio completo	0,019 (-0,411 a 0,449)	-0,242 (-0,820 a 0,336)	0,243 (-0,418 a 0,903)
Superior completo	-0,542 (-1,519 a 0,435)	-0,429 (-1,671 a 0,813)	-0,871 (-2,449 a 0,707)

5. DISCUSSÃO

Os resultados do nosso estudo mostram que o modelo AMA apresenta inadequada orientação para a APS em todos os atributos, com exceção do atributo acesso/utilização para crianças. Nas demais avaliações de acesso (acesso/utilização para adultos e acesso/acessibilidade em ambos os casos), nos quais poderia se esperar um destaque positivo, o desempenho das unidades AMA foi insatisfatório. Similarmente, o acesso também foi mal avaliado no modelo ESF.

Devido ao racional que levou à criação das unidades AMA[66], devemos destacar os resultados obtidos para o atributo acesso. O escore B-acesso/utilização consiste em três questões e demonstrou desempenho satisfatório no modelo ESF e AMA crianças, mostrando que essas unidades são reconhecidas como o primeiro serviço a ser procurado quando da necessidade de atendimento em saúde. O modelo AMA obteve resultado insuficiente nas questões sobre o serviço a ser procurado para consulta de revisão e sobre a necessidade de encaminhamento para especialidade (questões B1 e B3), mas destacou-se na questão B2 sobre qual o serviço a ser procurado em caso de um problema de saúde novo. O modelo ESF obteve notas melhores em B1 e B3 e desempenho insuficiente em B2. Ressalta-se que a ESF obteve melhor escore médio que o modelo AMA para esse domínio.

O escore C - acesso/acessibilidade foi mal avaliado nos dois modelos. Diferente do que era esperado, o modelo AMA teve desempenho muito pouco satisfatório nesse escore. A justificativa oficial da SMS-SP para a criação desse modelo foi a necessidade de diminuir as filas por atendimento nas UBS e hospitais, fornecendo maior acesso a consultas médicas[66]. O escore C para

adultos é composto de 12 perguntas e em oito delas o escore médio das unidades AMA foi abaixo de 6,6, como, nas questões sobre esperar mais que 30 minutos para ser consultado e a existência de atendimento por telefone (esse último, não previsto no modelo de atendimento). É importante ressaltar que o modelo ESF também teve escore médio abaixo de 6,6 em oito itens desse domínio. O escore C para crianças é composto de seis perguntas e em quatro delas o escore médio da AMA e da ESF foi abaixo de 6,6.

Ainda com relação ao escore C – acesso/acessibilidade, quando avaliamos em separado cada item que o compõe, observamos heterogeneidade no desempenho entre AMA e ESF, o que pode ser explicado também por características de cada modelo. Por exemplo, a ESF teve piores resultados que a AMA na questão sobre atendimento aos fins de semana, já que as AMA só não estão abertas aos domingos, enquanto as ESF não estão abertas aos fins de semana e feriados. Entretanto, a ESF obteve avaliação superior na questão sobre facilidade de agendamento de consulta de “revisão” (*check-up*).

Diversos estudos que utilizaram o PCATool na avaliação de equipes de APS no Brasil mostram que o atributo acesso é um dos principais aspectos negativos, independentemente de ser ESF ou modelo tradicional[58,76,90,91,92], pois em ambos, é comum um longo tempo de espera para atendimento, por vezes, várias semanas[40,85,93]. Mesmo com a instauração, no final dos anos 1990, da política do “Acolhimento”[94] nas unidades ESF, o número de consultas reservadas para a demanda do dia sempre foi insuficiente[47,91].

O acesso é tema central de diversas publicações científicas sobre a APS brasileira e internacional. A população que não acessa os serviços não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção[8].

Sistemas de saúde com APS bem desenvolvida como o sistema britânico consideram o acesso como ponto prioritário, ao colocar como meta fundamental o tempo máximo de 48 horas para agendamento com médico da APS e de 24 horas para os outros profissionais, como os da enfermagem[95].

O problema do acesso não parece limitar-se aos itens avaliados pelo PCATool. Tesser aponta como principais elementos causais do problema de acesso: baixa cobertura da APS, excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, déficit no trabalho multiprofissional, falta de alternativas ao atendimento presencial, número reduzido de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, com pouca interiorização e fixação, horários estreitos de funcionamento dos serviços, rigidez nos agendamentos, priorização de grupos específicos e o subfinanciamento da APS brasileira[96].

Analisando-se o cenário de uma forma mais ampla, para além das dificuldades dos serviços em oferecer um acesso adequado a seus usuários, a baixa cobertura[40] potencializa esse problema. Essa baixa cobertura ocorre principalmente nos grandes municípios brasileiros, e mesmo em locais onde a ESF está estabelecida há longo tempo[93,97]. Os municípios do interior do País passaram de uma cobertura de equipes ESF de 4,4% da população em 1998 para 76,5% em 2017. Entretanto, as capitais ampliaram de 4,2% para 45,5%[20]. Como já mencionado acima, a cidade de São Paulo persiste com apenas 35% de cobertura em 2018.

Tradicionalmente, nos serviços de APS do Brasil, predomina um modelo de consultas agendadas com dias de antecedência e foco na promoção de saúde e prevenção de doenças, além da divisão da agenda por programas como de hipertensos, gestantes e puericultura[51,98]. Essa tradição pode ser explicada

como possível herança dos tempos pré-SUS, em que havia uma dissociação entre a vigilância à saúde e a assistência. Essa última era atribuição do INAMPS, enquanto ao Ministério da Saúde cabiam as ações programáticas, como campanhas de vacina ou de vigilância contra doenças infectocontagiosas[99]. Problemas de saúde ou faixas etárias que não estão em programas de vigilância muitas vezes são negligenciados[25].

Não há consenso, entre os profissionais das unidades básicas de saúde, sobre o papel da APS no atendimento da demanda espontânea. Estudo mostra que 44% dos profissionais de saúde entrevistados entendem que a referida demanda não cabe aos serviços de APS[100], o que pode influenciar na forma como o acesso aos serviços é disponibilizado. São robustos, entretanto, os dados que mostram que grande parte dos atendimentos realizados em serviços de emergência são de “queixas sensíveis à APS”[101,102,103].

Importante ressaltar que a superlotação de serviços de emergência, por casos de menor complexidade, não se deve apenas à dificuldade de acesso à APS. Estudos mostram que parte significativa da população que procura o PA hospitalar não reconhece o serviço de APS como o mais adequado para resolução de seu problema[104]. Além disso, parece que um simples estímulo à procura dos serviços de APS não é o suficiente. Wexler, nos EUA, promoveu um estudo de intervenção para integrar pacientes atendidos em serviços de urgência aos serviços de APS. Apesar dos resultados iniciais, não observou queda nas taxas de procura pelas unidades de emergência após 12 meses de observação[105]. Uma revisão de 2009 de Bittencourt e Hortale mostram que as intervenções que aumentaram as barreiras de acesso aos serviços de

emergência hospitalar, ou que apenas melhoraram a sua estrutura não foram efetivas[106].

Outro fator determinante de dificuldade de acesso é a desproporção entre a população de referência, a chamada população adstrita, e a capacidade de atendimento de cada equipe ESF. A relação entre demanda e capacidade[107] deve ser cuidadosamente pensada, pois é determinante da qualidade de acesso. Na Inglaterra essa proporção é de, no máximo, duas mil pessoas por equipe de APS[51]. É assim em quase todos os países nos quais o sistema de saúde tem APS forte[108,109]. O número médio de usuários para cada médico de APS é de 1.600 na Dinamarca, 2.500 na Espanha, 1.030 na Itália, 1.500 em Portugal, 2.350 na Holanda[19]. A nova Política Nacional de Atenção Básica[110], de 2017, recomenda de 2.000 a 3.500 usuários por equipe ESF. Entretanto, dados recentes do Ministério da Saúde estimam média de 3 mil usuários por equipe ESF[65], e esse fator pode ter influenciado também o desempenho das unidades ESF avaliadas. Quanto maior a população adstrita de uma equipe ESF, menor é o seu escore geral da APS medido pelo PCATool. Um aumento de 1.000 pessoas para cada equipe ESF está associado a uma queda de 0,11 no escore global médio[111].

O número médio de consultas médicas por usuário por ano é outro indicativo da qualidade de acesso e da longitudinalidade. Embora dependente da forma como se estrutura o atendimento à saúde, pode-se concluir que a média brasileira (1,4 consultas por ano)[112] está abaixo da encontrada em países com APS fortalecida. Por exemplo, esse indicador na Espanha é de 7 consultas por ano, enquanto na Inglaterra é de 5,5 consultas por ano[113].

Como exemplificado anteriormente, as restrições de acesso nem sempre são causadas por recursos inadequados, mas também pela visão existente, entre profissionais da saúde e gestores, sobre o papel da APS. Além disso, há evidências robustas de que mais consultas médicas, isoladamente, não significam, melhores resultados clínicos ou sanitários[102]. Assim, há autores que defendem que se deve também, investir esforços em ações de racionalização da demanda por parte das equipes de APS[92].

Nesse sentido, uma abordagem que vem sendo posta em unidades ESF é o acesso avançado[114]. Nesse modelo de acesso, há como meta o atendimento (não necessariamente médico ou presencial) em no máximo 48 horas, com readequação da proporção entre consultas agendadas e de demanda espontânea, para responder melhor às necessidades dos usuários[115,116].

Esse sistema pressupõe cinco princípios: redução do trabalho acumulado (fazer o trabalho do dia naquele mesmo dia), melhoria das práticas interprofissionais, plano de contingência, revisão do sistema de agendamento e equilíbrio entre oferta e demanda, ou seja, cálculo adequado da população adstrita a cada equipe de APS[117].

A literatura existente mostra que o acesso avançado está associado à melhoria da qualidade de assistência prestada, ao controle de condições crônicas como diabetes, ao menor absenteísmo e à menor procura por serviços de emergência[118,119]. Adicionalmente, estudo publicado em 2019[111] pesquisou 11 unidades de saúde em Florianópolis utilizando como ferramenta o PCATool. As unidades de saúde que utilizavam o acesso avançado apresentaram escore geral médio de 7,04, enquanto as do modelo tradicional, 6,29.

A literatura científica registra outras experiências que melhoram o acesso. No sistema de saúde inglês, estão em prática medidas para contenção nos custos progressivamente maiores associados ao uso de serviços de emergência. São exemplos o estímulo à melhoria do acesso por parte dos consultórios de APS (os GP), serviços de apoio ao usuário por telefone, atendimentos domiciliares em situação de urgência, telemedicina, ampliação das atribuições legais dos enfermeiros e implementação de serviços específicos para idosos[120]. Com relação às consultas telefônicas, McKinstry em 2009, demonstrou que elas duravam, em média, a metade do tempo que a consulta presencial (4,6 minutos comparado com 9,7) com pequena diferença na satisfação do usuário[121]. Por outro lado, Marshall at al., no Canadá, obtiveram redução de um terço da demanda para serviços de emergência acompanhando moradores de instituições de longa permanência. O estudo consistiu no aprimoramento de ferramentas relacionais informacionais, suporte permanente via telefone e oferecimento de maior número de consultas com profissionais da APS para os indivíduos com elevado uso dos serviços de emergência[122].

As características de uma consulta típica de um serviço de pronto atendimento podem explicar alguns dos demais resultados do modelo AMA, já que é uma consulta, na maioria das vezes, do tipo queixa-conduta, (os ingleses usam o termo *see and treat approach* [113]) ou seja, focada na queixa aguda e na prescrição medicamentosa[43].

No atributo longitudinalidade, por exemplo, o modelo AMA obteve escores baixos em questões relacionadas à repetição do mesmo profissional nos atendimentos realizados. O modelo AMA baseia-se em regime de plantão, ou seja, com profissionais diferentes a cada dia. Também houve percepção

negativa nas questões que avaliaram o conhecimento, pelo profissional, da história clínica do usuário, sua profissão e medicamentos que usa, tempo de consulta e visão do usuário como pessoa e não apenas como alguém que tem um problema de saúde. O modelo ESF teve bom desempenho nesse domínio, resultado que é concordante com a literatura[76,44].

No atributo coordenação do cuidado, o modelo AMA foi mal avaliado nos componentes E - integração do cuidado e F - sistema de informações, decorrente da percepção sobre da incapacidade de referenciamento para outras categorias profissionais e outros níveis de atenção que não a UBS ou o serviço hospitalar de emergência. É relevante a procura por atendimento na AMA, além das queixas agudas, também por condições crônicas, questões administrativas ou interesse em realizar os exames de rotina, o que resulta em expressivo encaminhamento à UBS, exames subsidiários em excesso e sucessivos retornos dos usuários sem se chegar a uma adequada resposta para a sua demanda[123]. Adicionalmente, houve baixo desempenho do modelo AMA em questões sobre acesso ao conteúdo de consultas prévias. Isso pode ser explicado pelo fato de que o atendimento é anotado em fichas do dia que não são organizadas em um prontuário. O modelo ESF foi bem avaliado nesses dois escores, pois contempla encaminhamento para outros níveis de atenção e existência de prontuário que permita continuidade no acompanhamento dos usuários sob responsabilidade de uma determinada equipe de saúde.

O atributo integralidade, avaliado pelos componentes serviços disponíveis e serviços prestados, aborda a diversificação da carteira de serviços que a unidade oferece e de fato realiza. Aconselhamentos sobre saúde e prevenção de acidentes, coleta de exames de rastreio, orientações sobre dieta e atividade

física foram ações muito pouco identificadas pelos usuários no AMA. Na ESF, o atributo integralidade foi bem avaliado, exceto no escore F - serviços prestados, em que foi mal avaliado em oito das 13 questões (H3, H4, H8 – H13). As notas baixas ocorreram por baixa percepção sobre orientações preventivas a respeito de acidentes automobilísticos, conflitos familiares, contato com substâncias venenosas, armas de fogo, queimaduras, quedas e problemas comuns do climatério.

De forma similar, o desempenho nos itens que avaliam os atributos derivados (abordagem familiar e comunitária) também foram mal avaliados no modelo AMA e melhor avaliados no modelo ESF.

Embora o modelo ESF versão adulto tenha obtido melhor desempenho que o modelo AMA, não alcançou escores essencial e global médios que o caracterizem como tendo adequada orientação aos atributos da APS. Como explicitado acima, os escores com menor média foram relacionados a acessibilidade e serviços prestados.

A inadequada orientação à APS, de acordo com a avaliação feita utilizando o PCATool, não é uma exclusividade das unidades avaliadas, ou mesmo do cenário nacional. A mediana dos escores essencial e global em 15 estudos publicados no Brasil utilizando o PCATool foram, respectivamente, 5,6 e 5,3. Em outros 17 estudos internacionais, incluindo dados do Canadá, Argentina, Espanha e China[76], encontraram mediana dos escores essencial e global de 6,5 em ambos os casos.

Estudo anterior, de Brunelli et al., realizado com usuários adultos em duas unidades de saúde da zona sul da cidade de São Paulo, também revelou notas insuficientes nos escores do atributo acesso para os modelos AMA e ESF[70]. Ao

compararmos tais dados com os do nosso estudo, obtivemos valores maiores em oito dos dez escores para AMA e em todos os dez escores na comparação entre as ESF. Nossos escores essencial e geral (6,2 e 6,3 respectivamente) foram superiores aos deles (5,6 em ambos os casos). Podemos levantar algumas hipóteses para os melhores resultados encontrados nos serviços avaliados em nosso estudo. Em primeiro lugar, as três unidades ESF avaliadas em nosso estudo estão vinculadas a um programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, além de estarem estabelecidas há mais tempo, o que pode ter influência na relação entre o paciente e os profissionais da equipe, bem como da percepção do paciente sobre seu cuidado.

Desde o início do estudo, houve mudanças no formato AMA proposto pela Prefeitura do Município de São Paulo. A SMS de São Paulo declarou em 2015 que, após estudos e reflexões, entendeu-se que o modelo AMA era conflitivo com princípios da APS como a longitudinalidade. Surgiu, então, um novo modelo, as AMA/UBS Integradas, resultado de uma tentativa de junção em um único equipamento[123,124,125].

Em março de 2018, o então secretário municipal de saúde, Wilson Pollara, declarou que 108 unidades AMA se transformariam em 63 UBS, 19 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 26 em ambulatórios de especialidades[126]. Por conta da reação de representantes da sociedade civil e do Ministério Público, o fechamento das unidades AMA foi abandonado[127].

Uma possível substituição do modelo AMA para o modelo das UPA, no entanto, parece não representar uma “luz no fim do túnel” no problema do acesso. Cerca de 90% dos atendimentos realizados por uma UPA, mesmo nos horários em que as UBS estão abertas, são condições típicas da APS[62,101,128].

Mendes[13,26] aponta como grande problema a opção política pela abertura indiscriminada de UPA, transformando-as em portas de entrada do SUS, competindo predatoriamente com a ESF e pressionando os orçamentos da saúde dos municípios.

Existem serviços semelhantes ao modelo AMA nos EUA, Canadá, Inglaterra e Austrália. São as "*walk in clinics",* serviços ambulatoriais destinados ao atendimento da demanda espontânea de baixa complexidade e que também funcionam em horários e dias em que os serviços tradicionais de APS não estão abertos. Apesar de essas características garantirem boa avaliação dos usuários e custos semelhantes aos serviços de APS, inferior aos dos serviços de emergência hospitalar[129], não há evidências de que diminuem a pressão por consultas na APS[112], nem reduzam a procura por serviços de emergência (exceto quando bem integradas ou fisicamente atreladas a estes[113]). O modelo das "*walk in clinics"* recebe críticas por significar a criação de demandas desnecessárias[108].

Nosso estudo tem algumas fortalezas. Ele utilizou um questionário validado para a população brasileira, e utilizado em vários estudos internacionais para aferição da percepção do usuário quanto à aderência dos serviços de saúde aos atributos da APS. Isso permite comparabilidade dentro e fora do nosso país. O questionário foi aplicado por entrevistadores treinados. A frequência de respostas ausentes foi pequena (10,3%). É necessário também apontar suas limitações. Os resultados refletem o desempenho de unidades localizadas em uma região da cidade de São Paulo (Butantã) e podem não ser generalizáveis para outros cenários. A amostra do estudo foi obtida por conveniência (usuários que estavam nos serviços de saúde), de tal forma que indivíduos que utilizam

com maior frequência as unidades podem estar sobre-representados. Entretanto, não há motivos para acreditar que esse possível viés tenha ocorrido de forma diferente nos grupos AMA e ESF. Por fim, as unidades ESF avaliadas estão vinculadas a programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, o que pode ter influenciado seus resultados (em nossa opinião, positivamente).

Apesar de o modelo AMA não ter sido criado como substituto à ESF, é relevante que seja avaliado, para que se possa concluir sobre sua efetividade e avaliado preferencialmente por metodologias validadas e comparáveis como o PCATool, ainda que a criação do modelo AMA não previsse um desempenho adequado em parte dos atributos da APS. O investimento em modelos de pronto atendimento como o AMA tem um custo tangível, financeiro, e um custo intangível, de oportunidade, em aperfeiçoar a ESF.

6. CONCLUSÕES

O modelo AMA apresentou-se inadequadamente orientado à APS em quase todos os componentes avaliados, enquanto a ESF teve desempenho satisfatório em sete componentes, tanto para usuários adultos (exceções para acesso/acessibilidade, serviços prestados e orientação comunitária) quanto para crianças (exceções para acesso/acessibilidade, longitudinalidade e orientação familiar, ressalvando-se que, nesses casos, o escore médio foi de 6,1 a 6,5). Com exceção do componente acesso/acessibilidade em adultos, em todos os domínios houve melhor desempenho do modelo ESF.

Ambos os modelos tiveram mau desempenho nos itens que avaliam o atributo acesso. Em conjunto com outros dados publicados, nossos resultados sugerem que, embora os serviços de APS brasileiros precisem se qualificar no atributo acessibilidade, a adoção do modelo AMA não esteve associada a um desempenho satisfatório nesse atributo, apontado como central em sua proposta.

7 ANEXOS

7.1 Anexo A – Questionário PCATool versão criança

A – GRAU DE AFILIAÇÃO
A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o/a (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)? ( ) Não ( ) Sim (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.) ( ) Não ( ) Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima ( ) Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço) A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) (nome da criança)? (Não leia as alternativas.) ( ) 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)
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO
B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai ao seu serviço de saúde (SS)/ médico(a) (M) / enfermeiro(a) (E) antes de ir a outro serviço de saúde? B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu SS/M/E antes de ir a outro serviço de saúde? B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu SS/M/E tem que encaminhá-la obrigatoriamente?
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE
C1 – Quando o (a) SS/M/E está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia? C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) SS/M/E? C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (“consulta de rotina”) no(a) SS/M/E?

C4 – Quando você chega no SS/M/E, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no SS/M/E quando você pensa que é necessário? C6 – Quando o SS/M/E está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?
D – LONGITUDINALIDADE
D1. Quando você vai ao SS/M/E, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?” D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com M/E que melhor conhece sua criança? D3 - Você acha que o M/E da sua criança entende o que você diz ou pergunta? D4 - O(a) M/E responde suas perguntas de maneira que você entenda? D5 - O (a) M/E lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas? D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao M/E? D7 – O M/E conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde? D8 - O (a) M/E conhece a história clínica (médica) completa de sua criança? D9 - O (a) M/E sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando? D10 - O M/E se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança? D11 - Você mudaria do SS/M/E para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?
E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS
E1 – Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no SS/M/E? ( ) Sim ( ) Não (Passe para a questão F1) ( ) Não sei /não lembro (Passe para a questão F1) E2 – O (a) SS/M/E sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?” E3 – O (a) M/E da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado? E4 – O M/E de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta? E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu M/E conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

E6 – O seu M/E pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?
F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES
F1. Quando você leva sua criança no SS/M/E você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?" F2. Quando você leva sua criança no (a) SS/M/E, o prontuário dela está sempre disponível na consulta? F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no SS/M/E?
G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS
G1 – Vacinas (imunizações). G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G4 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos). G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir). G6 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G7 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G8 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).
H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS
H1 – Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado. H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança. H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ... H4 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança. H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.
I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR
I1 – Você acha que o (a) M/E conhece a sua família bastante bem? I2 – O/a M/E sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família? I3 – O/a M/E sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança? I4 – O M/E saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa? I5 – O seu/ sua M/E lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?

I6 – O seu M/E já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo,depressão)?
J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
J1 – Alguém do SS/M/E faz visitas domiciliares? J2 – O SS/M/E conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança? O SS/M/E realiza algumas destas ações? J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?

7.2 Anexo B – Questionário PCATool versão adulto

A – GRAU DE AFILIAÇÃO
A1 – Há um (SS)/ médico(a) (M) / enfermeiro(a) (E) 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: _____ A2 – Há um SS/M/E que o/a conhece melhor como pessoa?) ( ) Não ( ) Sim, mesmo SS/M/E que acima ( ) Sim, SS/M/E diferente (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde:_____ 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:_____
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu SS/M/E antes de ir a outro serviço de saúde? B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu SS/M/E antes de ir a outro serviço de saúde? B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu SS/M/E tem que encaminhar você obrigatoriamente?
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE
C1 – O SS/M/E fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O SS/M/E fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu SS/M/E está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu SS/M/E está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu SS/M/E está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?

C6 – Quando o seu SS/M/E está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 – Quando o seu SS/M/E está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste SS/M/E? C9 – Quando você chega no seu SS/M/E, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu SS/M/E? C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu SS/M/E quando pensa que é necessário? C12 – Quando você tem que ir ao SS/M/E, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?
D – LONGITUDINALIDADE
D1 – Quando você vai ao seu SS/M/E, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? D2 – Você acha que o seu M/E entende o que você diz ou pergunta? D3 – O seu M/E responde suas perguntas de maneira que você entenda? D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o M/E que melhor conhece você? D5 – O seu M/E lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu M/E? D7 – O seu M/E conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? D8 – O seu M/E sabe quem mora com você? D9 – O seu M/E sabe quais problemas são mais importantes para você? D10 – O seu M/E conhece a sua história clínica (história médica) completa? D11 – O seu M/E sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? D12 – O seu M/E saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? D13 – O seu M/E sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? D14 – Você mudaria SS/M/E para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?
E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS
E2 – O SS/M/E sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? E3 – O SS/M/E sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?

E4 – O seu M/E discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? E5 - O seu M/E ou alguém que trabalha no SS ajudou-o/a a marcar esta consulta? E6 – O seu M/E escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? E7 – O SS/M/E sabe quais foram os resultados desta consulta? E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu M/E conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? E9 – O seu M/E 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)?
F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES
F1. Quando você vai no SS/M/E 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) F2. Quando você vai ao SS/M/E, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no SS/M/E”?
G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos). G4 – Vacinas (imunizações). G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário). G6 – Tratamento dentário. G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir). G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). G15 – Remoção de verrugas. G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. G18 – Cuidados pré-natais. G19 – Remoção de unha encravada.

G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama... 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).
H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS
H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança. H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). H11 – Como prevenir quedas. H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.
I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR
I1 – O seu M/E 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? I2 – O seu M/E já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? I3 – O seu M/E se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?
J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA
J1 – Alguém no SS/M/E faz visitas domiciliares? J2 – O seu SS/M/E conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? J3 – O seu SS/M/E ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O SS/M/E realiza algumas destas?

J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

7.3 Anexo C – Critério de Classificação Econômica Brasil 2008

SISTEMA DE PONTOS Posse de itens					
Quantidade de Itens					
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família		
Nomenclatura Antiga	**Nomenclatura Atual**	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL Classe	**Pontos**
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

7.4 Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOPARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA PARA PESQUISA A SER REALIZADA PELA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

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

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Assistência Médica Ambulatorial usando o *PrimaryCareAssessment Tool*

PESQUISADOR: Gustavo Diniz Ferreira Gusso

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CREMESP 100705

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Clinica Médica

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 1 ano

O título de nossa pesquisa é “Avaliação das Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Assistência Médica Ambulatorial usando o Primary Care Assessment Tool”. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar “o serviço de saúde que você está utilizando”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulonas Unidades de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde Butantã selecionadas por receberem residentes de medicina de família e comunidade bem como todas as AMAs desta região. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde.

Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita no serviço de saúde e contamos com cerca de 30 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Não haverá compensação ou despesa por participar desta pesquisa.

Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será registrado no formulário ou divulgado para que o risco de prejuízo seja mínimo. Os potenciais benefícios são uma avaliação da unidade de saúde que você frequenta com possibilidade de melhorias focando nas eventuais deficiências. Os dados obtidos serão, portanto, utilizados estritamente para fins científicos e os resultados disponibilizados para a população, conselhos de saúde, gestores e profissionais de forma compilada, ou seja, sem nenhum dado pessoal ou que possibilite identificar o entrevistado.

Caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos desta pesquisa, por favor, não hesite em contatar o pesquisador responsável (Professor Gustavo Gusso, telefone 11 964330302) ou a Coordenadoria de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP (http://www2.fm.usp.br/cep/ ou telefones 3893-4401/3893-4407)

Eu, _____ (paciente/ responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

_____ _____ _____

Assinatura do Paciente/ representante legal Nome Data

Assinatura da testemunha para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

_____ _____ _____

Assinatura da Testemunha Nome Data

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 Entrevistador Nome Data

Pesquisador responsável: Gustavo Gusso

Telefone: 11 964330302/ e-mail: gustavo.gusso@usp.br

8 REFERÊNCIAS

1. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004; 94(11):1864-74. doi:10.2105/ajph.94.11.1864

2. Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. 968p. ISBN 978-85-64806-56-6.

3. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais. *Rev APS. 2009;* 12(2):204-13.

4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 1978 set. 6-12; Alma Ata, URSS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.

5. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(8):e00029818. doi: 10.1590/0102-311X00029818.

6. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3): e00012219. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. ISBN 85-334-1186-3.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Portaria n. 2488/2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

9. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). *Declaration of Astana*. In: Global Conference on Primary Health Care. 2018. Available from: https://www. who.int/primary-health/conference-phc.

10. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a APS: desafios para a organização de serviços básicos e da ESF em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl.1):s7-s16. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002.

11. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2007; 14(3):877-906. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300011.

12. Mello GA, Viana ALD. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2012; 19(4):1219-39. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702012000400007.

13. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7.

14. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, et al. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. 2001; 344(26):2021-5. doi: 10.1056/NEJM200106283442611.

15. White kl, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961; 265:885-92. doi: 10.1056/NEJM196111022651805.

16. Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:* documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS; 2007. ISBN 92 75 72698 1.

17. Mello GA. Pensamento clássico da saúde pública paulista na era dos centros de saúde e educação sanitária. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):747-50. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000049.

18. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

19. Giovanella L, Mendonça, MHM. Atenção Primária à Saúde. In Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

20. Pinto LF, Giovanella L. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva. 2018;* 23(6):1903-14. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool Pcatool* - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. ISBN 978-85-334-1696-3.

22. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Barbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4.

23. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(n.esp.):158-64. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020.

24. Shi L, Masís DP, Guanais FC. *Measurement of primary care: Report on the Johns Hopkins primary care assessment tool*. Inter-American Development

Bank. Social Protection and Health Division; 2012. (IV. Title. V. Series. IDB-TN-482).

25. Gusso GDF, Knupp D, Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Bases para um Novo Sanitarismo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(36):1-10. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1056.

26. Mendes EV. *A Construção Social da Atenção Primária À Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. 193 p. ISBN: 978-85-8071-034-2.

27. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*. 1991; 266(16): 2268-71. doi:10.1001/jama.1991.03470160100040.

28. Starfield B, Shi L, Macinko J. The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005; 83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

29. Protásio APL, Machado LS, Valença AMG. Produções científicas sobre as avaliações no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(34):1-9. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)868.

30. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate. 2018;* 42(n.esp.1):18-37. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s102.

31. Macinko J, Guanais FC, Wagner RF, Souza MM. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60(1):13-9. doi: 10.1136/jech.2005.038323.

32. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The Impact of the Brazilian Family Health on Selected Primary Care Sensitive Conditions: A systematic review*. PLOS ONE. 2017;* 12(12):e0189557. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189557.

33. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ*. 2010; 19(suppl.):126-58. doi: https://doi.org/10.1002/hec.1607.

34. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil*. Pediatrics*. 2010;126(3):534-40. doi: https://doi.org/10.1542/peds.2009-3197.

35. 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. doi: https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.127480.

36. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff*. 2010;29(12):2149-60. doi: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0251.

37. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014;349: g4014. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.g4014.

38. Macinko J, Harris JM. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015; 372(23):2177-81. doi: 10.1056/NEJMp1501140.

39. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(8):2071-85. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018.

40. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2010; 14(35):797-810. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029.

41. Giglio-Jacquemot A. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

42. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(suppl.1):1009-19. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700007.

43. 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. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200004.

44. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar OS, Prastes LL, Mendonça ET et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(6):1881-93. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016.

45. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e Perspectivas. *Saúde Debate*. 2018; 42(n.esp.1):208-23. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s114.

46. Bousquat AEM, Giovanella L, Fausto CRM, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras:

os 5 R. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(8):e00037316. doi: 10.1590/0102-311X00037316.

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea.* Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). ISBN 978-85-334-1843-1.

48. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(2): 351-70. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19422015.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em 28/04/2019.

50. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2014;23(3):869-83. doi 10.1590/S0104-12902014000300011.

51. d'Ávila ALV, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl.1):79-90. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300013.

52. Guanais FC. Health equity in Brazil. *BMJ*. 2010; 341:c6542. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.c6542.

53. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-Brazil). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(6):1337-49. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016.

54. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health.* 2012; 17(1):36-42. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x.

55. Pereira MJB, Mishima SM, Santos JS, Matumoto S, Fortuna CM, Santos CB. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. Barcelona: ALASS; 2011. *Coleção científica P_Alass*.

56. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):294-303. doi: https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828.

57. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção

básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl.1):148-58. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019.

58. Zils AA, Castro RCL, Oliveira MMC, Harzheim E, Duncan BB. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Med Com*. 2009; 4(16):270-6. doi: https://doi.org/10.5712/rbmfc4(16)233.

59. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633-41. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012.

60. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica.* 2012; 28(9):1772-84. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015

61. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc*. 2011; 20(4):948-60. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012.

62. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 3ª. ed. ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde (DF); 2006. 256p. ISBN 85-334-1166-9.

63. 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 Estudos - CEBRAP. 2014; 100:139-61. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002014000300008.

64. Capistrano FD. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estudos Avançados.* 1999;13(35):89-100. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100008.

65. Prefeitura de São Paulo. *Diretrizes Técnicas da Assistência Médica Ambulatorial (AMA) na Atenção Básica*. 2ª ed. São Paulo: SMS; 2009.

66. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA.* 1988; 260(12):1743-8. doi: https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743.

67. Sisson MC. Métodos de Avaliação de Serviços e Programas de Saúde. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2007; 11(3):265-76. ISSN 1415-2177.

68. 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): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

69. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 6 v.

70. Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Benseñor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-12. doi: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241.

71. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde: Resultados Nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018;42(n.spec.1):52-66. doi: 10.1590/0103-11042018s104.

72. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJL. Acessibilidade aos Serviços de Saúde: Uma Análise a Partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde Debate*. 2014;38(n.esp.):182-94. doi: 10.5935/0103-1104.2014s014.

73. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzheim E, Vigo A, Hauser L, Chomatas ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(1):41-8. doi: 10.5123/S1679-49742013000100004.

74. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the Tools Used to Assess the Medical Home. *Managed Care* 2009. 18(6):44-8.

75. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014.

76. D'Avila OP, Pinto LFS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(3):855-65. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016.

77. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Prac*. 2001; 50(2):161-75. Available from: https://www.mdedge.com/familymedicine/article/60464/validating-adult-primary-care-assessment-tool. Acesso 29/08/19.

78. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with Primary Care. *Pediatrics.* 2000; 105(4 Pt 2):998-1003.

79. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde*

Pública. 2006; 22(8):1649-59. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013.

80. 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*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006.

81. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013. 8(29):274-84. doi: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829.

82. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (Pcatool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):244-255. doi: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821.

83. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-adulto-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):256-263. doi: https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823.

84. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade

do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(5):1399-1408. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015.

85. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Silva SL. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(2): 335-45. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021.

86. São Paulo. Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras. *Dados Demográficos dos Distritos Pertencentes as Subprefeituras*. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras /subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758. Acesso em 2019.

87. Prefeitura de São Paulo. Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região/Zona. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_Zona.pdf. Acesso em 2019.

88. Conceição AF, Sánchez JV, Mamani-Aliaga AH, Santos BG, Mendonça MF, Vieira D, et al. *Empowering Mobile Users:* Create Your Own Mobile Application for Data Collection in the Cloud. *MobiCASE*. Springer, Cham; 2013. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-05452-0_21.

89. The R Project for Statistical Computing. Disponível em: https://www.r-project.org/.

90. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):683-703. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016.

91. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. 2014;38(n. esp.):252-64. doi: 10.5935/0103-1104.2014S019.

92. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2015.24(1):165-79. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013.

93. Luz J. Implantação do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família em Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 2009.

94. Franco TB. Acolhimento: Diretriz do Modelo Tecno-Assistencial em Defesa da Vida. Trabalho apresentado à Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde do Cone Sul. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1997.

95. Meade JG, Brown JS. Improving access for patients: a practice manager questionnaire. *BMC Family Practice. 2006*;7(37). doi: https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-37.

96. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao Cuidado na Atenção Primária à Saúde Brasileira: Situação, Problemas e Estratégias de Superação. *Saúde Debate.* 2018; 42(n. esp.1):361-78. doi: 10.1590/0103-11042018S125.

97. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli AL. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(5):979-87. doi: 10.1590/0104-1169.0489.2639.

98. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 3):3615-3624. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036.

99. Gusso G, Poli Neto P. Gestão da clínica. In: Gusso G, Lopes, JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. v.1, p.159-66.

100. Puccini PT, Cornetta VK, Sahyom TZ, Fuentes ICP, Botta LMG, Puccini RF. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva. 2012*:17(11):2941-52. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100011.

101. Cassettari SSR, Mello ALSF. Demand and Type of Care Provided in Emergency Services in The City of Florianópolis, Brazil. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26(1): e3400015. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003400015.

102. NRHI Health Payment Reform Summit. *From volume to value:* transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh, Network for Regional Healthcare Improvement; 2008.

103. Booker MJ, Shaw AR, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open*. 2015 19;5(5):e007726. doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007726.

104. Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Rocha JSY, Martinez EZ. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. *Medicina.* 2011;44(4):347-54. doi: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v44i4p347-354.

105. Wexler R, Hefner JL, Sieck C, Taylor CA, Lehman J, Panchal AR, Aldrich A, McAlearney AS. Connecting Emergency Department Patients to Primary Care. *J Am Board Fam Med*. 2015; 28(6):722-32. doi: https://doi.org/10.3122/jabfm.2015.06.150044.

106. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(7):1439-54. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002.

107. NHS - National Health Service. *Improving access, responding to patients:* a 'how-to' guide for GP practices; 2009.

108. Chris Salisbury. NHS walk-in centres: Do not have a meaningful impact on the demand for general practice. *BMJ*. 2007; 334(7598):808-9. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.39169.475405.80.

109. Masseria C, Irwin R, Thomson S, et al. Primary care in Europe. The London school of economics and political science. Londres: London School; 2009.

110. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2017.

111. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev Saúde Pública*. 2019; 53:38. doi: http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000940.

112. Maheswaran R, Pearson T, Munro J, Jiwa M, Campbell MJ, Nicholl J. Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study. *BMJ* 2007; 334:838-41. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.39122.704051.55.

113. National Health Service. England. High quality care for all, now and for future generations: transforming urgent and emergency care services in England. The evidence base from the urgent and emergency care review. 2013. Available from: http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/urg-emerg-care-ev-bse.pdf.

114. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):295. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y.

115. Murray M, Berwick DM. Advanced Access Reducing Waiting and Delays in Primary Care. *JAMA*. 2003;289(8):1035-40. doi: https://doi.org/10.1001/jama.289.8.1035.

116. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced Access Scheduling Outcomes. A Systematic Revie. *Arch Intern Med* 2011. 171(13):1150-9. doi: 10.1001/archinternmed.2011.168.

117. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50.

118. Hudec JC, MacDougall S, Rankin E. Advanced access appointments: effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. *Can Fam Physician*. 2010;56(10): e361-7.

119. Fournier J, Rainville A, Ingram J, Heale R. Implementation of an advanced access scheduling system in primary healthcare: one clinic's experience. *Healthc Q*. 2015;18(1):60-4. doi: https://doi.org/10.12927/hcq.2015.24241.

120. Mason S, Mountain G, Turner J, Arain M, Revue E, Weber EJ. Innovations to reduce demand and crowding in emergency care: a review study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014;22:55. doi: https://doi.org/10.1186/s13049-014-0055-1.

121. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *BMJ Qual Saf Health Care.* 2010;19(4):298-303. doi: https://doi.org/10.1136/qshc.2008.027763.

122. Marshall EG, Clarke B, Burge F, Varatharasan N, Archibald G, Andrew MK. Improving continuity of care reduces emergency department visits by longterm care residents. *J Am Board Fam Med*. 2016; 29(2):201-8. doi: https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.12.150309.

123. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria da Saúde. Redes de Atenção à Saúde no município de São Paulo. Política Norteadora – 2017 - 2020. São Paulo: PMSP; 2017. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAS_Politica Norteadora.pdf.

124. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Diretrizes Gerais – Unidade Básica de Saúde. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: SMS; 2015.

125. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Redes de Atenção à Saúde – Diretrizes. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo: SMS; 2017.

126. Portal Globo.com. Prefeitura de SP anuncia transferências de AMAs para Unidades Básicas de Saúde. 12/03/2018 13h16. [citado 16 maio 2019]. https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/prefeitura-de-sp-anuncia-fechamento-de-amas-e-outras-mudancas-na-saude.ghtml.

127. Portal UOL de notícias. Prefeitura de São Paulo desiste de plano de fechar AMAs e readmite funcionários. Agência Brasil 04/05/2018. [citado 16 maio 2019]. https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/05/04/prefeitura-de-sp-desiste-de-plano-de-fechar-amas-e-readmitefuncionarios.htm?cmpid=copiaecola.

128. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS; 2015. 400p. (CONASS Documenta, 28). ISBN 978-85-8071-017-5

129. Hutchison B. The place of walk-in clinics in healthcare systems. *BMJ* 2000; 321(7266):909-10. doi: https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.321.7266.909,