UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIA FERNANDA PEREIRA GOMES

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS
COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS DE ALTO
CAPIVARI E ALTA SOROCABANA - SP

SÃO PAULO
2016

MARIA FENANDA PEREIRA GOMES

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DAS
COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS DE ALTO
CAPIVARI E ALTA SOROCABANA - SP

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Cuidados em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lislaine Aparecida
Fracolli

SÃO PAULO
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gomes, Maria Fernanda Pereira

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia
saúde da família das comissões intergestores regionais de Alto
Capivari e Alta Sorocaba - SP / Maria Fernanda Pereira Gomes. São
Paulo, 2016.

236 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de
São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da
família. 4. Serviços de saúde. 5. Enfermagem em saúde pública
I. Título.

Nome: Maria Fernanda Pereira Gomes

Título: Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família das Comissões Intergestores Regionais de Alto Capivari e Alta Sorocabana - SP.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela força e inspiração para desenvolvê-lo, sem o qual não teria conseguido.

Aos meus pais, Inês e Benedito pelo apoio, dedicação, paciência e carinho neste momento tão peculiar.

Ao meu noivo Willian Ferraz Fiorentino pelo apoio, incentivo, amor e amizade ao longo desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Lislaine Aparecida Fracolli, pela confiança em meu trabalho, grandes ensinamentos, paciência e incentivo.

Às Professoras Dr^ª. Simone Albino Siva, Dr^ª. Lucia Yasuko Izumi Nichiata e Dr^ª. Vânia Barbosa do Nascimento, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Às minhas amigas Verusca, Mariana, Maria Claudia, Tatiane, Elza e Nair pelo apoio, companheirismo e amizade.

Aos pesquisadores voluntários, alunos que com muita força de vontade ajudaram na fase de coleta de dados.

Aos gestores municipais de saúde e profissionais que trabalham na ESF das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana que colaboraram com a pesquisa.

Aos usuários adultos e crianças que são atendidos pela ESF das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana que participaram da pesquisa.

“Não deixe o barulho da opinião dos outros abafar sua voz interior. E mais importante, tenha a coragem de seguir seu coração e sua intuição. Eles de alguma forma já sabem o que você realmente quer se tornar. Tudo o mais é secundário” Steve Jobs

Gomes MFPG. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família das Comissões Intergestores Regionais de Alto Capivari e Alta Sorocabana – SP [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) orienta-se pelos atributos da acessibilidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, integralidade, enfoque familiar, humanização, equidade e participação social. **Objetivo:** O objetivo desta pesquisa foi avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada nos municípios das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) de Alto Capivari e Alta Sorocabana, ambas pertencentes à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 11 de Presidente Prudente, Estado de São Paulo, na perspectiva dos profissionais de saúde (gestores, médicos e enfermeiros) e usuários (crianças e adultos). **Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva, de cunho quantitativo e delineamento transversal, cujo cenário de estudo compreendeu 21 dos 24 municípios das CIRs de Alto Capivari e de Alta Sorocabana. Foram sujeitos do estudo 19 gestores municipais de saúde, 39 médicos, 44 enfermeiros, 629 cuidadores de crianças menores de 2 anos de idade e 690 usuários adultos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, e o instrumento utilizado foi o PCATool versões profissional, criança e adulto. Os dados foram organizados com o auxílio do Microsoft Excel e analisados estatisticamente com ajuda do Software SPSS 16. **Resultados:** Os resultados mostraram que os atributos da APS, de forma geral, estão presentes e foram bem avaliados, com escore geral acima de 6,6 na perspectiva dos três grupos que participaram da presente pesquisa. O atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade foi o pior avaliado por usuários e profissionais, obtendo escore de 4,56 na perspectiva dos usuários adultos, 5,57 na dos profissionais, e 6,77 na dos usuários crianças. O atributo Orientação Comunitária foi o segundo pior avaliado pelos usuários, e o atributo Coordenação – Integração de Cuidados, o segundo pior avaliado pelos profissionais. Os resultados mostraram também uma avaliação ligeiramente melhor para a CIR de Alta Sorocabana em relação à CIR de Alto Capivari. **Conclusões:** Conclui-se que garantir a acessibilidade ainda é a principal dificuldade da APS nessas regiões, e que sem ela fica difícil garantir o papel de “porta de entrada” para o SUS que a APS assume. Para que a acessibilidade efetivamente aconteça nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, mudanças profundas devem ocorrer no interior das

políticas que normatizam a APS no Brasil e na organização do atendimento das unidades de ESF, tornando mais flexíveis os horários e diminuindo a burocracia existente para conseguir atendimento à saúde. E, para melhorar a APS nessas regiões, é preciso investir também na qualificação dos profissionais de saúde e em projetos que garantam a permanência desses profissionais nas equipes de ESF, bem como incorporar mecanismos de gestão mais assertivos, que busquem, através da coordenação do cuidado e regionalização, promover a integralidade e a resolutividade dos problemas de saúde reais da população.

PALAVRAS – CHAVE: Avaliação em saúde. Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Serviços de saúde. Enfermagem em saúde pública.

Gomes MFPG. Evaluation of Primary Health Care Attributes in the Family Health Strategy of Regional Intermanagement Commissions from Alto Capivari and Alta Sorocabana – SP [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is guided by the attributes of accessibility, care coordination, longitudinality, completeness, family focus, humanization, equity and social participation. **Objective:** The objective of this research was to evaluate the presence and extent of the attributes of the Primary Health Care (PHC) in the Family Health Strategy (FHS) located in the cities of Regional Intermanagement Commissions (RICs) from Alto Capivari and Alta Sorocabana, both belonging to the Regional Network of health Care (RNHC) 11 from Presidente Prudente, State of Sao Paulo, from the perspective of health professionals (managers, doctors and nurses) and users (children and adults). **Method:** This is an evaluative, descriptive study of quantitative nature and cross-sectional design, whose study scenario comprised 21 of the 24 municipalities of the RICs from Alto Capivari and Alta Sorocabana. The study subjects were 19 local health managers, 39 doctors, 44 nurses, 629 caregivers of children under 2 years of age and 690 adult users. Data were collected through interviews, and the instrument used was PCATool professional, child and adult versions. Data were organized with the help of Microsoft Excel and statistically analyzed with the help of software SPSS 16. **Results:** The results showed that PHC attributes, in general, are present and were highly rated, with overall score above 6.6 in the perspective of the three groups that participated in this research. The attribute First Contact Access - Accessibility was the worst rated by users and professionals, obtaining score of 4.56 in the perspective of adult users, 5.57 in professionals' and 6.77 in children's . The attribute Community Orientation was the second worst rated by users, and the attribute Coordination - Care Integration, the second worst evaluated by professionals. The results also showed a slightly better evaluation for the RIC from Alta Sorocabana in relation to the RIC from Alto Capivari. **Conclusions:** One concludes that ensuring accessibility is still the main difficulty of PHC in these regions, and that without it, it is difficult to guarantee the role of "gateway" to the NHS that PHC takes. For accessibility to happen effectively in RICs from Alto Capivari and Alta Sorocabana, profound changes must occur within the policies that regulate the PHC in Brazil and in the organization of care of the FHS units, making schedules more flexible and reducing red tape that exists in

the access to health care. And to improve PHC in these regions, one must also invest in the training of health professionals and projects to ensure the permanence of these professionals in the FHS teams and incorporate more assertive management mechanisms that seek, through the coordination of care and regionalization, to promote integrity and to solve the real health problems of the population.

KEYWORDS: Health evaluation. Primary health care. Family health strategy. Health services. Public health nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	-	Etapas de identificação e seleção de artigos/pesquisas para a elaboração de metassíntese qualitativa dos principais instrumentos validados de coleta de dados para avaliar a Atenção Primária à Saúde, 1979 a 2013.	37
Figura 2	–	Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 11. Estado de São Paulo, 2012.	61
Figura 3	–	Densidade Demográfica dos municípios da RRAS 11 de Presidente Prudente. Estado de São Paulo, 2010.	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Características das fontes de dados utilizadas, 1979 a 2013.	38
Tabela 2	–	Características dos estudos selecionados para a metassíntese qualitativa, 1979 a 2013.	42
Tabela 3	–	População Total, IPRS 2012, Número de ESF, Percentual de cobertura de Saúde Família nos municípios da RRAS 11 de Presidente Prudente.	63
Tabela 4	–	Taxa de Mortalidade Infantil no período de 2010 a 2015 nos municípios dos CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.	65
Tabela 5	–	Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no período de 2010 a 2015 nos municípios dos CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.	66
Tabela 6	–	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no período de 2010 a 2015 nos municípios dos CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.	67
Tabela 7	–	Percentual de internação por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB no período de 2010 a 2015 nos municípios dos CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.	68
Tabela 8	–	Municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente com cobertura populacional de ESF superior a 50%, 2015.	71
Tabela 9	–	Equipes da Estratégia Saúde da Família que cumprem os critérios de inclusão nos municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alto Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente, 2015.	72
Tabela 10	–	População de idade igual e superior a 18 anos atendida pela Estratégia Saúde da Família segundo o gênero, nas CIRs Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente, 2015.	74
Tabela 11	–	Amostra estimada de adultos maiores de 18 anos por gênero e município, CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, 2015.	75
Tabela 12	–	População menor de 2 anos atendida pela Estratégia Saúde da Família segundo gênero, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente, 2012.	76

Tabela 13 – Amostra estimada de crianças menores de 2 anos por gênero e município, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RAAS 11 Presidente Prudente, 2012.	77
Tabela 14 – Número de profissionais médicos e enfermeiros que trabalham há 1 ano ou mais na Estratégia Saúde da Família das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, 2015.	78
Tabela 15 – Número de profissionais médicos e enfermeiros que participaram da pesquisa e caracterização das causas da não participação nas CIRs de Alto Capivari e Alto Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, 2015.	79
Tabela 16 – Número de gestores de saúde que atuam nas CIRs de Alto Capivari e Alto Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, 2015.	81
Tabela 17 – Distribuição de participantes, cuidadores de crianças menores de dois anos que responderam o PCATool versão criança, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	93
Tabela 18 – Características dos cuidadores das crianças atendidas pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	94
Tabela 19 – Características das crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família dos municípios as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, região de Presidente Prudente, SP, 2015.	95
Tabela 20 – Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os participantes que responderam o PCATool versão criança, 2015.	96
Tabela 21 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B) nos municípios as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	98
Tabela 22 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	98

Tabela 23 –	Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C) de acordo com os cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	100
Tabela 24 –	Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade (D) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	101
Tabela 25 –	Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação Integração de Cuidados (E) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	102
Tabela 26 –	Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações (F) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	104
Tabela 27 –	Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Coordenação -Sistema de Informações (F) de acordo com os cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	104
Tabela 28 –	Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade - Serviços Disponíveis (G) nos municípios dos CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	105
Tabela 29 –	Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade -Serviços Prestados (H) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	106
Tabela 30 –	Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar (I) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	106

Tabela 31 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária (J) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	107
Tabela 32 – Comparação dos escores médios dos atributos essenciais da Saúde da Criança dos municípios pertencentes das CIRs de Alto Capivari e da Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.	108
Tabela 33 – Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados da Saúde da Criança dos municípios pertencentes das CIRs de Alto Capivari e da Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.	111
Tabela 34 – Distribuição de participantes adultos que responderam o PCATool versão adulto, nas CIRs de Alto Capivari e de Alta Sorocabana, RRAS 11 de Presidente Prudente, SP, 2015.	114
Tabela 35 – Características dos usuários adultos que responderam ao PCATool versão adulto, atendidos pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	115
Tabela 36 – Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os participantes que responderam o PCATool versão adulto, 2015.	116
Tabela 37 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	118
Tabela 38 – Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B) de acordo com os usuários adultos atendidos pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	118
Tabela 39 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	119
Tabela 40 – Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C) de acordo com os usuários adultos atendidos pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	121

Tabela 41 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade (D) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	123
Tabela 42 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação - Integração de Cuidados (E), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	124
Tabela 43 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações (F) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	126
Tabela 44 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (G) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	127
Tabela 45 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados (H) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	129
Tabela 46 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar (I) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	130
Tabela 47 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária (J) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	131
Tabela 48 – Comparação dos escores médios dos atributos essenciais da Saúde do Adulto dos municípios pertencentes das CIRs do Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.	132
Tabela 49 – Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados da Saúde do Adulto dos municípios pertencentes das CIRs do Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.	134

Tabela 50 – Distribuição dos profissionais que responderam o PCATool versão profissional, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	137
Tabela 51 – Características dos profissionais que trabalham na ESF dos municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	138
Tabela 52 – Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os profissionais que responderam o PCATool versão profissionais, 2015.	140
Tabela 53 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (A) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	141
Tabela 54 – Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A) de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	142
Tabela 55 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade (B) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	143
Tabela 56 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação Integração de Cuidados (C) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	144
Tabela 57 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistemas de Informações (D) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	145
Tabela 58 – Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações (D) de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	146
Tabela 59 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (E) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	147

Tabela 60 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados (F) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	149
Tabela 61 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar (G) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	150
Tabela 62 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária (H) nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	151
Tabela 63 – Comparação dos escores médios dos atributos essenciais de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios pertencentes as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.	152
Tabela 64 – Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios pertencentes as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.	155
Tabela 65 – Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados de acordo com os profissionais (Gestores, Médicos e Enfermeiros) que trabalham na ESF dos municípios pertencentes as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.	158
Tabela 66 – Comparativo dos escores médios dos atributos essenciais e derivados do PCATool Versão Criança, PCATool Versão Adulto e PCATool Versão Profissionais, 2015.	159
Tabela 67 – Aplicação do teste estatístico ANOVA nos atributos da APS de acordo com os três grupos de participantes da pesquisa nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	160
Tabela 68 – Comparativo dos escores médios e valor do Teste de Tukey obtidos na avaliação dos atributos da APS de acordo com o tipo de participante nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.	161

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AQ – PCP	ADHD Questionnaire for Primary Care Providers
CCD	Coordenadoria de Controle de Doenças
CCTIES	Coordenadoria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CGA	Coordenadoria Geral da Administração
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPS	Coordenadoria de Planejamento de Saúde
CRH	Coordenadoria de Recursos Humanos
CRS	Coordenadoria de Regiões de Saúde
CSS	Coordenadoria de Serviços de Saúde
DIR	Direções Regionais de Saúde
ELB	Estudos de Linha de Base
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Estado de São Paulo
EUROPEP	European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care
GPAQ	General Practice Assessment Questionnaire
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
PAB	Piso de Atenção Básica
PACOTAPS	Aplicativo para Atenção Primária em Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PCET	WHO Primary Care Evaluation Tool
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Programa de Expansão e Fortalecimento da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIP	Universidade Paulista

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	24
1.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO.....	24
1.2	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	28
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	OBJETIVO GERAL.....	33
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3	QUADRO TEÓRICO.....	34
3.1	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA E METASSÍNTESE.....	34
3.2	PRINCIPAIS RESULTADOS DAS PESQUISAS QUE UTILIZARAM O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APS, PCATOOL.....	47
4	METODOLOGIA.....	56
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	59
4.1.1	Caracterização do espaço geográfico.....	59
4.1.2	Indicadores de Saúde nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.....	64
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	69
4.2.1	Crerios utilizados para a seleçao dos municípios, equipes de saúde da família e sujeitos da pesquisa.....	69
4.2.2	Planejamento Amostral.....	70
4.3	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	82
4.4	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	84

4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	88
4.6	PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS.....	91
5	RESULTADOS.....	92
6	DISCUSSÃO.....	163
7	CONCLUSÃO.....	186
	REFERÊNCIAS.....	191
	APÊNDICES.....	202
	ANEXOS.....	207

1 INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) é denominada no Brasil como Atenção Básica (AB) à Saúde e segundo Brasil (2012, p. 19) 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⁽¹⁾.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a Atenção Básica à Saúde brasileira é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e conforme diz Brasil (2012, p. 19) “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”.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Na busca da estruturação de um novo modelo de assistência, o Ministério da Saúde propôs em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar essa prática assistencial, substituindo o modelo de assistência à saúde centrada no médico e altamente medicalizado por um modelo centrado na família, a partir de sua inserção social, possibilitando entender o processo saúde-doença de forma ampliada, gerando intervenções que busquem mais do que ações curativas⁽²⁾.

Em 2006, o Programa Saúde da Família passou a ser denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽³⁾. A ESF fugiu da concepção usual dos programas tradicionais concebidos pelo Ministério da Saúde, pois não se tratava de uma intervenção pontual no tempo e no espaço, e tampouco de forma vertical ou paralela às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetivava a integração e a organização das atividades em um território definido, com um propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de maneira articulada e perene⁽⁴⁾.

A equipe de saúde nesse modelo de atenção é multiprofissional. Em sua composição nuclear têm-se um médico, um enfermeiro, cinco ou seis agentes comunitários de saúde

(ACS) e dois auxiliares de enfermagem. Dentro da equipe de Saúde da Família existe uma definição de competências e responsabilidades entre seus membros, compondo um novo processo de cuidar⁽²⁾.

De acordo com Ibañez et al. (2006), são escassas as pesquisas voltadas para a avaliação organizacional ou de desempenho da Atenção Básica, e uma visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da Atenção Básica⁽⁵⁾.

Nos últimos 21 anos a Saúde da Família tem proporcionado cuidados de saúde a população brasileira. Considerando que para propor mudanças e reformular políticas é necessário avaliar o sistema de saúde implantado e em execução, busca-se nesta pesquisa avaliar a Saúde da Família na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) de Presidente Prudente – SP para clarificar os desafios e potencialidades que a Saúde da Família implantada na regional proporciona a população.

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição operacional da APS sistematizada por Starfield⁽⁶⁾ vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde. Starfield⁽⁷⁾ define quatro atributos essenciais para o funcionamento dos serviços de APS⁽⁸⁾:

- *Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:* acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- *Longitudinalidade:* existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- *Integralidade:* leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- *Coordenação da atenção:* pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a

integração desse cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Starfield, Xu, Shi⁽⁷⁾ propõem também três características, chamadas atributos derivados, que qualificam as ações dos serviços de APS:

- *Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)*: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- *Orientação comunitária*: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- *Competência cultural*: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

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⁽⁸⁾.

No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, à sua comunidade adscrita. Essa definição da Atenção Primária à Saúde pode, dessa forma, guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS⁽⁸⁾.

A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a Atenção Primária à Saúde⁽⁸⁾.

Além disso, a identificação empírica dos atributos da Atenção Primária à Saúde permite verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção sobre a saúde da população. Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidencia-se, nacional e internacionalmente, crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde⁽⁷⁾.

Os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica no Brasil, conforme Brasil (2012, p. 20) são:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade; II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes; III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado; IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção; V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Atualmente, vêm sendo implantadas múltiplas atividades relacionadas com a avaliação da Atenção Primária à Saúde, sejam diretamente vinculadas com alguns de seus aspectos, seja com a criação das condições técnicas e organizacionais necessárias⁽⁹⁾.

Segundo Almeida e Macinko (2006), a maior parte das avaliações realizadas no país enfoca os processos de implantação da ESF e avalia o impacto por meio de indicadores fortemente determinados por fatores como renda, saneamento, educação entre outros. Para os autores, ainda são escassos os estudos que proponham uma avaliação do desempenho do sistema de Atenção Primária à Saúde de forma global⁽¹⁰⁾.

O SUS aumentou a extensão e a importância política e econômica de serviços e programas na área da saúde. Como grande projeto social de nosso país, desdobra-se e operacionaliza-se em numerosas ações e iniciativas que se tornam alvo constante de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade. Pairam indignações sobre a qualidade dos serviços prestados, a pertinência da tecnologia utilizada e sobre os modelos

sociais implementados, dentre outros e que convocam a avaliação como um dos instrumentos na busca de respostas⁽¹¹⁾.

A avaliação de serviços, programas e projetos de saúde, além da verificação da incorporação de novos saberes e fazeres em saúde, tem como objetivo principal fundamentar o processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da magnitude da Saúde da Família como estratégia estruturante do SUS, realizar sua avaliação é uma tarefa que necessita de um esforço coletivo contínuo. Devido à amplitude própria da APS, uma proposta específica de avaliação costuma se restringir a uma de suas tantas perspectivas. Assim, identificar dentro do cenário de heterogeneidade que caracteriza a ESF, o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe avaliados, permitem a produção rigorosa de conhecimento sobre sua efetividade⁽⁹⁾.

Assim, a pergunta colocada para essa pesquisa é: os atributos essenciais e derivados da APS estão incorporados na estrutura e nos processos de trabalho da ESF implantada nos municípios da RRAS de Presidente Prudente, no interior do Estado de São Paulo (ESP)?

1.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Os grandes avanços no desenvolvimento do SUS no ESP, que incluem a extensão de acesso da população aos serviços de saúde, tanto na Atenção Primária à Saúde como na atenção de maior complexidade, ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e estratégias de enfrentamento. A redefinição e o direcionamento das diversas funções de gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES) possibilitaram a racionalização dos recursos existentes; regulação de sistemas regionais de saúde; capacidade para identificação de necessidades de intervenção a partir da análise precisa dos indicadores de saúde; planejamento; avaliação e controle em âmbito regional; identificação e disseminação de novas tecnologias; precisão na prestação de apoio técnico e financeiro aos municípios, provendo a continuidade dos processos de descentralização com intuito de que a cobertura das ações de saúde seja ampliada diminuindo as desigualdades de atenção e promovendo a equidade nos processos de saúde através de uma gestão articulada entre o Estado e os municípios⁽¹²⁾.

Reconhecer as características históricas do desenvolvimento tecnoassistencial da AB no Estado de São Paulo é importante para compreender os atuais desafios para sua

reorganização e aprimoramento. O Estado de São Paulo, historicamente, investiu na organização de modelos de assistência no âmbito da Atenção Básica em saúde. Desde Geraldo Paula Souza, que trouxe o modelo de Centros de Saúde, com enfoque na assistência materno-infantil e no controle das doenças transmissíveis, principalmente por meio das imunizações, até Walter Leser, Secretário Estadual de Saúde, que implementou uma grande reforma administrativa na Secretaria de Saúde, rumo à implementação do modelo de programação em saúde em todo Estado de São Paulo⁽¹²⁾.

Dessa forma os municípios paulistas sempre contaram com uma rede de saúde organizada e conduzida com base nas propostas da SES de São Paulo. Contudo, o modelo assistencial dos Centros de Saúde existentes e organizados pelo ESP difere muito da proposta da ESF. Os modelos assistenciais construídos no ESP operavam com programas verticais, que enfocavam os ciclos de vida e contavam com médicos especialistas como pediatras, ginecologistas, pneumologistas, entre outros. A ESF se propõe a trabalhar com médicos generalistas, que devem atender a família como um todo, além, é claro, de inserir, nesse processo de trabalho, o agente comunitário de saúde, profissional este que até então não existia no modelo de Centros de Saúde, também denominados de Modelo de Atenção Primária à Saúde Tradicional⁽¹²⁾. Com esta realidade de saúde instaurada, os municípios paulistas têm enfrentado algumas dificuldades para inserir a ESF, para reorganizar a AB, sem, contudo desmontar a rede assistencial já existente, e que demandou investimentos financeiros e sociais para se consolidar⁽¹²⁾.

Sem falar ainda na outra dificuldade para a implantação da ESF no Estado de São Paulo, que é o tamanho e a quantidade de seus municípios, pois, dos 645 municípios que compõem o Estado de São Paulo, muitos possuem mais de 100 mil habitantes, o que já foi identificado como dificuldade para a implantação dessa estratégia⁽¹³⁾.

Com o passar do tempo os municípios foram obrigados a efetivamente assumir a gestão da AB e as Secretarias Estaduais de Saúde praticamente deixaram de ser prestadores diretos da AB. Assim, a estratégia de apoio financeiro escolhida pelo Estado de São Paulo, para a implantação da ESF nas regiões metropolitanas e na maioria das cidades de médio e grande porte, foi a implantação do Projeto QUALIS⁽¹³⁾. Em 2000 foi implantado o QUALIS INTERIOR, atingindo 101 municípios como forma de apoio à expansão da ESF em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com populações remanescentes de quilombos e assentamentos rurais. Em 2008, foi criado o QUALIS MAIS, o qual representou a extensão do apoio financeiro do Estado a 402 municípios para a reorganização da AB; esse foi dirigido para municípios com menos de 100 mil habitantes,

baixo IDH e produtores de cana de açúcar, procurando-se não excluir os municípios que haviam sido contemplados com o QUALIS INTERIOR^(13, 14).

Outros apoios financeiros que a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP) tem dispensado aos municípios são: QUALIS UBS, fase 1 e fase 2 que compreendem recursos destinados à aquisição de equipamentos, mobiliários, instrumentais para equipar as salas e reforma e ampliação das unidades básicas de saúde; Piso de Atenção Básica (PAB) fixo estadual, que é o recurso destinado ao custeio da atenção básica para todos os municípios do Estado, transferidos mensalmente na modalidade fundo a fundo, com valor de R\$ 3,00 per capita^(15,16,17). Desta maneira vêm se conformando as ações do Gestor Estadual em São Paulo, na direção da consolidação da ESF no Estado.

Atualmente, no Estado de São Paulo, cabe à SES a responsabilidade geral de formulação e coordenação da política de saúde no Estado, gerir e regular a assistência médica de maior complexidade, de caráter estadual ou regional e prestar serviços de saúde pela rede de serviços estaduais que permanecem sob sua gerência. Além disso, a SES deve desenvolver ações de coordenação, supervisão, capacitação, acompanhamento e avaliação das ações de saúde de todos os municípios, auxiliando os sistemas municipais de saúde quando for o caso⁽¹⁸⁾.

A SES é composta por Coordenadorias: Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS), identificadora das necessidades dos serviços de saúde; Coordenadoria de Serviços de Saúde (CSS), operadora dos serviços de saúde; Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde (CGCSS), controladora da gestão dos serviços de saúde; Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), promotora da saúde coletiva; Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde (CCTIES), orientadora da incorporação e distribuição de novas tecnologias e insumos estratégicos de saúde; Coordenadoria de Planejamento de Saúde (CPS), gestora da informação e avaliadora do sistema; Coordenadoria Geral da Administração (CGA), administradora dos recursos materiais e financeiros e Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH), gestora dos recursos humanos⁽¹⁸⁾.

No campo da assistência na SES, houve a substituição de uma estrutura formada por duas grandes coordenadorias (Interior e Região Metropolitana da Grande São Paulo), que reproduziam as mesmas funções, tanto de regulação, avaliação, controle, compra de serviços e coordenação do sistema regional, bem como de prestação direta de serviços, de forma complementar aos municípios, através de suas regionais para Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS)⁽¹⁸⁾.

A mudança da Coordenadoria de Saúde do Interior para Coordenadoria de Regiões de Saúde estimulou a instituição da nova configuração das Direções Regionais de Saúde, através do Decreto nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006, que institui a mudança das denominações das Direções Regionais de Saúde (DIRs) para Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e a passagem de 24 DIRs para 17 DRS⁽¹⁹⁾. Os Departamentos Regionais de Saúde da Coordenadoria de Regiões de Saúde têm por finalidade: contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando, organizando e gerenciando o sistema de saúde locorregional; identificar a necessidade de compra de serviços de saúde; promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde; avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde e tornar disponíveis e dar publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde⁽¹⁹⁾. Ainda no sentido de atender as demandas pela organização da assistência, a SES está agora trabalhando com as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), antigos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Atualmente o ESP possui 17 RRAS.

Para apoio da gestão da Atenção Básica dos municípios paulistas, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) desenvolveu o Programa Articuladores da Atenção Básica, com início de suas ações em março de 2009. O programa prioriza os municípios com população inferior a 100 mil habitantes, e tem como objetivo auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica e fortalecer esse nível de atenção no sistema público de saúde. Nessa perspectiva, o objeto de trabalho do Programa Articuladores da Atenção Básica consiste no reconhecimento das prioridades de saúde locais, dos obstáculos para melhoria da atenção à saúde e na construção conjunta com os gestores municipais de estratégias e alternativas de enfrentamento dos problemas identificados⁽²⁰⁾.

Os profissionais que atuam no Programa Articuladores da Atenção Básica, são profissionais com vínculo empregatício estadual e trabalham com a seguinte divisão: cada articulador oferece apoio a uma média de 10 municípios, localizados sempre em uma mesma Região de Saúde. Os articuladores possuem as seguintes atribuições e características: sempre estão em contato direto com os municípios, fortalecendo a integração e a sinergia entre eles no âmbito regional; ouvem, propõem e negociam soluções coerentes com as proposições do SUS e das Políticas Nacional e Estadual de Atenção Básica; e auxiliam na interlocução dos municípios com as RRAS (Redes Regionais de Atenção à Saúde) a que pertencem⁽²⁰⁾.

A escolha da RRAS de Presidente Prudente, como objeto dessa pesquisa, se deve ao fato de a regional possuir características específicas como: heterogeneidade dos municípios

que a compõem; tamanho dos municípios (na sua maioria são de pequeno porte); possuir grande número de assentamentos rurais; predominância da cultura agrícola de cana de açúcar com grande número de trabalhadores rurais nas usinas de cana de açúcar; grande utilização da APS pelas pessoas que residem na região, pois não possuem planos privados de saúde; e por ser uma região pouco estudada. Outro ponto importante é o fato de a maioria dos municípios que compõem a RRAS de Presidente Prudente ser classificada no grupo 4 do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), o que os caracteriza como municípios de baixa riqueza. Diante do grande número de municípios que compõem a RRAS 11, foram selecionados os cinco municípios que compõem a Comissão Intergestores Regional (CIR) de Alto Capivari e os dezenove municípios que compõem a CIR de Alta Sorocabana. Essa escolha se deve ao fato de a pesquisadora já ter desenvolvido pesquisa anterior na região, o que facilita a coleta de dados no âmbito da APS.

O desenvolvimento de uma pesquisa dessa natureza ancora-se na perspectiva de se consolidar, conhecer e descrever melhor a ESF e o processo de trabalho que se desenvolve no seu interior. Depois de 22 anos de implantação da ESF, pode-se considerar que sua implantação e implementação já foram concluídas na maioria dos municípios brasileiros, e o que precisa agora é fortalecê-la e melhorar sua efetividade e eficácia. Nessa perspectiva, é importante a realização de pesquisas que busquem avaliar as práticas da ESF, seu impacto social e sua contribuição para a equidade, tentando inclusive dar visibilidade internacional a essa grande experiência brasileira de cuidado à saúde.

A ESF visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde reorientando as práticas de saúde, para práticas com foco na família. O fortalecimento da APS no Brasil e no Estado de São Paulo demanda o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Nessa conjuntura, a avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde corrobora a produção de evidências que facilitem o planejamento, a organização e a gestão para consolidação do SUS.

2 OBJETIVOS

2 – OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na ESF implantada nos municípios que compõem as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, por meio da aplicação do instrumento de avaliação Primary Care Assessment Tool (PCATool) aos gestores de saúde, profissionais de saúde, cuidadores de crianças menores de dois anos e adultos maiores de 18 anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar, na perspectiva do usuário adulto e criança, os atributos de acesso de primeiro contato, de integralidade, da coordenação da atenção, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária na ESF;
- Avaliar, na perspectiva do profissional, o atributo de acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação da atenção, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária na ESF;
- Avaliar, na perspectiva do gestor de saúde, o atributo de acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação da atenção, longitudinalidade, orientação familiar e orientação comunitária na ESF.

3 QUADRO TEÓRICO

3. QUADRO TEÓRICO

3.1 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA E METASSÍNTESE

A discussão internacional e nacional sobre estratégias para avaliação da APS foi intensificada nas últimas décadas, e medidas para fortalecê-la fazem parte da reorganização do cuidado em saúde em diversos países europeus e latino-americanos⁽²¹⁾.

A história da Atenção Primária à Saúde tem seus primórdios no Relatório Dawson, apresentado em 1920, que retratava uma proposta para organização do sistema de saúde no Reino Unido a partir de três níveis assistenciais: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola⁽²²⁾. Neste caso, os centros de saúde primários deveriam ofertar serviços de medicina curativa e preventiva prestados por médicos gerais e um serviço de enfermagem eficiente com a ajuda de especialistas visitantes. Além disso, o tamanho e a complexidade dos centros de saúde primários seriam condizentes com a realidade local⁽²³⁾.

A APS vem sendo discutida desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma – Ata), realizada em 1978 com a proposta de *Saúde Para Todos no Ano 2000*, na qual a estratégia de Atenção Primária de Saúde ampliava a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população⁽²⁴⁾.

De acordo com as propostas de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é compreendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde⁽²⁴⁾.

As comparações internacional e nacional mostram que a implementação de diferentes concepções de Atenção Primária à Saúde estão condicionadas pelo modelo de proteção social à saúde em cada país. Assim, nos países europeus, os serviços ambulatoriais de primeiro contato estão integrados a um sistema de saúde de acesso universal, isto é, o direito à saúde é garantido por meio de sistema universal com financiamento público ou por meio de contribuições específicas a seguros sociais, nas práticas universais, e a seletividade da Atenção Primária à Saúde não se coloca como questão: a atenção individual é garantida em

todos os níveis. Nos países europeus com serviços nacionais de saúde, a Atenção Primária à Saúde é porta de entrada de um sistema de atenção à saúde de acesso universal. Nos países com seguros sociais, a Atenção Primária à Saúde é pouco desenvolvida e não se constitui na porta de entrada, predominando o cuidado individual e a livre escolha⁽²¹⁾.

Em países periféricos, como os da América Latina, a Atenção Primária à Saúde é seletiva, correspondendo ao modelo focalizado. A extensão de cobertura em saúde vem ocorrendo por meio de seguros específicos para certos grupos, como o materno infantil. Na maior parte dos países da América Latina, a cobertura é segmentada, convivendo esquemas diferenciados com importantes desigualdades no acesso, e a atenção primária é incorporada apenas no setor público com programas seletivos⁽²¹⁾.

No caso do Brasil, a situação é mais complexa no que se refere à implementação de diferentes concepções de Atenção Primária à Saúde, pois nosso sistema, formalmente universal, expandiu cobertura para amplas parcelas populacionais antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente. Convive, contudo, com esquemas privados de seguros para camadas médias, produzindo segmentação, o que lhe confere, de certo modo, uma dualidade. De outra parte, a extensão da população brasileira coberta pelo SUS, e que utiliza esses serviços, não pode ser tipificada como residual. Todavia, a abrangência da cesta a ser garantida pelo sistema público está sempre colocada em questão⁽²¹⁾.

Atualmente percebe-se que as concepções da APS mostram que não há um padrão nacional e internacional, mas sim diversos modelos adaptados ao contexto social, econômico e político de cada país, uma tendência generalizada de incorporação de uma orientação gerencialista em diferentes contextos político-institucionais⁽²¹⁾.

Refletindo sobre as particularidades nacionais e internacionais das concepções de APS e que são poucas as pesquisas relacionadas à avaliação da Atenção Primária à Saúde⁽²⁵⁾. Entende-se que a realização de um estudo que busca na literatura nacional e internacional os instrumentos que vêm sendo utilizados como ferramentas de avaliação da APS nos serviços de saúde são de suma importância, haja vista a literatura ser pouco abrangente⁽²⁵⁾.

Além disso, entende-se que, ao se aproximar com instrumentos de avaliação, existe a possibilidade do acesso a percepções – não só dos usuários do serviço, como também dos profissionais de saúde e gestores de saúde – aos modelos de atenção à saúde utilizados, às práticas de cuidado individual, coletivo e de gestão em saúde que vêm sendo implementados na APS nacional e internacionalmente dentre outros⁽²⁵⁾. Nesse contexto, é importante verificar nas bases de dados nacionais e internacionais quais são os instrumentos que estão sendo utilizados para avaliar a APS⁽²⁵⁾.

A APS é conhecida nacional e internacionalmente, e vem sendo amplamente estudada na área da saúde, e as bases de dados nesta área são consultadas com suas diferentes formas de interação com o usuário. No entanto, podem dificultar ou retardar esse processo. A utilização de programas organizadores de citações pode ser uma alternativa facilitadora ⁽²⁶⁾.

Pensando em aperfeiçoar e qualificar os resultados do estudo, promovendo melhorias na APS no que se refere à prestação de serviços, qualidade da gestão e do cuidado à saúde, optou-se por desenvolver um estudo de revisão sistemática de literatura qualitativa, seguida de metassíntese ⁽²⁵⁾.

A revisão sistemática da literatura é um método de pesquisa que permite agrupar estudos primários, extraindo deles a melhor evidência científica ⁽²⁷⁾.

Por sintetizar estudos primários semelhantes e de boa qualidade, é considerada o melhor nível de evidência para tomadas de decisões em questões sobre terapêutica ⁽²⁷⁾. Além disso, considera-se que a interpretação do pesquisador sobre os dados primários propõe a realização de uma metassíntese, com vistas a compreender o fenômeno e ampliar o conhecimento, favorecendo a sua aplicação na adoção de políticas e práticas, e nas tomadas de decisões em saúde ⁽²⁶⁾.

Por esse motivo, pode ser interessante desenvolver estudos sob esse olhar, considerando como possibilidade de aprendizado e de construção crítica, respeitando a necessidade de preparo do pesquisador para desenvolver a análise ⁽²⁶⁾.

A pergunta dessa pesquisa foi formulada através da estratégia PICO, utilizada para selecionar um determinado fenômeno de interesse ou intervenção: “Quais os principais instrumentos de coleta de dados validados utilizados para avaliar a Atenção Básica à Saúde?”

Para a realização desse estudo, utilizamos as etapas para a identificação e seleção dos artigos/pesquisas conforme mostra a figura 1, etapas propostas por ⁽²⁸⁾:

1. Identificação do tema e formulação da questão de pesquisa;
2. Definição das fontes de buscas de dados;
3. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos;
4. Seleção e tratamento dos dados;
5. Análise dos dados: avaliação da qualidade dos estudos incluídos e interpretação dos resultados.

Figura 1. Etapas de identificação e seleção de artigos/pesquisas para a elaboração de metassíntese qualitativa dos principais instrumentos validados de coleta de dados para avaliar a Atenção Primária à Saúde, 1979 a 2013.

Fonte: Fracoli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Capellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciên. saúde coletiva. 2014;19(12):4851-4859. elaborada pelos autores. 2014.

O critério de inclusão dessa pesquisa parte do pressuposto que os artigos/estudos selecionados devem ter utilizado um instrumento de coleta de dados validado para avaliar a Atenção Primária à Saúde⁽²⁵⁾. Quanto aos critérios de exclusão, serão excluídos os artigos/estudos nos quais não foram utilizados instrumentos de coleta de dados validados; estudos/pesquisas que, apesar do cenário ser a APS, estão avaliando a qualidade de vida da população e não o atendimento prestado pela APS a essas populações; estudos/pesquisas duplicados; estudos/pesquisas que avaliam a implantação de treinamento/capacitação dos profissionais que atuam na APS⁽²⁵⁾.

Nesta conjuntura, utilizaram-se artigos/pesquisas em português, espanhol e inglês, publicadas entre 1979 e 2013 e indexadas nas seguintes bases de dados: LILACS, CidSaúde, BDNF, IBECS, MEDCARIB, PAHO, MEDLINE e nas bibliotecas eletrônicas da Cochrane e SciELO, como demonstra a Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Características das fontes de dados utilizadas, 1979 a 2013⁽²⁵⁾.

Fonte de dados	Nº total de estudos	Estudos com instrumentos de avaliação	Estudos selecionados para metassíntese	Data da pesquisa
ILACS	67	8	2	20 set. 2013
CidSaúde	1	1	1	20 set. 2013
BDENF	2	0	0	20 set. 2013
IBECS	4	0	0	14 out. 2013
MEDCARIB	40	1	0	06 nov. 2013
PAHO	90	0	0	01 nov. 2013
MEDLINE	2761	22	4	01 nov. 2013
Cochrane	75	0	0	22 set. 2013
SciELO	8	2	2	20 set. 2013

Fonte: Tabela extraída da referência: Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Capellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciên. saúde coletiva. 2014;19(12):4851-4859.elaborada pelos autores. 2014.

Para a pesquisa na base de dados **LILACS** - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, foram utilizados os descritores “Avaliação em Saúde” e “Avaliação Primária em Saúde” e “Saúde Pública” e “Serviço de Saúde”⁽²⁵⁾. Após a leitura minuciosa dos 8 estudos selecionados, foram excluídos 6 estudos/pesquisas que utilizaram instrumentos de coleta de dados não validados⁽²⁵⁾.

Para a pesquisa na base de dados especializada **CidSaúde** - Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis, foram utilizados os descritores “Avaliação em Saúde” e “Avaliação Primária em Saúde” e “Serviço de Saúde”. O único artigo encontrado foi lido na íntegra, e verificando-se que ele utilizou instrumento validado para a coleta de dados na avaliação da Atenção Primária à Saúde⁽²⁵⁾.

Para a pesquisa na base de dados bibliográfica **BDENF** - Base de Dados de Enfermagem, foram utilizados os descritores “Avaliação em Saúde” e “Avaliação Primária em Saúde”; sendo encontrados 02 achados⁽²⁵⁾. Após a leitura dos resumos, verificou-se que nenhum dos estudos analisados utilizou instrumentos para avaliar a Atenção Primária à Saúde⁽²⁵⁾.

Para a pesquisa na base de dados **IBECS** (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), foram utilizados os termos “Health Evaluation” e “Primary Health Care”⁽²⁵⁾. Os 4 resultados obtidos não utilizaram instrumentos para avaliar a APS⁽²⁵⁾.

Na base de dados **MEDCARIB**, utilizamos os termos “Health Evaluation” e “Primary Health Care”⁽²⁵⁾. Dos 40 resultados encontrados, apenas 01 utilizou instrumento para avaliar a Atenção Primária à Saúde, no entanto o estudo selecionado não foi incluído na elaboração da metassíntese, pois não tratava diretamente da APS, tratava da avaliação da gravidade dos sintomas do diabetes num cenário da APS⁽²⁵⁾.

Na base de dados **PAHO** utilizamos os termos “Health Evaluation” e “Primary Health Care”. Dos 90 resultados encontrados, após a leitura dos resumos, identificamos que nenhum estudo utilizou instrumentos para avaliar a APS⁽²⁵⁾.

Na base de dados **MEDLINE** - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, foram utilizados os termos MeSH “health evaluation”, “primary health care” e “health services”, “public health” e “questionnaires”. Dos 2761 resultados encontrados, após a leitura dos resumos, identificamos que 22 estudos utilizaram instrumentos para avaliar a APS⁽²⁵⁾. A leitura minuciosa dos 22 estudos na íntegra permitiu selecionar 04 estudos/pesquisas que utilizaram instrumentos para avaliar a APS⁽²⁵⁾. Os 17 estudos/pesquisas excluídos não tratavam diretamente da APS, avaliavam, na verdade, a qualidade de vida de grupos de pessoas com diferentes morbidades como Neoplasia, Hipertensão Arterial e Doenças Mentais⁽²⁵⁾.

Na **Biblioteca Cochrane**, com o termo “avaliação”, buscou-se estudos e pesquisas que tratam do assunto avaliação, com a finalidade de verificar a existência de revisão sistemática que abordasse instrumentos que avaliam a Atenção Primária à Saúde⁽²⁵⁾. A pesquisa na base de dados em questão resultou em 75 resultados, que foram lidos e analisados, permitindo a identificação de que nenhum estudo tratava de instrumentos que avaliam a APS⁽²⁵⁾.

Para a pesquisa na biblioteca eletrônica **SciELO** - Scientific Electronic Library Online, foram utilizados os descritores “Avaliação em Saúde”, “Avaliação Primária em Saúde”, “Saúde Pública” e “Serviço de Saúde”⁽²⁵⁾. Das 08 produções científicas, após a

leitura minuciosa dos artigos na íntegra, verificou-se que 02 estudos utilizaram instrumentos de coleta de dados validados para avaliar a Atenção Primária à Saúde⁽²⁵⁾.

Os 08 estudos selecionados para compor a síntese qualitativa foram publicados em periódicos nacionais e internacionais⁽²⁵⁾. Os participantes dos estudos foram: profissionais que atuam na APS; usuários dos serviços de APS disponíveis; e dados secundários de unidades de saúde de APS⁽²⁵⁾.

Dos métodos utilizados nos estudos, predominou a entrevista com a utilização dos instrumentos validados, seguido pela autoaplicação do questionário, conforme demonstra a tabela 2⁽²⁵⁾.

Tabela 2 – Características dos estudos selecionados para a metassíntese qualitativa, 1979 a 2013⁽²⁵⁾.

Identificador e referência	Método	Participantes	Instrumento de coleta de dados utilizado	País de Estudo	Avaliação da Atenção Primária à Saúde
1 ⁽²⁹⁾	Dados secundários fornecidos pela fundação Inatituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Município de Pelotas-RS com 45 unidades básicas urbanas e rurais	PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde)	Brasil	A sistematização das informações pelo PACOTAPS possibilita os gestores nos processos decisórios, especialmente para a gestão de unidades básicas de saúde.
2 ⁽³⁰⁾	Entrevista com médicos e enfermeiros das unidades de saúde de Porto Alegre-RS através da aplicação do PCATool.	181 profissionais nas UBS, 88 nas unidades de ESF, 23 no CSEM e 77 no SSC que trabalham na Atenção Primária do Município de Porto Alegre-RS	PCATools (Primary Care Assessment Tool)	Brasil	Avaliação da presença e a extensão dos atributos considerados essenciais e derivados da APS, de acordo com Starfield.
3 ⁽³¹⁾	Entrevistas utilizando o PCATool com usuários de unidades de APS selecionadas, localizadas nas regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo-SP	90 usuários vinculados ao PSF e 90 usuários sem vínculo com equipe de PSF	PCATools (Primary Care Assessment Tool)	Brasil	Avaliar os processos de integralidade na APS em um conjunto de unidades do Município de São Paulo a partir de critérios de porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, e orientação comunitária.
4 ⁽³²⁾	Entrevistas utilizando o PCATool com usuários e profissionais de saúde	100 usuários portadores de tuberculose e 14 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)	PCATools (Primary Care Assessment Tool)	Brasil	Avaliar a integração dos serviços de APS no Controle da TB, tomando como eixo orientador a coordenação dos serviços de saúde.

(continua)

(continuação)

Identificador e referência	Método	Participantes	Instrumento de coleta de dados utilizado	País de Estudo	Avaliação da Atenção Primária à Saúde
5 ⁽³³⁾	Aplicação de instrumento de avaliação composto por três partes: um questionário nacional sobre a organização e financiamento de cuidados de saúde primários, um questionário para os médicos de família, e um questionário para os pacientes que visitam um centro de saúde da família.	1548 usuários que utilizam os centros de saúde da família (738 em Bolu e 810 em Eskisehir), 78 médicos de família (37 em Bolu e 41 em Eskisehir)	WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET)	Turquia	Avalia os cuidados primários de saúde nas cidades de Bolu e Eskiseir na Turquia.
6 ⁽³⁴⁾	Grupos focais com os profissionais que prestam cuidados primários e aplicação do AQ-PCP	181 profissionais que prestam cuidados primários (134 rurais e 46 urbanos)	ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP)	Filadélfia	Avalia as percepções dos profissionais que atuam em cuidados primários no que tange ao seu papel e os desafios da gestão; e as diferenças entre profissionais da rede urbana e da rede rural
7 ⁽³⁵⁾	Aplicação do questionário de avaliação GPAQ autoaplicável	2600 pessoas que visitaram o ambulatório de Medicina da Família	General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)	Tailândia	Avaliar a APS desde o acesso aos cuidados, à continuidade dos cuidados, comunicação e conhecimento médico e satisfação geral
8 ⁽³⁶⁾	Entrevistas com pais ou cuidadores de crianças menores de 2 anos de idade	68 pais ou responsáveis de crianças cadastradas em 18 serviços de saúde primários em Porto Alegre	PCATools (Primary Care Assessment Tool)	Brasil	Validação do PCATool Versão Criança com intuito de aplicar e avaliar a APS disponível à criança

(conclusão)

Fonte: Tabela extraída e adaptada da referência: Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Capellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. Ciên. saúde coletiva. 2014;19(12):4851-4859.

A busca pelos principais instrumentos que avaliam a APS resultou em 5 principais instrumentos, sendo eles: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET), ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP), General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde) e Primary Care Assessment Tool (PCATool)⁽²⁵⁾.

O instrumento WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET) tem sido utilizado em muitos países que estão passando por reformas profundas e abrangentes na saúde, no que compete às funções sociais e os valores essenciais⁽²⁵⁾. As reformas nos cuidados primários em saúde nem sempre são baseadas em evidências, e o progresso pode ser impulsionado por argumentos políticos ou interesses de grupos profissionais específicos⁽²⁵⁾. No entanto, as decisões políticas no que tange à saúde exigem cada vez mais evidências científicas de que as reformas na saúde estão realmente provocando resultados positivos. Pensando nisso, a OMS criou o PCET. A implementação da ferramenta WHO Primary Care Evaluation (PCET) visa proporcionar uma abordagem estruturada, com base nas funções dos sistemas de saúde, tais como governança, financiamento e geração de recursos, bem como as características de um bom atendimento primário de saúde como: acessibilidade, integralidade, coordenação e continuidade⁽³³⁾.

O PCET é composto por três partes: um questionário nacional sobre a organização e financiamento de cuidados de saúde primários, um questionário para os médicos da família e um questionário para os usuários dos serviços⁽³³⁾.

O ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) foi desenvolvido para avaliar as percepções dos prestadores de cuidados primários no que tange ao papel que desempenham, sobre os desafios na identificação do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e sobre as atividades clínicas que estão sendo desenvolvidas para cuidar das crianças com TDAH⁽²⁵⁾. Os itens desse questionário foram desenvolvidos com base em uma revisão cuidadosa das orientações da “American Academy of Pediatrics Guidelines for treatment of ADHD” para avaliar TDAH, uma revisão sobre os papéis dos prestadores de cuidados primários no contexto da AP, e grupos focais com os prestadores de cuidados primários⁽³⁴⁾.

O instrumento PACOTAPS é um aplicativo para Atenção Primária à Saúde, desenvolvido em linguagem Visual Basic 5.0, cujos módulos – dados secundários e demanda ambulatorial – foram testados em uma unidade básica de saúde de Pelotas-RS⁽²⁹⁾. Esse instrumento propõe a articulação de dois campos do conhecimento: a Epidemiologia e a Informática. O PACOTAPS possibilita, com o uso de dados secundários, a obtenção da

estrutura por idade e sexo da população de referência, a demanda ambulatorial, e como todos os atendimentos realizados durante um mês nas unidades básicas de saúde pelo processamento das fichas de atendimento ambulatorial⁽²⁹⁾.

O instrumento General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) é um questionário desenvolvido no Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Nacional de Atenção Básica da Universidade de Manchester, Manchester-Reino Unido para o contrato General Practice 2003⁽³⁵⁾. O GPAQ ajuda a descobrir o que os pacientes pensam sobre os cuidados primários prestados pelos médicos. Esse questionário concentra-se especificamente sobre os aspectos da prática geral como acesso, aspectos interpessoais de cuidado e continuidade dos cuidados⁽³⁵⁾.

Observamos que o PCATools e o European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) são instrumentos que vêm sendo utilizados no Brasil. Portanto, o PCATools prevalece como instrumento mais utilizado no Brasil para avaliar a APS, devido ao seu reconhecimento, aceitação e sua validação em vários países como Estados Unidos, Espanha e outros⁽²⁵⁾.

O PCATool (Primary Care Assessment Tool) foi elaborado por Starfield et al.⁽⁸⁾ no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations em Baltimore, Maryland – USA. Esse instrumento, embasado no marco teórico da Atenção Primária à Saúde, mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde⁽⁸⁾.

O PCATool foi desenvolvido com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁽³⁷⁾. Esse modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde⁽³⁷⁾.

O PCATool, originalmente formado por 77 perguntas (itens) sobre os sete atributos da atenção primária à saúde, possibilita, por meio de respostas tipo Likert, construir escores de atenção primária à saúde com intervalo de 1-4 para cada atributo⁽³⁶⁾. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens, que também variam de 1-4. Alguns atributos são formados por subdimensões, como acesso (primeiro contato e utilização), integralidade (serviços recebidos e serviços disponíveis) e coordenação (sistema de informação e fluxo de usuários). Originalmente, a soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde produz o Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde⁽³⁶⁾. A soma da média desses escores essenciais com as médias dos 3 escores derivados produz o Escore Geral da Atenção Primária à Saúde⁽³⁶⁾.

Esse instrumento apresenta a versão criança (PCATool versão Criança – 55 itens), versão adulto (PCATool versão Adulto – 87 itens) e a versão profissionais de saúde (PCATool versão Profissionais – 77 itens)⁽⁸⁾. A versão adulto do instrumento deve ser aplicada a usuários maiores de 18 anos.

O instrumento EUROPEP foi desenvolvido para fornecer feedback para a melhoria da prática, desempenho e organização dos cuidados dos profissionais médicos de família da Atenção Primária à Saúde. O EUROPEP é constituído por 3 partes: 1) **Indicadores chaves** (relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços); 2) **Indicadores de áreas específicas de satisfação** (consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e dos serviços prestados); 3) **Informações sobre os usuários** (dados socioeconômicos, de saúde e atitudes após a experiência)⁽³⁸⁾.

Embora o PCATools e o EUROPEP sejam instrumentos utilizados no Brasil, existe outro instrumento que está sendo utilizado para avaliar a APS, sendo ele o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, apesar não ter sido encontrado nas bases de pesquisas selecionadas, quando falamos do Brasil, é importante descrever o contexto de desenvolvimento desse instrumento⁽²⁵⁾.

O PMAQ procura instituir processos que ampliem a capacidade de gestão federal, estadual e municipal para ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população⁽³⁹⁾. Esse instrumento busca também ampliar o acesso e melhorar a qualidade da APS, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil⁽³⁹⁾.

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização⁽³⁹⁾.

Nessa perspectiva, após analisar os instrumentos de coleta de dados dos estudos selecionados nessa pesquisa, percebemos que, para avaliar o trabalho das equipes de saúde da família, o instrumento mais adequado é o PCATool, pois permite avaliar a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural, indo de encontro com a proposta da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira, que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS^(1, 25).

Para que o instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde possa responder aos objetivos definidos para a pesquisa, deve-se escolher o que melhor responde à pergunta da pesquisa; no nosso caso, como pretendemos avaliar o serviço desenvolvido pela APS, elegemos o PCATool: esse instrumento, ao avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, concomitantemente aponta os indicadores de processo, como as equipes de saúde da família têm desenvolvido sua prática⁽²⁵⁾.

Nesse caso, ao procurar o instrumento “mais adequado” para avaliar a APS, ou seja, que se adequa melhor aos objetivos propostos, resgatou-se que, na pesquisa de avaliação, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica à qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva, busca-se, ao eleger um instrumento de avaliação, que esse possa identificar pontos que devam ser revistos e melhorados pelos gestores de saúde⁽²⁵⁾. Os resultados advindos da aplicação de um instrumento de pesquisa que visa avaliar a APS devem dar subsídios para a criação de novas propostas que possam contribuir para a qualificação da Saúde da Família⁽²⁵⁾.

Para tanto, após analisar os cinco instrumentos validados que foram encontrados na busca bibliográfica dessa pesquisa, verificamos que, para avaliar a Saúde da Família brasileira, o instrumento que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica é o PCATool⁽²⁵⁾.

O PCATool por ser utilizado em vários países, permite conversa internacional, o que é muito importante para mostrar a Estratégia Saúde da Família brasileira, estratégia peculiar que tem impactado e contribuído positivamente para os indicadores de saúde da população. Outro ponto importante é que o PCATool permite também a comparação da ESF com outros serviços internacionais de Atenção Primária à Saúde.

3.2 PRINCIPAIS RESULTADOS DAS PESQUISAS QUE UTILIZARAM O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APS, PCATOOL

No campo da avaliação da Atenção Primária à Saúde, o instrumento PCATool tem sido amplamente utilizado em diversos países como Espanha, EUA, Canadá, Coreia do Sul, China, Argentina, Uruguai, Porto Rico e Brasil. No Brasil teve a tradução e validação por pesquisadores distintos, resultando em duas adaptações distintas⁽⁴⁰⁾:

1. Adaptação realizada por Almeida e Macinko (2006), nas pesquisas realizadas nos municípios de Petrópolis e Rio de Janeiro, para validação das versões criança, adulto e profissionais com modificações no formato original do instrumento. As versões criança e adulto, que no instrumento original são instrumentos separados, foram incluídas em um único questionário, já a versão para profissionais permaneceu em um único questionário. Nos questionários adaptados para o usuário criança, usuário adulto e profissionais, os atributos essenciais foram mantidos e o atributo derivado de competência cultural não foi contemplado; além disso, foi proposto pelos autores a inclusão de um atributo que se refere à formação profissional. E a escala de respostas utilizada (1 = Nunca; 2 = Quase nunca; 3 = Algumas vezes; 4 = Muitas vezes; 5 = Quase sempre; 6 = Sempre; 88 = Não sabe) é bem diferente da escala original⁽¹⁰⁾.
2. Adaptação realizada por Harzheim et al. (2006) manteve o formato original do instrumento com três versões (criança, adulto e profissionais). A escala de respostas manteve-se como na versão original (4 = Com certeza sim; 3 = Provavelmente sim; 2 = Provavelmente não; 1 = Com certeza não; e 9 = Não sei/não lembro)⁽³⁶⁾.

Na presente pesquisa optou-se pela utilização das versões Criança, Adulto e Profissionais do instrumento PCATool adaptadas, traduzidas e validadas pelo Grupo de Pesquisa de Atenção Primária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujo coordenador é o pesquisador Erno Harzheim^(36,41,42).

Diante dos fatos apresentados, se faz importante discorrer sobre as principais pesquisas brasileiras que utilizaram o PCATool na avaliação da APS, conforme segue o quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Principais pesquisas brasileiras que utilizaram o instrumento PCATool para avaliação da APS.

Autores	Título da pesquisa	Local da pesquisa	Resultados
Almeida e Macinko (2006) ⁽¹⁰⁾	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	Petrópolis - RJ	A ESF apresenta melhor desempenho que o modelo tradicional de APS. Observa-se que, nos atributos de acesso, orientação comunitária e familiar, ambos os modelos obtiveram baixos escores.
Ibañez et al. (2006) ⁽⁵⁾	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	62 municípios com mais de 100 mil habitantes do Estado de São Paulo	De forma geral a APS foi avaliada como pouco satisfatória. Observou-se que nos clusters com indicadores sociais mais favoráveis os atributos foram melhores avaliados com exceção de elenco de serviços e orientação comunitária. Os profissionais da ESF tendem a avaliar melhor os serviços da APS que os profissionais do modelo tradicional de APS.
Elias et al. (2006) ⁽⁴³⁾	Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo	São Paulo - SP	A percepção dos gestores e profissionais sobre a APS são semelhantes e sempre melhores que a dos usuários. Na comparação entre os modelos de APS nos diferentes estratos de exclusão social, não foram identificadas diferenças para profissionais e gestores. Em relação aos usuários, percebe-se que a ESF é melhor avaliada.
Harzheim, Starfield, Rajmil e Álvarez Dardet (2006) ⁽³⁶⁾	Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool – Brasil) para serviços de saúde infantil	Porto Alegre - RS	O PCATool-Brasil possui adequada validade e confiabilidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da atenção primária à saúde após sua aplicação em outros contextos populacionais.
Gonçalves (2007) ⁽⁴⁴⁾	Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre	Porto Alegre - RS	Os serviços de APS que obtiveram escores com valor alto possuem maior adoção de práticas preventivas e destacam-se no manejo das complicações de maior morbimortalidade do diabetes.

Oliveira (2007) ⁽⁴⁵⁾	Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária e Porto Alegre: Uma análise agregada	Porto Alegre - RS	Observaram-se diferenças significativas entre os escores atribuídos a APS nos diferentes serviços. Grande parte dos atributos foram mal avaliados nos cinco tipos de serviços de APS avaliados, no entanto, verifica-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização foi bem avaliado em quatro dos cinco serviços de APS avaliados.
Van Stralen, Belisário, Van Stralen, Lima, Massote e Oliveira (2008) ⁽⁴⁶⁾	Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidade com e sem saúde da família na Região Centro Oeste do Brasil	Região Centro Oeste do Brasil	As percepções dos profissionais são sempre mais favoráveis que as dos usuários. Para todos os atributos avaliados, as unidades com saúde da família possuem melhor desempenho, com exceção do acesso.
Castro (2009) ⁽⁴⁷⁾	Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre	Porto Alegre - RS	O acesso de primeiro contato foi o atributo que obteve o pior escore na avaliação em todos os serviços. E a percepção dos médicos e enfermeiros em relação à qualidade da atenção à saúde do adulto é bem diferente entre os quatro serviços avaliados (ESF, UBS, CSEM e SSC). Outro ponto importante é que a UBS foi avaliada com menor grau de orientação para a APS.
Leão e Caldeira (2011) ⁽⁴⁸⁾	Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção	Montes Claros - MG	As equipes onde atuavam profissionais com residência de medicina de família e comunidade apresentaram escores dos atributos da APS mais elevados do que os escores das equipes onde os profissionais não possuíam tal qualificação.
Sala, Luppi, Simões e Marsiglia (2011) ⁽³¹⁾	Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo	Regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo	As categorias porta de entrada, elenco de serviços e coordenação obtiveram bom desempenho enquanto que enfoque familiar, orientação comunitária e acessibilidade receberam as piores avaliações.

Pereira, Abrahão-Curvo, Fortuna, Coutinho, Queluz, Campos et al. (2011) ⁽⁴⁹⁾	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde	Município do Interior do Estado de São Paulo	Os resultados revelam o atributo acesso como um dos pontos de estrangulamento do sistema. A prática de atenção não enfoca a família e a comunidade em seu processo de trabalho. A unidade oferece uma diversidade de serviços, estabelecendo-se como porta de entrada para o sistema, e incorpora ações de coordenação, mas nem sempre estabelece vínculo com os usuários
Braz (2012) ⁽⁵⁰⁾	Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores	Vitória da Conquista - BA	Os resultados revelaram escores elevados para apenas quatro dimensões: grau de afiliação, acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e coordenação (sistema de informação). As outras dimensões apresentaram baixos valores de escore, tais como: o acesso de primeiro contato (acessibilidade), coordenação (integração de cuidados), integralidade (serviços disponíveis e prestados), orientação familiar e orientação comunitária.
Pinto (2012) ⁽⁵¹⁾	Promoção à saúde e atenção primária à saúde em Porto Alegre.	Porto Alegre - RS	As práticas de promoção da saúde são mais frequentes nos serviços, cujos atributos da APS são melhores avaliados.
Barbaro (2012) ⁽⁵²⁾	Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde	Ribeirão Preto - SP	Observou-se que tanto os profissionais que trabalham na UBS quanto na ESF avaliaram a acessibilidade com baixo escore, e avaliaram os demais atributos com valores iguais ou acima de 6,6.
Oliveira (2012) ⁽⁵³⁾	Avaliação da Atenção Primária à Saúde da criança no município de Colombo – Paraná	Colombo - PR	As Unidades de ESF obtiveram escores superiores ao mínimo exigido em Afiliação, Coordenação, Integralidade, Orientação Familiar e Acessibilidade, metade dos 10 atributos estudados. No que tange às UBS, todos os escores ficaram abaixo do ideal para a APS.

Ferrer (2013) ⁽⁵⁴⁾	Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo	Região oeste do município de São Paulo	Na perspectiva dos usuários, com exceção do atributo coordenação, todos os demais apresentaram baixa orientação aos princípios da APS. Os profissionais atribuíram bons escores para a maioria dos atributos avaliados, com exceção do acesso, observando-se diferenças em comparação às avaliações feitas pelos usuários.
Chomatas, Vigo, Marty, Hauser e Harzheim (2013) ⁽⁵⁵⁾	Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008	Curitiba - PR	Os resultados indicam que as unidades com ESF apresentam maior presença e extensão dos atributos da APS em relação às unidades tradicionais.
Dias (2013) ⁽⁵⁶⁾	Assistência em saúde: uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá – MT	Cuiabá - MT	A acessibilidade, serviços disponíveis e orientação comunitária obtiveram baixo escore por parte dos profissionais. Os atributos acessibilidade, serviços disponíveis, serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária foram avaliados com baixos escores pelos usuários. A análise conjunta dos escores essenciais e derivados dos atributos da APS registra um valor de alto escore na visão dos profissionais, e baixo escore dos usuários.
Harzheim, Lima e Hauser, (2013) ⁽⁵⁷⁾	Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro -RJ	Os resultados mostram que as unidades do modelo A (100% ESF) apresentam maior orientação para APS de acordo com PCATool do que as unidades do modelo B (unidades com algumas ESF) e modelo C (unidades tradicionais, sem ESF).
Furtado, Braz, Pina, Mello e Lima (2013) ⁽⁵⁸⁾	A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária	Cidade do interior do Estado de São Paulo localizada na região nordeste do Estado	As mães entrevistadas reconhecem e têm experiência com os aspectos da acessibilidade, atenção integral e coordenação da atenção, assim como orientação à comunidade, marcada pela preocupação e envolvimento da equipe de saúde na atenção à saúde das crianças, de suas famílias e comunidade.

Paula (2013) ⁽⁵⁹⁾	Avaliação dos atributos da atenção primária na saúde do adulto na estratégia de saúde da família de Diamantina – MG	Diamantina - MG	Os resultados revelaram escores satisfatórios para apenas dois atributos: Acesso de primeiro contato – Utilização e Coordenação – Sistema de informações. Os demais atributos apresentaram baixos valores de escore, tais como: Acesso de primeiro contato – Acessibilidade, longitudinalidade, Coordenação – Integração de cuidados, integralidade (Serviços disponíveis e Serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária.
Vitoria, Harzheim, Takeda e Hauser (2013) ⁽⁶⁰⁾	Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil	Chapecó - SC	Foi encontrada inadequação no alto número de habitantes por equipe de saúde, na baixa oferta de consultas, na baixa formação profissional para a APS e na falta de avaliação sistemática das ações. Da mesma forma, o processo foi considerado satisfatório em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato (escore: 3,6) e longitudinalidade (escore: 6,0).
Reis, Coimbra, Silva, Santos, Alves e Lamy (2013) ⁽⁶¹⁾	Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários	São Luís - MA	Usuários tiveram dificuldades no acesso e na utilização dos serviços, também considerados insatisfatórios pelos gestores e profissionais. O acesso foi a dimensão pior avaliada e o não funcionamento das unidades após as 18 horas e finais de semana foram suas principais dificuldades.
Silva, Fonseca, Souza, Siqueira, Belasco e Barbosa, (2014) ⁽⁶²⁾	Integralidade e Atenção Primária à Saúde sob a ótica dos usuários	Montes Claros - MG	Em relação à integralidade da APS, houve melhor avaliação pela população que utiliza a ESF, comparando com a de quem utiliza outros serviços. Os atributos primeiro contato, acessibilidade e longitudinalidade obtiveram escores mais elevados na modalidade de ESF em comparação com outros serviços.

Silva (2014) ⁽⁶³⁾	Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais	Microrregião de saúde de Alfenas - MG	Os profissionais conferiram escores mais altos na avaliação da ESF para a maioria dos atributos. Houve consenso dos três grupos na avaliação de baixos escores para o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, e para altos escores no atributo Longitudinalidade. Os grupos de usuários concordaram nos baixos escores para os atributos de Orientação Familiar, Orientação Comunitária, Integralidade Serviços Prestados, Integralidade Serviços Disponíveis, Escore Essencial e Escore Geral.
Inocêncio (2014) ⁽⁶⁴⁾	Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde, sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais	Juiz de Fora - MG	Somente o atributo Sistema de Informação - Coordenação obteve escore satisfatório. As UAPS-SF obtiveram valores de escores superiores às UAPS tradicionais/PACS nos atributos Serviços Disponíveis - Integralidade, Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Sistemas de Informação – Coordenação.
Cesar, Campos, Montebelo e Sarmiento (2014) ⁽⁶⁵⁾	Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil	Piracicaba- SP	As USF apresentaram maiores valores que as UBS para vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar, orientação para comunidade e total da Atenção Básica. Os gestores apresentaram maior valor para acesso que os profissionais das unidades.
Marques, Freitas, Leão, Oliveira, Pereira, Caldeira (2014) ⁽⁶⁶⁾	Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola	São Francisco – Minas Gerais	Apenas dois atributos da atenção primária apresentaram valores satisfatórios: Acesso-Utilização e Coordenação-Sistema de informação. Os piores escores foram para os atributos de Orientação Familiar e Acesso-acessibilidade. O escore geral também mostrou valor abaixo do satisfatório.
Lima, Sousa, Primo, Leite, Lima e Maciel (2015) ⁽⁶⁷⁾	Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado	Serra - ES	Verificou-se que a dimensão “acessibilidade” apresentou menor média (1,80). Por outro lado, “acesso” foi a dimensão mais bem avaliada (8,76). Os atributos: “longitudinalidade”, “coordenação”, “integralidade” e “orientação” tiveram resultados insatisfatórios.

Araújo, Mendonça e Sousa (2015) ⁽⁶⁸⁾	Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária.	Distrito Federal - Brasil	Os participantes apontaram insatisfação com o cuidado à saúde integral da criança nas duas regiões. O acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação são limitados na teoria e na prática dos profissionais, nos dois modelos de atenção.
Harzheim, Pinto, Hauser e Soranz (2016) ⁽⁶⁹⁾	Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil	Rio de Janeiro - RJ	As unidades tipo A – Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família que possuem apenas Equipes de Saúde da Família - obtiveram desempenho superior quando comparadas às unidades tipo B, na avaliação de adultos e crianças que utilizam os serviços de APS. Os escores dos atributos “acesso – primeiro contato/acessibilidade”, “integralidade – serviços prestados”, “orientação comunitária” e “orientação familiar” ainda precisam obter melhor desempenho.

As principais pesquisas realizadas no Brasil para avaliação da APS e que utilizaram o PCATool apresentam resultados semelhantes. Observa-se que, nos estudos onde a ESF e o modelo tradicional de APS são comparados, a ESF é sempre melhor avaliada em relação à presença e extensão dos atributos. E os profissionais sempre avaliam melhor a APS que os usuários. Outro ponto importante é que as unidades com profissionais com residência ou especialização em saúde da família apresentam melhores resultados. Em grande parte dos estudos, o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foi mal avaliado, seguido pelos atributos de orientação comunitária, orientação familiar e integralidade.

Embora o PCATool tenha sido utilizado em inúmeros cenários geográficos no Brasil e respondido por diversos atores sociais que prestam e recebem os serviços de APS, apresenta limitações como considerar, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos possuem o mesmo peso/valor na medida de orientação para APS e utilizar apenas a experiência dos atores envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando a avaliação técnica do serviço prestado. Em relação ao tipo de pesquisa, observa-se que os estudos de avaliação transversal estão sujeitos às limitações próprias desse tipo de delineamento, sendo que uma delas é a validade externa, já que os resultados da pesquisa avaliativa de serviços devem ser discutidos considerando-se a realidade local dos serviços⁽³⁰⁾.

Nessa perspectiva, apesar de ter limitações, a utilização do instrumento PCATool permite comparar os diversos cenários territoriais brasileiros, cenários heterogêneos em relação aos serviços de APS disponíveis e prestados à população, a partir da avaliação da presença e extensão dos atributos da APS como medida de qualidade desses serviços.

4 METODOLOGIA

4 - METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva de cunho quantitativo e delineamento transversal.

Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão (Novaes, 2000, p.550)⁽¹¹⁾.

De acordo com Minayo, Assis e Souza (2005), o hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas é recente⁽⁷⁰⁾. Multiplicou-se após a Segunda Guerra Mundial, nos países desenvolvidos, acompanhando os maciços investimentos em políticas públicas de bem estar social⁽⁷⁰⁾. Nos últimos 60 anos a avaliação passou a fazer parte da pauta de investimentos teóricos e práticos, ao lado das pesquisas sociais, visando à maior eficiência na aplicação de recursos e efetividade das ações. Atualmente a avaliação das políticas sociais passou a ser intensamente valorizada, por ser um campo onde as decisões de investimento são muito complexas e marcadas por fortes componentes culturais e políticos⁽⁷⁰⁾.

A avaliação é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, ou sobre qualquer um de seus componentes, com o intuito de auxiliar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer os dois tipos de avaliação⁽⁷¹⁾.

Os sistemas de saúde estão em crise no mundo inteiro. A crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população, em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar gastos públicos, do outro, nos dão a sensação de o sistema de saúde não corresponder mais às necessidades da população. Para tanto, é imperioso que as decisões, tanto dos gestores e planejadores como dos clínicos, se baseiem em conhecimentos científicos sólidos⁽⁷²⁾.

A tarefa de avaliar, tão necessária quanto complexa, requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem essa premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o

compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde⁽⁹⁾.

No campo de avaliação sistemática de programas e serviços a complexidade das iniciativas que enfrentam problemas sociais e de saúde requerem, para sua abordagem, muito mais profundidade que o senso comum poderia oferecer e a consideração de que muito mais aspectos do que a avaliação para o controle seria capaz de permitir (Furtado, 2015, p. 766)⁽⁷³⁾.

As avaliações mais comumente realizadas se referem às avaliações de implantação ou de impacto dos programas. Segundo Nemes (2001), os programas são definidos como um conjunto de recursos que proporcionam serviços para uma população-alvo de um modo organizado em relação ao tempo e ao espaço. A finalidade original das atividades de um programa se dá “sob e sobre coletivos”⁽⁷⁴⁾.

A avaliação de programas mostra, de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade, e, de outro, com a ciência social e política e o planejamento, pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços e procedimentos concretos, daí a necessidade de explicitação clara do objeto (qual programa, quais componentes), bem como de seu escopo (objetivos e limites)^(11,37).

Entre 2002 e 2010, houve um aumento do número de publicações sobre avaliação de programas e projetos relativos à APS, mais especificamente avaliações sobre a ESF, no país. Mesmo sendo caracterizadas como avaliações, algumas dessas pesquisas descreviam e analisavam os indicadores de saúde e os processos de implantação, cobertura e trabalho da ESF. Abordavam ainda os avanços e desafios dessa estratégia como proposta de reorientação do modelo assistencial. Estudos desse tipo foram desenvolvidos em todo o país, podendo aqui citarmos as pesquisas realizadas em Florianópolis⁽⁷⁵⁾; Niterói⁽⁷⁶⁾, Ibiá, Contagem, Vitória da Conquista, Curitiba, Niterói⁽⁷⁷⁾; e Camaragibe⁽⁷⁸⁾. Outros autores compararam o custo efetividade da implantação da ESF como em Porto Alegre⁽⁷⁹⁾.

Luppi, Andrade, Simões e Pinho et al. (2011) citam o projeto Estudos de Linha de Base (ELB), como importante conjunto de estudos de avaliação da APS⁽⁸⁰⁾. Esses mostravam experiências de implantação da ESF de todas as regiões do país. Os ELB se constituíam em um dos componentes do Programa de Expansão e Fortalecimento da Saúde da Família – PROESF, organizado pela Comissão de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde em parceria com algumas universidades e centros de pesquisa no país, que tinha como finalidade fornecer subsídios empíricos para a implantação de novas equipes de saúde da família e reorganização das existentes. Esse grupo de estudos foi realizado em centros

urbanos com mais de 100 mil habitantes nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do país, e apresentou desenhos metodológicos diversos:

- Estudos do tipo inquérito domiciliar de base populacional, de Facchini et al. (2006) e Facchini et al. (2008), que tinham como finalidade oferecer contribuições à elaboração de uma metodologia para avaliar a efetividade da ESF em comparação ao modelo tradicional de Unidade Básica de Saúde (UBS) e estudos que avaliaram o desempenho da ESF por meio de indicadores de saúde e da AB, como o de Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006)^(81,82,83);
- Ibañez et al. (2006) e Elias et al. (2006), também avaliaram a efetividade da ESF em comparação com a UBS tradicional. Utilizaram o PCATool que não era validado no Brasil, como instrumento de coleta de dados^(5,43);
- As pesquisas de Souza et al. (2008) e Camargo et al. (2008) utilizaram a abordagem qualitativa de dados primários para realizar suas avaliações. A primeira pesquisa versou sobre o acesso e o acolhimento, a segunda sobre, a organização e a integralidade do cuidado, e a terceira, também sobre a integralidade, tendo a assistência à gestante como condição traçadora^(84,85);
- Scochi et al. (2008) avaliaram o processo de capacitação para a implantação do PROESF em municípios do Paraná e optaram por uma abordagem de pesquisa quanti-qualitativa⁽⁸⁶⁾;

Fora desse grupo de ELB identificamos outros estudos importantes:

- Giovanella et al. (2009) realizou um extenso estudo de análise do modelo assistencial da atenção básica em saúde a partir da implementação da ESF em quatro grandes centros urbanos do país situados nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste⁽⁸⁷⁾. Por meio de uma pesquisa quanti-qualitativa analisou o contexto político e institucional da implantação da ESF; avaliou a conformação da rede de serviços a partir da ESF; a coordenação e a continuidade das ações e serviços; examinou as iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde para garantir a intersetorialidade e identificou e analisou os fatores facilitadores e limitantes da implementação da ESF no que concerne a integração com a rede assistencial e coordenação dos cuidados;
- Barbosa et al. (2009), também realizaram avaliações da ESF buscando aferir o desempenho e o resultado das equipes⁽⁸⁸⁾.

Nesse sentido desenvolver projetos de pesquisa que possam produzir conhecimento sobre o desempenho dos programas e sistemas de saúde revela-se uma importante contribuição social, não apenas de uma perspectiva local, mas também internacional.

A presente pesquisa adota o desenho metodológico proposto por Barbosa et al. (2009), com o desafio de fazer essa avaliação em pequenos municípios.

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

4.1.1 Caracterização do espaço geográfico

Essa pesquisa foi realizada na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 11 de Presidente Prudente, composta por cinco Comissões Intergestores Regionais (CIRs): Alta Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema^(89,90). O número de municípios e habitantes das CIRs são descritos abaixo^(89,90):

- Alta Paulista, doze municípios: Dracena (45.346 mil habitantes), Flora Rica (1.699 mil habitantes), Irapuru (8.123 mil habitantes), Junqueirópolis (19.765 mil habitantes), Monte Castelo (4.187 mil habitantes), Nova Guataporanga (2.270 mil habitantes), Ouro Verde (4.128 mil habitantes), Paulicéia (6.807 mil habitantes), Panorama (15.288 mil habitantes), Santa Mercedes (2.929 mil habitantes), São João do Pau d'Alho (2.150 mil habitantes) e Tupi Paulista (14.976 mil habitantes);
- Alta Sorocabana com dezenove municípios: Alfredo Marcondes (4.064 mil habitantes), Álvares Machado (24.482 mil habitantes), Anhumas (3.941 mil habitantes), Caiabu (4.201 mil habitantes), Emilianópolis (3.149 mil habitantes), Estrela do Norte (2.752 mil habitantes), Indiana (4.951 mil habitantes), Martinópolis (25.473 mil habitantes), Narandiba (4.564 mil habitantes), Presidente Bernardes (13.724 mil habitantes), Presidente Prudente (218.960 mil habitantes), Pirapozinho (26.146 mil habitantes), Regente Feijó (19.468 mil habitantes), Ribeirão dos Índios (2.248 mil habitantes), Sandovalina (3.974 mil habitantes), Santo Anastácio (21.059 mil habitantes), Santo Expedito (2.963 mil habitantes), Taciba (6.023 mil habitantes) e Tarabai (7.028 mil habitantes);

- Alto Capivari com cinco municípios: Iepê (7.966 mil habitantes), João Ramalho (4.361 mil habitantes), Nantes (2.905 mil habitantes), Quatá (13.501 mil habitantes) e Rancharia (29.732 mil habitantes);
- Extremo Oeste Paulista com cinco municípios: Caiuá (5.418 mil habitantes), Marabá Paulista (5.251 mil habitantes), Presidente Epitácio (43.155 mil habitantes), Presidente Venceslau (39.265 mil habitantes) e Piquerobi (3.665 mil habitantes);
- Pontal do Paranapanema com quatro municípios: Euclides da Cunha Paulista (9.729 mil habitantes), Mirante do Paranapanema (17.820 mil habitantes), Rosana (19.156 mil habitantes) e Teodoro Sampaio (22.424 mil habitantes).

A figura 2 abaixo mostra a RRAS 11 de Presidente Prudente e os respectivos municípios que a compõem.

Figura 2 – Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 11. Estado de São Paulo, 2012⁽⁸⁹⁾.

Fonte: Secretaria da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Conselho Estadual de Saúde. RRAS. São Paulo, 2012.

Tabela 3 - População Total, IPRS 2012, Número de ESF, Percentual de cobertura de Saúde Família nos municípios da RRAS 11 de Presidente Prudente^(91,92).

Município	População 2013/mil habitantes	IPRS 2012	Número de equipes da ESF 2015	% cobertura da ESF 2015	Número de pessoas cobertas pela ESF 2015
Dracena	45.346	Grupo 3	1	7,61	3.450
Flora Rica	1.699	Grupo 3	1	99,35	1.688
Irapuru	8.123	Grupo 5	2	84,94	6.900
Junqueirópolis	19.765	Grupo 4	8	96,06	18.986
Monte Castelo	4.187	Grupo 4	2	96,97	4.060
Nova Guataporanga	2.270	Grupo 4	1	96,52	2.191
Ouro Verde	8.216	Grupo 4	2	83,98	6.900
Paulicéia	6.807	Grupo 5	2	95,43	6.496
Panorama	15.288	Grupo 4	3	67,70	10.350
Santa Mercedes	2.929	Grupo 4	1	96,82	2.836
São João do Pau d'Alho	2.150	Grupo 3	1	97,3	2.092
Tupi Paulista	14.976	Grupo 4	4	92,15	13.800
Alfredo Marcondes	4.064	Grupo 3	2	96,48	3.921
Álvares Machado	24.482	Grupo 4	5	70,46	17.250
Anhumas	3.941	Grupo 3	2	96,12	3.788
Caiabu	4.201	Grupo 4	2	96,93	4.072
Emilianópolis	3.149	Grupo 4	1	96,54	3.040
Estrela do Norte	2.752	Grupo 4	1	96,77	2.663
Indiana	4.951	Grupo 4	2	97,13	4.809
Martinópolis	25.473	Grupo 4	7	94,81	24.150
Narandiba	4.564	Grupo 3	2	95,77	4.371
Presidente Bernardes	13.724	Grupo 3	6	97,68	13.406
Presidente Prudente	218.960	Grupo 4	16	25,21	55.200
Pirapozinho	26.146	Grupo 4	7	92,37	24.150
Regente Feijó	19.468	Grupo 4	5	88,61	17.250
Ribeirão dos Índios	2.248	Grupo 4	1	97,06	2.182
Sandovalina	3.974	Grupo 4	2	95,42	3.792
Santo Anastácio	21.059	Grupo 4	4	65,53	13.800
Santo Expedito	2.963	Grupo 3	1	96,02	2.845
Taciba	6.023	Grupo 3	2	96,11	5.789
Tarabai	7.028	Grupo 5	3	95,77	6.731
Iepê	7.966	Grupo 4	2	86,62	6.900
João Ramalho	4.361	Grupo 4	2	96,24	4.197
Nantes	2.905	Grupo 3	1	95,49	2.774
Quatá	13.501	Grupo 5	4	96,08	12.972

(continua)

(continuação)

Município	População 2013/mil habitantes	IPRS 2012	Número de equipes da ESF 2015	% cobertura da ESF 2015	Número de pessoas cobertas pela ESF 2015
Rancharia	29.732	Grupo 3	8	92,83	27.600
Cauiá	5.418	Grupo 4	3	95,37	5.167
Marabá Paulista	5.251	Grupo 5	2	94,86	4.981
Presidente Epitácio	43.155	Grupo 4	9	71,95	31.050
Presidente Venceslau	39.265	Grupo 3	7	61,51	24.150
Piquerobi	3.665	Grupo 3	1	94,13	3.450
Euclides da Cunha Paulista	9.729	Grupo 5	5	97,55	9.491
Mirante do Paranapanema	17.820	Grupo 4	7	96,45	17.187
Rosana	19.156	Grupo 4	7	99,22	19.006
Teodoro Sampaio	22.424	Grupo 5	8	96,30	21.595

(conclusão)

Fonte: Elaborada a partir de dados da Fundação Seade e Sala de Apoio e Gestão Estratégica, 2015

Conforme mostra a tabela 3, no ano de 2012, 25 municípios da RRAS 11 de Presidente Prudente apresentaram Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) igual a 4, o que nos mostra que a maioria desses municípios apresenta baixos níveis de riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade. E 13 municípios da RRAS 11 apresentaram IPRS 3, o grupo 3 é caracterizado por municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores nas dimensões de longevidade e escolaridade. Outro ponto importante a destacar é que 7 municípios pertencentes a RRAS 11 foram classificados no grupo 5 do IPRS, pois apresentaram baixos índices de riqueza, escolaridade e longevidade.

4.1.2 Indicadores de Saúde nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana

Para descrever a situação de saúde nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana selecionou-se um grupo de indicadores de saúde, que será apresentado a seguir.

Tabela 4 – Taxa de Mortalidade Infantil no período de 2010 a 2015 nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana⁽⁹³⁾.

Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alfredo Marcondes	0,00	0,00	21,28	1,74	0,00	43,48
Álvares Machado	7,49	2,53	2,25	0,00	12,01	0,00
Anhumas	22,22	0,00	0,00	0,00	20,83	0,00
Caiabu	0,00	0,00	0,00	0,00	20,83	0,00
Emilianópolis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00
Estrela do Norte	28,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Iepê	9,62	10,53	10,75	10,10	10,87	8,77
Indiana	16,39	17,24	15,38	0,00	28,99	15,87
João Ramalho	35,09	44,78	18,18	15,38	17,86	23,53
Martinópolis	13,65	17,99	0,00	10,10	9,87	25,89
Nantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Narandiba	27,03	26,32	0,00	0,00	0,00	10,87
Pirapozinho	11,59	17,67	26,67	6,19	9,90	12,66
Presidente Bernardes	0,00	7,87	0,00	8,77	14,60	0,00
Presidente Prudente	9,75	10,07	12,53	12,03	12,15	6,21
Quatá	20,20	12,82	16,57	12,58	10,58	10,58
Rancharia	13,81	2,56	7,73	15,50	10,23	16,39
Regente Feijó	9,09	12,93	17,39	31,25	3,86	16,74
Ribeirão dos Índios	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sandovalina	0,00	0,00	15,63	0,00	0,00	16,39
Santo Anastácio	7,94	0,00	4,78	14,15	0,00	5,13
Santo Expedito	0,00	0,00	0,00	32,26	0,00	0,00
Taciba	15,38	0,00	0,00	11,76	0,00	0,00
Tarabai	0,00	10,20	12,99	0,00	22,22	10,20

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir de dados da matriz de indicadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016⁽⁹³⁾.

A Taxa de Mortalidade Infantil mostra as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil⁽⁹⁴⁾.

Conforme mostra a tabela 4, nos anos de 2014 e 2015 os municípios de Alfredo Marcondes, Emilianópolis, Indiana, João Ramalho e Martinópolis apresentaram Taxa de Mortalidade Infantil classificada com valor médio conforme a classificação da RIPSa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde) que classifica o valor da taxa como alto (50 por mil ou mais), médio (20 a 49) e baixo (menos de 20)⁽⁹³⁾.

Outro indicador de saúde importante é a mortalidade materna e, de acordo com os dados da RIPSa, a maioria dos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana não tiveram óbitos maternos no período de 2010 a 2015, exceto os municípios de Pirapozinho, Presidente Bernardes e Presidente Prudente, com ocorrências em 2015. A mortalidade materna associa-se à insatisfatória prestação de serviços de planejamento familiar, assistência pré-natal, parto e puerpério⁽⁹⁴⁾.

Tabela 5 – Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no período de 2010 a 2015 nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.

Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alfredo Marcondes	80,56	84,44	78,72	76,09	82,93	80,43
Álvares Machado	93,63	92,41	84,46	64,75	76,58	79,11
Anhumas	71,11	83,72	83,33	76,00	81,58	83,33
Caiabu	75,93	73,68	84,09	85,11	72,92	88,24
Emilianópolis	79,31	60,00	70,00	74,07	44,44	85,00
Estrela do Norte	74,29	71,43	80,00	80,95	82,14	88,00
Iepê	89,42	92,63	89,25	89,90	88,04	92,11
Indiana	81,97	75,86	84,62	77,78	82,61	84,13
João Ramalho	87,72	79,10	78,18	75,38	76,79	67,06
Martinópolis	81,23	91,37	83,87	84,85	82,89	82,20
Nantes	84,78	86,96	85,71	81,82	92,11	93,94
Narandiba	77,03	75,00	74,60	86,49	83,70	81,52
Pirapozinho	71,30	73,50	76,67	76,47	75,91	80,38
Presidente Bernardes	77,44	66,93	74,19	71,93	82,48	80,56
Presidente Prudente	70,94	71,93	74,74	77,08	77,71	80,00
Quatá	88,38	86,54	87,29	82,39	84,13	86,77
Rancharia	82,87	79,74	77,06	81,14	80,56	82,24
Regente Feijó	78,18	84,48	81,30	68,30	85,71	84,94
Ribeirão dos Índios	71,43	28,57	80,00	61,90	68,75	66,67
Sandovalina	71,21	74,60	82,81	80,36	80,33	81,97
Santo Anastácio	77,38	71,43	81,82	71,23	74,67	81,54
Santo Expedito	60,71	65,00	70,97	67,74	84,21	75,61
Taciba	64,62	73,03	72,31	64,71	71,23	70,33
Tarabai	70,97	78,57	71,43	77,42	88,89	76,53

Conforme a tabela 5, no ano de 2015 o percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, nos municípios de Iepê e Nantes ficou acima do parâmetro de 90%, parâmetro do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) que define que 90% das gestantes atendidas nos municípios devem ter 7 ou mais consultas de pré-natal. Destaca-se que a maioria dos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana ficaram abaixo do parâmetro de 90% e os municípios de João Ramalho e Ribeirão dos Índios em particular foram os que obtiveram o menor percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal em 2015⁽⁹⁵⁾.

Tabela 6 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no período de 2010 a 2015 nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.

Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alfredo Marcondes	1,15	0,86	0,82	0,74	0,38	0,01
Álvares Machado	0,53	0,53	0,56	0,58	0,33	0,01
Anhumas	0,83	0,59	0,57	0,68	0,22	0,01
Caiabu	1,22	1,27	1,13	1,17	0,45	0,04
Emilianópolis	0,95	1,00	0,76	1,07	0,54	0,01
Estrela do Norte	0,79	0,60	0,92	0,71	0,31	0,01
Iepê	0,87	0,83	0,82	0,84	0,49	0,03
Indiana	1,34	1,27	1,18	1,11	0,27	0,01
João Ramalho	0,96	1,05	1,17	1,22	0,62	0,02
Martinópolis	0,76	0,66	0,67	0,69	0,47	0,01
Nantes	1,76	1,61	1,18	1,18	0,72	0,02
Narandiba	0,48	1,03	1,23	0,50	0,63	0,01
Pirapozinho	0,62	0,56	0,58	0,54	0,33	0,01
Presidente Bernardes	0,57	0,64	0,45	0,55	0,50	0,01
Presidente Prudente	0,46	0,47	0,51	0,48	0,25	0,01
Quatá	0,68	0,70	0,73	0,75	0,43	0,01
Rancharia	1,20	1,23	1,18	1,06	0,99	0,01
Regente Feijó	0,94	0,94	0,89	1,15	0,43	0,01
Ribeirão dos Índios	1,42	1,32	1,36	1,09	0,85	0,01
Sandovalina	0,77	0,72	0,87	0,74	0,41	0,01
Santo Anastácio	0,82	0,88	0,71	0,74	0,43	0,01
Santo Expedito	0,98	0,96	0,93	1,27	0,48	0,04
Taciba	0,80	0,76	0,88	1,09	0,42	0,01
Tarabai	0,79	0,75	0,78	0,68	0,41	0,00

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir de dados da matriz de indicadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016⁽⁹³⁾.

Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana observou-se que no período entre 2010 e 2015 todos os municípios apresentaram decréscimo na Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. A razão esperada para esse indicador é 0,3, que pressupõe alcançar 100% das mulheres elegíveis do programa, a cada três anos⁽⁹⁵⁾.

Tabela 7 – Percentual de internação por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB no período de 2010 a 2015 nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.

Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alfredo Marcondes	16,45	20,52	14,57	19,54	14,89	17,66
Álvares Machado	26,71	24,68	20,73	22,79	18,07	20,51
Anhumas	17,78	22,74	23,44	20,67	17,26	15,85
Caiabu	21,84	17,71	28,10	23,24	21,61	20,86
Emilianópolis	36,33	33,85	29,66	20,34	22,37	30,31
Estrela do Norte	12,44	16,75	16,23	13,38	12,74	11,86
Iepê	30,65	28,32	26,83	22,01	18,87	27,21
Indiana	18,16	21,27	25,27	16,56	16,24	17,54
João Ramalho	27,22	25,86	23,17	25,28	20,54	20,00
Martinópolis	24,18	23,30	26,35	25,77	21,91	23,13
Nantes	25,93	23,66	23,96	25,87	18,81	23,37
Narandiba	11,85	12,46	13,79	11,85	11,79	12,60
Pirapozinho	12,95	13,64	15,24	14,48	12,12	12,25
Presidente Bernardes	49,72	40,80	36,57	33,61	33,22	38,61
Presidente Prudente	15,13	16,17	15,78	15,74	13,54	13,08
Quatá	18,45	19,77	19,84	18,99	21,03	22,47
Rancharia	24,81	25,04	26,42	23,06	26,25	26,70
Regente Feijó	24,67	24,40	29,06	27,64	26,39	22,69
Ribeirão dos Índios	26,94	29,80	28,42	18,50	22,65	29,41
Sandovalina	14,93	23,86	17,09	15,00	16,18	13,86
Santo Anastácio	35,67	44,31	45,32	33,21	26,62	35,20
Santo Expedito	12,55	8,42	13,56	13,81	10,57	15,18
Taciba	17,86	15,45	18,74	19,57	13,69	13,43
Tarabai	13,50	16,21	14,31	16,14	12,76	9,02

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir de dados da matriz de indicadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016⁽⁹³⁾.

Conforme mostra a tabela 7 sobre o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), os municípios de Emilianópolis, Presidente Bernardes, Ribeirão

dos Índios e Santo Anastácio no ano de 2015 obtiveram valores acima de 28,6%, valor definido como parâmetro pelo IDSUS⁽⁹⁵⁾.

O indicador ICSAP, de acordo com IDSUS, para ser considerado como adequado, deve ter valor igual ou menor a 28,6%; quando ultrapassa o valor parâmetro pode significar que a APS não está sendo resolutive e que há necessidade de uma investigação mais profunda, pois quando a APS não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando custos e deslocamentos desnecessários⁽⁹⁵⁾.

Os dados apresentados acima apontam que o cenário de estudo dessa pesquisa é bastante heterogêneo no que tange a seus indicadores de APS.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos que participaram da presente pesquisa são:

- Profissionais de saúde divididos em: gestores de saúde, médicos e enfermeiros da ESF;
- População maior de 18 anos cadastrada nas ESFs dos 24 municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, dividida em dois grupos: cuidadores (mães, pais, avós, tios, babás) de crianças menores de dois anos e usuários adultos que utilizam o serviço.

4.2.1 Critérios utilizados para a seleção dos municípios, equipes de saúde da família e sujeitos da pesquisa

- Foram selecionados os municípios com cobertura populacional de ESF maior ou igual a 50% da população;
- Participaram da pesquisa as equipes de ESF que iniciaram seu funcionamento há pelo menos 5 anos e que trabalham na área urbana dos municípios;
- Para a seleção dos profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalham na ESF foi utilizado o critério de trabalhar há no mínimo 1 ano na equipe;

- Os cuidadores de crianças menores de 2 anos que responderam ao PCATool versão criança, tinham idade igual ou superior a 18 anos e eram cadastrados há pelo menos 1 ano na ESF.
- Os usuários adultos que responderam ao PCATool versão adulto, tinham idade igual ou superior a 18 anos e eram cadastrados há pelo menos 1 ano na ESF.
- Os gestores de saúde que responderam ao PCATool versão adulto atuavam nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana na função de secretário municipal de saúde ou coordenador da Atenção Básica.

4.2.2 Planejamento Amostral

A. Seleção dos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente que integraram a pesquisa

De acordo com o critério de inclusão dos municípios de possuir pelo menos 50% de cobertura de ESF, dos 24 municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, selecionaram-se 23 municípios que atendem ao critério, conforme mostra a tabela 8.

Tabela 8 – Municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente com cobertura populacional de ESF superior a 50%, 2015^(90,91).

Município	Número total de Equipes da ESF	% de cobertura da ESF	Número total de pessoas residentes	Número de pessoas cobertas pela ESF
Alfredo Marcondes	2	96,48	4.083	3.921
Álvares Machado	5	70,46	24.568	17.250
Anhumas	2	96,12	3.970	3.788
Caiabu	2	96,93	4.204	4.072
Emilianópolis	1	96,54	3.162	3.040
Estrela do Norte	1	96,77	3.162	2.663
Iepê	2	86,62	8.002	6.900
Indiana	2	97,13	4.946	4.809
João Ramalho	2	96,24	4.389	4.197
Martinópolis	7	94,81	25.641	24.150
Nantes	1	95,49	2.943	2.774
Narandiba	2	95,77	4.611	4.371
Pirapozinho	7	92,37	26.374	24.150
Presidente Bernardes	6	97,68	13.645	13.406
Quatá	4	96,08	13.603	12.972
Rancharia	8	92,83	29.755	27.600
Regente Feijó	6	95,50	19.602	18.720
Ribeirão dos Índios	1	97,06	2.247	2.182
Sandovalina	2	95,42	4.026	3.792
Santo Anastácio	4	65,53	21.051	13.800
Santo Expedito	1	96,02	2.988	2.845
Taciba	2	96,11	6.067	5.789
Tarabai	3	95,77	7.099	6.731
Total	73	---	---	213.922

Fonte: Tabela elaborada pelos autores por meio de dados disponibilizados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE)^(90, 91).

B. Seleção das equipes de Estratégia Saúde da Família das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente que integrarão a pesquisa

Após a definição dos municípios que integraram a amostra, realizou-se a seleção das equipes de ESF que seguem os critérios de ter iniciado seu funcionamento há pelo menos cinco anos, sem interrupção do atendimento e atender a população da zona urbana segundo Giovanella, Escorel, Mendonça (2009) e Silva (2014)^(63,87). As equipes de ESF que acompanham a zona rural foram excluídas da amostra pela dificuldade logística da coleta de dados. A tabela 9 mostra as equipes por municípios que atendem aos dois critérios de inclusão.

Tabela 9 – Equipes da Estratégia Saúde da Família que cumprem os critérios de inclusão nos municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente, 2015⁽⁹⁶⁾.

Município	Número de equipes de ESF total	Número de equipes de ESF que atenderam aos critérios
Alfredo Marcondes	2	1
Álvares Machado	5	5
Anhumas	2	2
Caiabu	2	1
Emilianópolis	1	1
Estrela do Norte	1	1
Iepê	2	2
Indiana	2	1
João Ramalho	2	2
Martinópolis	7	6
Nantes	1	1
Narandiba	2	1
Pirapozinho	7	6
Presidente Bernardes	6	6
Quatá	4	4
Rancharia	8	7
Regente Feijó	6	5
Ribeirão dos Índios	1	1
Sandovalina	2	1
Santo Anastácio	4	2
Santo Expedito	1	1

(continua)

(continuação)

Município	Número de equipes de ESF total	Número de equipes de ESF que atenderam aos critérios
Taciba	2	2
Tarabai	3	3
Total	73	62

(conclusão)

Fonte: Tabela elaborada pelos autores por meio de dados disponibilizados no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁽⁹⁶⁾.

C. Seleção da população adulta e infantil das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente

Para a definição da população adulta que integrou a amostra de participantes para responder às entrevistas com o PCATool versão adulto, foi utilizado o método de amostragem por cotas⁽⁹⁷⁾ por município com nível de confiança de 95%, margem de erro de 0,1 ponto e desvio padrão de 1,2.

Desta maneira, a tabela 10 representa o universo da população igual e maior de 18 anos por município de acordo com o gênero. Os resultados amostrais dos cálculos de acordo com o número de equipes de ESF são representados pela tabela 11.

Tabela 10 – População de idade igual e superior a 18 anos atendida pela Estratégia Saúde da Família segundo o gênero, nas CIRs Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente, 2015⁽⁹⁸⁾.

Municípios	População de Idade igual e		Total
	superior a 18 anos		
	F	M	
Alfredo Marcondes	1.545	1.529	3.074
Álvares Machado	8.792	8.452	17.244
Anhumas	1.390	1.362	2.752
Caiabu	1.488	1.556	3.044
Emilianópolis	1.155	1.168	2.323
Estrela do Norte	944	959	1.903
Iepê	2.861	2.806	5.667
Indiana	1.831	1.813	3.644
João Ramalho	1.492	1.482	2.974
Martinópolis	8.769	9.568	18.337
Nantes	963	953	1.916
Narandiba	1.501	1.567	3.068
Pirapozinho	9.533	8.934	18.467
Presidente Bernardes	5.344	5.049	10.393
Quatá	4.712	4.645	9.357
Rancharia	10.980	10.299	21.279
Regente Feijó	7.159	6.836	13.995
Ribeirão dos Índios	842	823	1.665
Sandovalina	1.299	1.314	2.613
Santo Anastácio	7.944	7.398	15.342
Santo Expedito	1.070	1.061	2.131
Taciba	2.077	2.116	4.193
Tarabai	2.407	2.336	4.743
Total	86.098	84.026	170.124

Fonte: Tabela elaborada pelos autores por meio de dados disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁽⁹⁸⁾.

Tabela 11 - Amostra estimada de adultos maiores de 18 anos por gênero e município, CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, 2015.

Municípios	População de Idade igual e superior a 18 anos		Total
	F	M	
Alfredo Marcondes	5	5	10
Álvares Machado	29	28	57
Anhumas	5	4	9
Caiabu	5	5	10
Emilianópolis	4	4	8
Estrela do Norte	3	3	6
Iepê	9	9	18
Indiana	6	6	12
João Ramalho	5	5	10
Martinópolis	29	31	60
Nantes	3	3	6
Narandiba	5	5	10
Pirapozinho	31	29	60
Presidente Bernardes	17	16	33
Quatá	15	15	30
Rancharia	36	34	70
Regente Feijó	23	22	45
Ribeirão dos Índios	3	3	6
Sandovalina	4	4	8
Santo Anastácio	26	24	50
Santo Expedito	3	3	6
Taciba	7	7	14
Tarabai	8	8	16
Total	281	273	554

Fonte: Elaborada pelos próprios autores com ajuda do serviço estatístico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015.

Para definir a população infantil que integrou a amostra para responder as entrevistas com o PCATool versão criança foi utilizado o método de amostragem por cotas⁽⁹⁷⁾ por município com nível de confiança de 95%, margem de erro de 0,1 ponto e desvio padrão de 1,2.

A tabela 12 representa o universo da população menor de 2 anos por município de acordo com o gênero. Os resultados amostrais dos cálculos por população municipal são representados pela tabela 13.

Tabela 12 - População menor de 2 anos atendida pela Estratégia Saúde da Família segundo gênero, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 Presidente Prudente, 2012⁽⁹⁸⁾.

Municípios	População de crianças menores de 2 anos		Total
	F	M	
Alfredo Marcondes	35	30	65
Álvares Machado	264	272	536
Anhumas	54	38	92
Caiabu	59	39	98
Emilianópolis	28	36	64
Estrela do Norte	39	45	84
Iepê	111	100	211
Indiana	62	55	117
João Ramalho	65	66	131
Martinópolis	298	279	577
Nantes	29	48	77
Narandiba	65	53	118
Pirapozinho	318	319	637
Presidente Bernardes	121	121	242
Quatá	176	201	377
Rancharia	317	350	667
Regente Feijó	252	260	512
Ribeirão dos Índios	19	29	48
Sandovalina	67	65	132
Santo Anastácio	252	250	502
Santo Expedito	36	29	65
Taciba	85	70	155
Tarabai	92	82	174
Total	2.844	2.837	5.681

Fonte: Tabela elaborada pelos autores por meio de dados disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁽⁹⁸⁾.

Tabela 13 - Amostra estimada de crianças menores de 2 anos por gênero e município, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RAAS 11 Presidente Prudente, 2012.

Municípios	População de crianças		Total
	menores de 2 anos		
	F	M	
Alfredo Marcondes	3	3	6
Álvares Machado	23	24	47
Anhumas	5	3	8
Caiabu	5	3	8
Emilianópolis	2	3	5
Estrela do Norte	3	4	7
Iepê	10	9	19
Indiana	6	5	11
João Ramalho	6	6	12
Martinópolis	26	25	51
Nantes	3	4	7
Narandiba	6	5	11
Pirapozinho	28	28	56
Presidente Bernardes	11	11	22
Quatá	16	18	34
Rancharia	28	31	59
Regente Feijó	22	23	45
Ribeirão dos Índios	2	3	5
Sandovalina	6	6	12
Santo Anastácio	22	22	44
Santo Expedito	3	3	6
Taciba	8	6	14
Tarabai	8	7	15
Total	252	252	505

Fonte: Fonte: Elaborada pelos próprios autores com ajuda do serviço estatístico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015.

D. Seleção dos profissionais médicos e enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família na RRAS 11 Presidente Prudente

De acordo com o critério de seleção para os profissionais médicos e enfermeiros que trabalham na ESF da RRAS 11 Presidente Prudente dessa pesquisa, só integraram a amostra os profissionais que trabalham há 1 ano ou mais na ESF. A tabela 14 representa os profissionais que atendem ao critério de inclusão.

Tabela 14 – Número de profissionais médicos e enfermeiros que trabalham há 1 ano ou mais na Estratégia Saúde da Família das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, 2015⁽⁹⁶⁾.

Municípios	Total de médicos	Médicos que atendem ao critério	Total de Enfermeiros	Enfermeiros que atendem ao critério
Alfredo Marcondes	2	1	2	1
Álvares Machado	5	1	5	2
Anhumas	2	2	2	2
Caiabu	2	1	2	1
Emilianópolis	1	1	1	1
Estrela do Norte	1	1	1	1
Iepê	2	1	2	1
Indiana	2	1	2	1
João Ramalho	2	1	2	1
Martinópolis	7	5	7	5
Nantes	1	1	1	1
Narandiba	2	1	2	1
Pirapozinho	8	6	8	6
Presidente Bernardes	6	3	6	5
Quatá	4	4	4	4
Rancharia	8	7	8	5
Regente Feijó	5	4	5	4
Ribeirão dos Índios	1	1	1	1
Sandovalina	2	1	2	1
Santo Anastácio	4	3	4	4
Santo Expedito	1	0	1	1
Taciba	2	1	2	1
Tarabai	3	3	3	3
Total	73	50	73	53

Fonte: Tabela elaborada pelos autores por meio de dados disponibilizados no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁽⁹⁶⁾.

A tabela 15 mostra o número de profissionais (médicos e enfermeiros) que participaram da pesquisa e as causas da não participação.

15 - Número de profissionais médicos e enfermeiros que participaram da pesquisa e caracterização das causas da não participação nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, 2015.

Município	Médicos	Enfermeiros	Não aceitaram participar	Licença médica	Licença maternidade
Alfredo Marcondes	1	1	0	0	0
Álvares Machado	1	2	0	0	0
Anhumas	2	2	0	0	0
Caiabu	0	1	1	0	0
Emilianópolis	1	1	0	0	0
Estrela do Norte	1	1	0	0	0
Iepê	1	1	0	0	0
Indiana	1	1	0	0	0
João Ramalho	1	1	0	0	0
Martinópolis	5	4	0	1	0
Nantes	0	1	1	0	0
Narandiba	1	1	0	0	0
Presidente Bernardes	3	5	0	0	0
Quatá	3	4	0	1	0
Rancharia	7	4	0	1	0
Município	Médicos	Enfermeiros	Não aceitaram	Licença médica	Licença maternidade

(continua)

(continuação)

	participar				
Regente Feijó	4	4	0	0	0
Ribeirão dos Índios	1	1	0	0	0
Sandovalina	1	1	0	0	0
Santo Anastácio	2	4	0	0	1
Taciba	0	1	1	0	0
Tarabai	3	3	0	0	0
Total	39	44	3	3	1

(conclusão)

Na tabela 15, observa-se que 3 profissionais não aceitaram participar da pesquisa, 3 estavam de licença médico e 1 de licença maternidade.

E. Seleção dos gestores de saúde dos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana

A maioria dos gestores de saúde que atuam nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana ocupam o cargo de Secretário Municipal de Saúde, fato que pode ser explicado, pelo tamanho dos municípios e pequeno número de equipes de ESF. A tabela 16 representa o número de gestores, o município onde atuam e o cargo que ocupam.

Para os gestores de saúde das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana não houve critérios de inclusão e exclusão para tempo de atuação no cargo, o único critério de inclusão e exclusão utilizado foi o fato de atuar nos municípios das CIRs selecionadas.

Tabela 16 - Número de gestores de saúde que atuam nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente, 2015 ⁽⁹⁶⁾.

Cargo que ocupa	Município	Nº de gestores	Participação na pesquisa
Secretário de Saúde	Alfredo Marcondes	1	1
Secretário de Saúde	Álvares Machado	1	0
Coordenação da AB	Álvares Machado	1	1
Secretário de Saúde	Anhumas	1	1
Secretário de Saúde	Caiabu	1	1
Secretário de Saúde	Emilianópolis	1	1
Secretário de Saúde	Estrela do Norte	1	1
Secretário de Saúde	Iepê	1	0
Coordenador da AB	Iepê	1	1
Secretário de Saúde	Indiana	1	1
Secretário de Saúde	João Ramalho	1	1
Secretário de Saúde	Martinópolis	1	0
Coordenador da AB	Martinópolis	1	1
Secretário de Saúde	Nantes	1	0
Secretário de Saúde	Narandiba	1	1
Secretário de Saúde	Pirapozinho	1	0
Secretário de Saúde	Presidente Bernardes	1	1
Coordenador da AB	Presidente Bernardes	1	0
Secretário de Saúde	Quatá	1	1
Secretário de Saúde	Rancharia	1	0

(continua)

(continuação)

Cargo que ocupa	Município	Nº de gestores	Participação na pesquisa
Coordenador da AB	Rancharia	1	1
Secretário de Saúde	Regente Feijó	1	0
Coordenador da AB	Regente Feijó	1	1
Secretário de Saúde	Ribeirão dos Índios	1	1
Secretário de Saúde	Sandovalina	1	1
Secretário de Saúde	Santo Anastácio	1	1
Secretário de Saúde	Santo Expedito	1	0
Secretário de Saúde	Taciba	1	1
Secretário de Saúde	Tarabai	1	0
Total	_____	29	19

(conclusão)

4.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa foi realizada por intermédio do instrumento modificado e validado no Brasil PCATool. Esse instrumento apresenta a versão criança (PCATool versão Criança), versão adulto (PCATool versão Adulto) e a versão profissionais de saúde (PCATool versão Profissionais)⁽⁸⁾. O PCATool foi elaborado por Starfield et al.⁽⁹⁹⁾ na Universidade John Hopkins e mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian⁽¹⁰⁰⁾. Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde⁽⁸⁾.

Nesta pesquisa serão utilizadas as três versões disponíveis do instrumento PCATool. O instrumento PCATool Versão Criança (Anexo I), utilizado na presente pesquisa, foi validado no Brasil na pesquisa realizada em Porto Alegre (RS) no ano de 2002 pelos pesquisadores Harzeim, Satarfield, Rajmil, Álvarez-Dardet e Stein (2006)⁽³⁶⁾, e é composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS:

1. *Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A)*. Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3);
2. *Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)*. Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3);
3. *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)*. Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);

4. *Longitudinalidade (D)*. Constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14);
5. *Coordenação – Integração de Cuidados (E)*. Constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6);
6. *Coordenação – Sistema de Informações (F)*. Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3);
7. *Integralidade – Serviços Disponíveis (G)*. Constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9);
8. *Integralidade – Serviços Prestados (H)*. Constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5);
9. *Orientação Familiar (I)*. Constituído por 3 itens (I1, I2 e I3);
10. *Orientação Comunitária (J)*. Constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

A versão adulto do instrumento PCATool (Anexo II) foi validada no Brasil na pesquisa realizada em Porto Alegre – RS entre os anos de 2006 e 2007 pelos pesquisadores Harzheim, Oliveira, Agostinho, Hauser, Stein, Gonçalves et al. (2013)⁽⁴¹⁾, e contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS:

1. *Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A)*. Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3);
2. *Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)*. Constituído por 3 itens (B1, B2, B3);
3. *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)*. Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12);
4. *Longitudinalidade (D)*. Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14);
5. *Coordenação – Integração de Cuidados (E)*. Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9);
6. *Coordenação – Sistema de Informações (F)*. Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3);
7. *Integralidade – Serviços Disponíveis (G)*. Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22);
8. *Integralidade – Serviços Prestados (H)*. Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11);
9. *Orientação Familiar (I)*. Constituído por 3 itens (I1, I2, I3);
10. *Orientação Comunitária (J)* – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

O instrumento PCATool versão profissionais (Anexo III) foi validado no Brasil na pesquisa realizada em Porto Alegre - RS pelos pesquisadores Hauser, Castro, Vigo, Trindade, Gonçalves, Stein et al. (2013)⁽⁴²⁾ com 369 profissionais médicos e enfermeiros no período entre julho do ano 2006 a agosto de 2007, e é composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS:

1. *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A)*. Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9);
2. *Longitudinalidade (B)*. Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13);
3. *Coordenação – Integração de Cuidados (C)*. Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6);
4. *Coordenação – Sistema de Informações (D)*. Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3);
5. *Integralidade – Serviços Disponíveis (E)*. Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22);
6. *Integralidade – Serviços Prestados (F)*. Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15);
7. *Orientação Familiar (G)*. Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3);
8. *Orientação Comunitária (H)*. Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

O PCATool versão profissionais (Anexo III) será utilizado na entrevista com os gestores.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A) Planejamento para coleta de dados

A princípio a pesquisadora entrou em contato com os gestores de saúde dos 23 municípios selecionados que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana e agendou reunião para apresentar o projeto de pesquisa, solicitar autorização para coleta de dados e planejar a logística de coleta de dados nos municípios. Nesse primeiro contato, os gestores de saúde dos municípios de Pirapozinho e Santo Expedito não aceitaram participar da pesquisa.

Ficou combinado que os gestores de saúde iriam entrar em contato com os profissionais que trabalham na ESF para explicar a pesquisa e acertar os dias de coleta de dados, de forma que não atrapalhasse o processo de trabalho dos profissionais. Os gestores municipais de saúde após acordarem com os profissionais, entraram em contato com a pesquisadora para agendamento dos dias de pesquisa.

Para otimizar a pesquisa, a pesquisadora entrou em contato telefônico com o secretário de saúde (gestor municipal de saúde) dois dias antes da data agendada para coleta de dados, a fim de confirmar o compromisso e avisar os profissionais que trabalham na ESF que a coleta de dados seria realizada.

B) Preparação e treinamento dos pesquisadores para coleta de dados

Na coleta de dados da presente pesquisa participaram 9 pesquisadores: 8 alunos da graduação do curso de enfermagem da Universidade Paulista campus de Assis -SP que participaram voluntariamente e a pesquisadora responsável, que é docente do curso de graduação de enfermagem da Universidade Paulista – UNIP campus Assis - SP.

Os pesquisadores foram treinados no dia 15/04/2015 (sábado) das 9:00 às 18 horas com intervalo de uma hora para almoço. No treinamento foi passado aos pesquisadores como devem ser aplicadas as versões criança, adulto e profissionais do PCATool nas entrevistas, e a importância do preenchimento adequado dos dados.

Antes de iniciar a coleta de dados, foram realizadas duas reuniões com os pesquisadores voluntários, nas datas 07/05/2015 e 27/05/2015 para planejamento, orientação e responder a dúvidas que surgiram após o treinamento.

Durante a pesquisa foi disponibilizado alimentação e transporte para os pesquisadores voluntários. No final da coleta de dados, o pesquisador responsável disponibilizou certificado de participação na pesquisa para os pesquisadores voluntários.

C) Logística da coleta de dados

A coleta de dados nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana ocorreu no período de junho a setembro de 2015 nas datas agendadas com os gestores municipais de saúde conforme mostra o quadro 1 abaixo.

Quadro 2 - Logística da coleta de dados nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, 2015.

Município	Período de Coleta de dados
Anhumas	01/06/2015 a 04/06/2015
Alfredo Marcondes	05/06/2015 a 09/06/2015
Indiana	10/06/2015 a 12/06/2015
Taciba	15/06/2015 a 17/06/2015
Rancharia	18/06/2015 a 30/06/2015
Tarabai	01/07/2015 a 06/07/2015
Martinópolis	07/07/2015 a 16/07/2015
Álvares Machado	17/07/2015 a 23/07/2015
Regente Feijó	24/07/2015 a 31/07/2015
Presidente Bernardes	03/08/2015 a 07/08/2015
Sandovalina	10/08/2015 a 12/08/2015
Estrela do Norte	13/08/2015 a 17/08/2015
Narandiba	18/08/2015 a 20/08/2015
Emilianópolis	21/08/2015 a 25/08/2015
Ribeirão dos Índios	26/08/2015 a 27/08/2015
Caiabu	28/08/2015 a 31/08/2015
Santo Anastácio	01/09/2015 a 11/09/2015
Quatá	14/09/2015 a 22/09/2015
Iepê	23/09/2015 a 24/09/2015
João Ramalho	25/09/2015 a 28/09/2015
Nantes	29/09/2015 a 30/09/2015

D) Caracterização da coleta de dados

Nas datas agendadas para coleta de dados em cada município, a pesquisadora responsável distribuiu os pesquisadores nas unidades de saúde da família pertencentes a cada município e foi entrevistar os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e gestor municipal de saúde).

As entrevistas realizadas com os usuários da ESF (cuidadores de crianças menores de dois anos e usuários adultos) aconteceram nas unidades de saúde da família e nos domicílios com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. As entrevistas realizadas com os profissionais foram conduzidas pela pesquisadora responsável.

O número de participantes da pesquisa foi semelhante à amostra planejada. Em alguns casos, a amostra foi maior, pois, ao mesmo tempo que parte dos pesquisadores estava coletando os dados nas unidades de saúde, outra parte estava nos domicílios.

E) Limitações da coleta de dados

As reuniões mensais das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana não foram abertas para divulgação da pesquisa do pesquisador responsável, com isso o pesquisador teve que agendar reunião por reunião com os secretários de saúde de cada município para apresentar o projeto e solicitar autorização para pesquisa.

Durante a pesquisa, os profissionais de saúde demonstraram resistência e com linguagem não verbal desconfiavam das verdadeiras intenções da pesquisa, o que pode ter levado a um viés nas respostas relatadas.

Os secretários municipais de saúde demoraram para responder ao pesquisador responsável se autorizavam ou não a realização da pesquisa, dificultando o planejamento e logística de coleta de dados.

Os gestores municipais de saúde de Nantes e Tarabai não aceitaram participar da presente pesquisa. Nos municípios de Martinópolis e Rancharia, um dos enfermeiros que poderiam participar da pesquisa estava de licença médica no momento da coleta de dados. Em Quatá, um dos médicos estava de licença médica e em Santo Anastácio uma médica estava de licença maternidade no período da coleta de dados. E nos municípios de Caiabu, Nantes e Taciba, os médicos não aceitaram participar da presente pesquisa.

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados por meio dos instrumentos PCATool Versão Criança (Anexo I), PCATool Versão Adulto (Anexo II) e PCATool Versão Profissionais (Anexo III) foram digitados e organizados com o auxílio do editor Microsoft Excel for Windows.

A construção dos escores e médias dos atributos essenciais e derivados da APS foram realizados com o auxílio do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde⁽⁸⁾ elaborado pelo Ministério da Saúde.

O instrumento PCATool em suas três versões possui as respostas para cada um dos itens: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9)⁽⁸⁾. O escore de cada atributo é calculado pela média dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo⁽⁸⁾.

Conforme o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde⁽⁸⁾ os escores e médias são calculadas da seguinte maneira:

1) No atributo Grau de Afiliação é utilizado o seguinte algoritmo⁽⁸⁾:

- Todas as respostas *Não*:

$A1 = A2 = A3 = 0$, Grau de Afiliação = 1

- Uma, duas ou três respostas *Sim*, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:

$A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, Grau de afiliação = 2

- Duas respostas *Sim* iguais, relativas ao mesmo serviço:

$A1=A2$ ou $A1=A3$ ou $A2=A3$ e iguais a *Sim*, então Grau de Afiliação = 3

- Todas as respostas *Sim*, todas relativas ao mesmo serviço:

$A1=A2=A3 = 1$, então Grau de Afiliação = 4

2) Cálculo do escore dos atributos⁽⁸⁾: Acesso de Primeiro Contato – Utilização; Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados; Coordenação – Sistema de Informações; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados; Orientação Familiar; Orientação Comunitária.

- $\text{Escore} = (\text{Soma do valor dos itens}) / \text{número de itens}.$

3) Transformação da Escala⁽⁸⁾

- Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 é utilizada a fórmula abaixo:

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

4) Cálculo Escore Essencial⁽⁸⁾

- O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação), dividida pelo número de componentes.

Grau de Afiliação + Acesso de Primeiro Contato – Utilização + Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade + Longitudinalidade + Coordenação – Integração de Cuidados + Coordenação – Sistema de Informações + Integralidade – Serviços Disponíveis + Integralidade – Serviços Prestados

5) Cálculo Escore Geral⁽⁸⁾

- O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) somada aos atributos derivados, dividida pelo número total de componentes.

$$\frac{\text{Grau de Afiliação} + \text{Acesso de Primeiro Contato} - \text{Utilização} + \text{Acesso de Primeiro Contato} - \text{Acessibilidade} + \text{Longitudinalidade} + \text{Coordenação} - \text{Integração de Cuidados} + \text{Coordenação} - \text{Sistema de Informações} + \text{Integralidade} - \text{Serviços Disponíveis} + \text{Integralidade} - \text{Serviços Prestados} + \text{Orientação Familiar} + \text{Orientação Comunitária}}{10}$$

10

Para a construção da média, mediana, variância, desvio padrão, valor máximo, valor mínimo e aplicação dos testes estatísticos: teste ANOVA One - Way e teste de tukey dos escores e médias encontradas utilizou-se o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 16. A escolha do SPSS foi feita em razão de o programa permitir a organização dos dados, análise estatística e construção de gráficos e tabelas.

O teste ANOVA One – Way é um teste paramétrico (possui estimativas de parâmetros) utilizado quando o pesquisador deseja verificar se existem diferenças entre as médias de uma determinada variável (variável resposta) em relação a um tratamento com dois ou mais níveis categóricos⁽¹⁰¹⁾. Esse teste foi utilizado na presente pesquisa para comparar as médias dos três grupos de sujeitos participantes da pesquisa. Se o valor-p é inferior a 0,05, significa que há diferença de médias nos três grupos comparados.

O teste de Tukey é um teste exato, utilizado para testar toda e qualquer diferença entre duas médias. Na presente pesquisa, o teste de Tukey foi utilizado para comparar os três grupos de sujeitos (cuidadores de crianças menores de dois anos, usuários adultos e profissionais) que participaram da pesquisa dois a dois⁽¹⁰¹⁾. Se o valor-p é inferior a 0,05, significa que há diferença de médias entre os dois grupos de sujeitos comparados.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

A presente pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e foi aprovada sob o número de parecer: 1.024.138

Após a aprovação do CEP, a pesquisadora responsável solicitou a autorização dos secretários municipais de saúde dos 23 municípios selecionados que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana para coletar os dados necessários para a condução da pesquisa, por meio da carta de solicitação de autorização (Apêndice A). Dos 23 secretários municipais de saúde, 21 autorizaram a realização da pesquisa, pois os secretários de Pirapozinho e Santo Expedito não autorizaram a coleta de dados.

Os sujeitos da pesquisa (usuários e profissionais) foram convidados a participar da coleta de dados; aos que aceitaram, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice B para os usuários e Apêndice C para os profissionais e gestores de saúde em duas vias. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa receberam todas as orientações sobre a pesquisa por parte dos pesquisadores. Assim, o TCLE aborda: a justificativa, objetivos e procedimentos, riscos possíveis e benefícios esperados, garantia de esclarecimentos antes e durante a pesquisa, forma de acompanhamento e assistência, liberdade para recusar a participação ou retirar consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo ou constrangimento, garantia de sigilo que assegure privacidade dos sujeitos, confidencialidade dos dados, nome do pesquisador responsável e contato.

5 RESULTADOS

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados da presente pesquisa será dividida em quatro partes, sendo elas:

- A. Análise dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva dos **cuidadores de crianças menores de 2 anos que responderam ao PCATool versão criança;**
- B. Análise dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva dos **usuários adultos da ESF que responderam ao PCATool versão adulto;**
- C. Análise dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde a partir da **perspectiva dos profissionais** (gestor de saúde, médicos, enfermeiros) que trabalham na ESF e que responderam ao PCATool versão profissionais;
- D. Análise comparativa dos atributos essenciais e derivados da APS a partir dos resultados obtidos com os três grupos de participantes (cuidadores de crianças menores de dois anos, usuários adultos e profissionais de saúde) nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente – SP.

A. Análise dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva dos cuidadores de crianças menores de 2 anos que responderam ao PCATool versão criança

Tabela 17 - Distribuição de participantes, cuidadores de crianças menores de dois anos que responderam o PCATool versão criança, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Cidade	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual cumulativo
Alfredo Marcondes	11	1,7	1,7	1,7
Álvares Machado	47	7,5	7,5	9,2
Anhumas	40	6,4	6,4	15,6
Caiabu	8	1,3	1,3	16,9
Emilianópolis	5	0,8	0,8	17,6
Estrela do Norte	14	2,2	2,2	19,9
Iepê	21	3,3	3,3	23,2
Indiana	38	6,0	6,0	29,3
João Ramalho	40	6,4	6,4	35,6
Martinópolis	62	9,9	9,9	45,5
Nantes	7	1,1	1,1	46,6
Narandiba	10	1,6	1,6	48,2
Presidente Bernardes	22	3,5	3,5	51,7
Quatá	81	12,9	12,9	64,5
Rancharia	59	9,4	9,4	73,9
Regente Feijó	45	7,2	7,2	81,1
Ribeirão dos Índios	5	0,8	0,8	81,9
Sandovalina	12	1,9	1,9	83,8
Santo Anastácio	44	7,0	7,0	90,8
Taciba	43	6,8	6,8	97,6
Tarabai	15	2,4	2,4	100,0
Total	629	100,0	100,0	

Identifica-se na tabela 17 que a amostra planejada para participantes na categoria cuidadores de crianças menores de um ano foi alcançada, conforme o planejamento amostral.

Tabela 18 - Características dos cuidadores das crianças atendidas pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES				
PARENTESCO	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Validade Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Mãe	405	64,4	64,4	64,4
Pai	164	26,1	26,1	90,5
Avó/Avô	51	8,1	8,1	98,5
Tia	6	1,0	1,0	99,5
Babá	3	0,5	0,5	100,0
Total	629	100,0	100,0	
SEXO	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Validade Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Masculino	183	29,1	29,1	29,1
Feminino	446	70,9	70,9	100,0
Total	629	100,0	100,0	
IDADE (em anos)				
Média	28,63			
Desvio padrão	9,28			
Mínimo	18			
Máximo	65			
TEMPO QUE MORA NA ÁREA DA ESF (em anos)				
Média	13,30			
Desvio Padrão	11,16			
Mínimo	5			
Máximo	60			

A maioria dos cuidadores de crianças menores de dois anos que participaram da presente pesquisa, conforme a tabela 18, é mulher, mãe, com média de idade de 28,63 anos e mora na área da ESF numa média de 13,30 anos.

Tabela 19 - Características das crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, região de Presidente Prudente, SP, 2015.

CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS		
IDADE (em meses)		
Média	14,94	
Desvio padrão	7,27	
Mínimo	1	
Máximo	23	
SEXO	N	Percentual
Feminino	343	54,53
Masculino	286	45,47
Total	629	100,0

As crianças menores de dois anos, cujo atendimento da Saúde da Família foi avaliado, tinham na média aproximadamente 15 meses e eram, na sua maioria, do sexo feminino.

Tabela 20 - Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os participantes que responderam o PCATool versão criança, 2015.

Atributos	N	Média/Escore	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo	
	<i>Valid</i>	<i>Missing</i>						
Grau de Afiliação	629	0	3,52 (8,40)	4,0	0,71	3	1	10,00
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	628	1	8,59	8,89	1,76	10,00	0,00	10,00
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	629	0	6,77	6,67	1,45	8,89	1,11	10,00
Longitudinalidade	627	2	7,76	7,86	1,32	7,14	2,86	10,00
Coordenação – Integração de Cuidados	218	411	7,86	8,67	2,54	10,00	0,00	10,00
Coordenação – Sistema de Informações	628	1	8,61	8,89	1,41	6,67	3,33	10,00
Integralidade – Serviços Disponíveis	617	12	7,61	7,78	1,84	10,00	0,00	10,00
Integralidade – Serviços Prestados	617	12	7,94	8,67	2,15	10,00	0,00	10,00
Orientação Familiar	617	12	7,37	7,78	2,32	10,00	0,00	10,00
Orientação Comunitária	599	30	7,32	7,50	1,80	10,00	0,00	10,00
Escore Essencial	629	0	7,27	7,39	0,97	4,98	4,13	9,11
Escore Geral	629	0	7,28	7,40	1,03	5,79	3,42	9,21

Na tabela 20, observa-se que, de uma forma geral, os escores dos atributos essenciais e derivados ficaram acima da média 6,6. O atributo Acesso de Primeiro Contato se divide em dois componentes: utilização e acessibilidade; na parte que tange à acessibilidade, observou-se que o escore foi o mais baixo quando comparado com os outros atributos da APS. O atributo de Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

compreende: se quando a criança está doente é atendida no mesmo dia pela ESF; se tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora para a criança ser atendida; se é fácil marcar consulta de acompanhamento para a criança; se para consultar com o médico ou enfermeiro a criança espera mais de 30 minutos; se é difícil conseguir atendimento médico quando o cuidador acredita que a criança necessite; e se quando o serviço está aberto, o cuidador consegue aconselhamento rápido sobre a saúde da criança pelo telefone. O atributo Grau de Afiliação obteve escore igual a 8,40, valor acima da média 6,6, demonstrando a presença do atributo Grau de Afiliação no processo de trabalho da equipe de saúde com as crianças atendidas pela ESF. O maior escore obtido foi no atributo Coordenação – Sistemas de Informações, com valor igual a 8,61. Esse atributo mostra se os registros de saúde criança (carteira de vacina, contrarreferência de atendimentos especializados, fichas de atendimentos de emergência) são levados aos atendimentos da ESF, se o prontuário está sempre disponível, e se o cuidador pode consultar o prontuário da criança caso queira. Os escores Essencial e Geral obtiveram valores aproximados.

Tabela 21 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	B1	B2	B3
Com certeza, sim	76,11%	71,18%	56,37%
Provavelmente, sim	20,86%	21,18%	31,05%
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	2,23%	6,53%	7,17%
Com certeza, não	0,79%	1,11%	5,41%

Na tabela 21, a maioria dos participantes respondeu “Com certeza sim” às questões B1 (Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão, você vai à ESF antes de ir a outro serviço de saúde?), B2 (Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai à ESF antes de ir a outro serviço de saúde?) e B3 (Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, os profissionais da ESF têm que encaminhá-la obrigatoriamente?).

Tabela 22 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Com certeza, sim	54,60%	30,52%	55,80%	9,22%	30,84%	30,04%
Provavelmente, sim	34,60%	46,10%	37,84%	40,86%	49,76%	44,19%
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	8,25%	9,54%	5,56%	27,50%	8,74%	17,96%
Com certeza, não	2,38%	13,81%	0,79%	22,42%	10,65%	7,79%

Na tabela 22, a maioria dos participantes respondeu “com certeza sim” às questões C1 (Quando a ESF está aberta e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?) e C3 (É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança na ESF?). Quanto às questões C2 (Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora na ESF?), C4 (Quando você chega na ESF, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com médico ou enfermeiro, sem contar a triagem ou

acolhimento?), C5 (É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança na ESF quando você pensa que é necessário?) e C6 (Quando a ESF está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone, se precisar?), a maioria dos cuidadores de crianças respondeu “provavelmente sim”.

Para descrever detalhadamente o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C), atributo que obteve o menor valor na avaliação dos cuidadores de crianças menores de dois anos, construiu-se a tabela 23 que indica o escore médio de cada questão ou indicador que compõe o atributo.

Tabela 23 – Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C), de acordo com os cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Indicadores	Escore
C1	8,06
C2	6,44
C3	8,29
C4	4,56
C5	6,69
C6	6,55

Na tabela 23 observa-se que os indicadores C1 (Quando a ESF está aberta e sua criança fica doente, alguém desse serviço de saúde a atende no mesmo dia?), C3 (É fácil marcar hora para uma consulta de revisão da criança na ESF?) e C5 (É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança na ESF quando você pensa que é necessário?) apresentam escores superiores à média 6,6. Os indicadores C2 (Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora na ESF?), C4 (Quando você chega na ESF, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com médico ou enfermeiro, sem contar a triagem ou acolhimento?), e C6 (Quando a ESF está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone, se precisar?) apresentam escores médios de valores de 4,56, 6,44 e 6,55 respectivamente.

Tabela 24 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade (D), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	D1%	D2%	D3%	D4%	D5%	D6%	D7%	D8%	D9%	D10%	D11%	D12%	D13%	D14%
Com certeza, sim	73,68	34,61	79,90	83,73	83,57	81,34	37,96	62,20	63,00	8,61	27,43	26,32	22,65	36,84
Provavelmente, sim	23,29	36,36	19,46	15,79	13,72	16,91	35,41	31,26	30,30	5,90	39,71	38,28	29,82	41,95
Provavelmente, não/não sei/não lembro	2,55	19,78	0,48	0,32	1,91	1,44	18,82	4,78	4,78	32,38	22,97	26,95	27,91	11,00
Com certeza, não	0,48	9,25	0,00	0,00	0,64	1,16	7,81	1,75	1,91	53,11	9,89	8,45	19,62	10,21

Na tabela 24, a maioria dos participantes respondeu “com certeza sim” às questões D1 (Quando você vai à ESF, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?), D3 (Você acha que o médico ou enfermeiro da sua criança entende o que você diz ou pergunta?), D4 (O médico ou enfermeiro responde suas perguntas de maneira que você entenda?), D5 (O médico ou enfermeiro 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 médico ou enfermeiro?), D7 (O médico ou enfermeiro conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?), D8 (O médico ou enfermeiro conhece a história clínica/médica completa de sua criança) e D9 (O médico ou enfermeiro sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?). A maioria dos participantes respondeu “provavelmente sim” aos indicadores D2 (Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro da ESF que melhor conhece sua criança?), D11 (Você acha que o médico ou enfermeiro conhece sua família bastante bem?), D12 (O médico ou enfermeiro sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?) e D13 (O médico ou enfermeiro sabe sobre o trabalho ou

emprego dos familiares de sua criança?). E “Com certeza, não” à questão D10 (Você mudaria da ESF que a criança é atendida para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?).

Tabela 25 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação Integração de Cuidados (E), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	E2%	E3%	E4%	E5%	E6%
Com certeza, sim	69,72	63,30	54,59	55,05	44,50
Provavelmente, sim	17,43	27,98	33,49	23,85	40,37
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	3,21	3,67	4,59	11,93	7,80
Com certeza, não	9,63	5,05	7,34	9,17	7,34

Na tabela 25, identifica-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza sim” aos indicadores E2 (O médico/enfermeiro indicou/encaminhou/ sugeriu que sua criança fosse consultar com um especialista ou serviço especializado?), E3 (O médico/enfermeiro da sua criança sabe que ela fez uma consulta com este especialista ou serviço especializado?), E4 (O médico/enfermeiro de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?), E5 (Depois da consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante a consulta?) e E6 (O seu médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especialista?). Em tais indicadores E2, E3, E4, E5 e E6 também foi significativo o número de participantes que respondeu “provavelmente sim”.

O atributo Coordenação Integração de Cuidados (E) é avaliado também pela questão E1 (sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento na ESF?), que tem como respostas: sim; não; e não sei/não

lembro. Esse indicador não possibilita a avaliação por escore. Para o indicador E1, obteve-se o seguinte percentual nas respostas: 33,39% dos cuidadores participantes da pesquisa disseram que sim; 66,14% disseram que não e 0,48% disseram não sei/não lembro.

Tabela 26 – Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações (F), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	F1	F2	F3
Com certeza, sim	64,07%	84,42%	50,87%
Provavelmente, sim	28,30%	14,78%	35,77%
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	6,20%	0,63%	11,13%
Com certeza, não	1,43%	0,16%	2,22%

Na tabela 26, observa-se que a maioria dos cuidadores de crianças respondeu “com certeza sim” às questões F1 (Quando você leva sua criança na ESF, você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado?); F2 (Quando você leva sua criança na ESF, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?) e F3 (Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse na ESF?).

Para descrever detalhadamente o atributo Coordenação – Sistema de Informações (F), atributo que obteve o maior valor na avaliação dos cuidadores de crianças menores de dois anos, construiu-se a tabela 27 que indica o escore médio de cada questão ou indicador que compõe o atributo.

Tabela 27 - Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Coordenação - Sistema de Informações (F), de acordo com os cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Indicadores	Escore
F1	8,51
F2	9,46
F3	7,85

Na tabela 27 observa-se que os três indicadores, acima identificados, obtiveram valor superior à média de 6,6.

Tabela 28 - Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade - Serviços Disponíveis (G), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	G1%	G2%	G3%	G4%	G5%	G6%	G7%	G8%	G9%
Com certeza, sim	90,11	55,27	67,10	75,85	46,68	44,57	42,79	60,78	31,77
Provavelmente, sim	4,54	22,37	20,58	19,29	25,28	27,07	18,64	27,39	28,53
Provavelmente, não/não sei/não lembro	1,30	14,10	10,86	3,57	20,42	21,07	17,50	10,21	23,34
Com certeza, não	4,05	8,27	1,46	1,30	7,62	7,29	21,07	1,62	16,37

Na tabela 28, observa-se que grande parte dos participantes respondeu “com certeza sim” aos indicadores G1 (Estão disponíveis na ESF vacinas/imunizações?), G2 (Está disponível na ESF verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais?), G3 (Está disponível na ESF planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais?), G4 (Está disponível na ESF programa de suplementação nutricional?), G5 (Está disponível na ESF aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas?), G6 (Está disponível na ESF aconselhamento para problemas de saúde mental?), G7 (Está disponível na ESF sutura de um corte que necessite de pontos?), G8 (Está disponível na ESF aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV?) e G9 (Está disponível na ESF identificação/avaliação de problemas visuais?). Nos indicadores G5 e G6 identificou-se que parcela significativa dos participantes respondeu “Provavelmente não/não sei/não lembro” quando questionados. No indicador G7 observa-se que parte significativa dos participantes respondeu “com certeza, não”.

Tabela 29 - Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade -Serviços Prestados (H), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	H1%	H2%	H3%	H4%	H5%
Com certeza, sim	75,04	59,64	52,03	47,16	52,19
Provavelmente, sim	19,61	29,17	29,66	30,15	32,58
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	3,40	6,97	14,26	16,05	9,08
Com certeza, não	1,94	4,21	4,05	6,65	6,16

Na tabela 29, identifica-se que grande parte dos participantes respondeu “com certeza sim” aos indicadores 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), H4 (Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança) e H5 (Maneiras para manter sua criança segura, como: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão). Nos indicadores H1, H2, H3, H4 e H5 observa-se também que parcela significativa dos participantes respondeu “provavelmente sim”.

Tabela 30 - Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar (I), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	I1	I2	I3
Com certeza, sim	39,22%	63,05%	38,74%
Provavelmente, sim	38,25%	21,07%	42,63%
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	13,78%	9,08%	14,10%
Com certeza, não	8,75%	6,81%	4,54%

Na tabela 30, observa-se que no indicador I1 (Seu médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?) a maioria dos

participantes ficou dividida entre as respostas “com certeza sim” e “provavelmente sim”. No indicador I2 (O seu médico/enfermeiro já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança?) observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza sim”. Avaliando o indicador I3 (O seu médico/enfermeiro se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?) observa-se que a maioria dos participantes respondeu “provavelmente sim”.

Tabela 31 - Distribuição percentual das respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos atendidas na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária (J), nos selecionados municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	J1%	J2%	J3%	J4%
Com certeza, sim	91,99	48,08	43,91	22,20
Provavelmente, sim	5,51	42,07	31,72	21,37
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	1,84	8,18	16,36	31,89
Com certeza, não	0,67	1,67	8,01	24,54

Na tabela 31, observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza sim” aos indicadores J1 (Alguém da ESF ou médico ou enfermeiro faz visitas domiciliares?), J2 (A ESF ou médico ou enfermeiro conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?), e J3 (A ESF ou médico ou enfermeiro faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que eles deveriam conhecer?). Nos indicadores J2 e J3 observa-se também que foi significativa a parcela de participantes que respondeu “provavelmente sim”. No indicador J4 (Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde?) identifica-se que as respostas dos participantes ficaram divididas entre “provavelmente não/não sei/não lembro” e “com certeza, não”.

Tabela 32 - Comparação dos escores médios dos atributos essenciais da Saúde da Criança dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e da Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.

Município	Grau de Afiliação	Acesso de Primeiro Contato - Utilização	Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação Integração de Cuidados	Coordenação Sistema de Informações
Alfredo Marcondes	8,46	9,90	7,73	8,05	5,73	8,48
Álvares Machado	8,80	8,68	6,93	8,04	9,20	8,98
Anhumas	7,33	8,06	6,97	6,45	6,50	7,61
Caiabu	4,16	6,11	4,31	6,76	7,33	7,36
Emilianópolis	8,66	7,33	6,89	7,24	10,00	6,67
Estrela do Norte	9,76	8,49	6,98	8,79	10,00	8,57
Iepê	9,20	7,99	5,61	7,03	5,63	8,84
Indiana	8,86	8,36	6,33	7,56	6,94	4,71
João Ramalho	6,50	8,78	6,40	6,88	7,58	8,47
Martinópolis	8,26	8,51	7,64	8,04	8,08	8,92
Nantes	9,03	9,37	7,78	8,71	10,00	8,89
Narandiba	9,00	10,00	6,61	8,93	10,00	7,22
Presidente Bernardes	8,33	7,93	6,49	7,32	7,19	8,13

(continua)

(continuação)

Município	Grau de Afiliação	Acesso de Primeiro Contato - Utilização	Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação Integração de Cuidados	Coordenação Sistema de Informações
Quatá	8,76	8,93	6,18	7,47	8,02	8,94
Rancharia	7,90	8,47	6,90	8,08	8,29	9,10
Regente Feijó	8,36	8,69	6,54	7,80	9,49	8,10
Ribeirão dos Índios	10,00	9,56	5,67	8,29	10,00	7,33
Sandovalina	9,73	8,89	7,36	8,89	9,56	8,70
Santo Anastácio	9,00	8,31	6,84	7,93	7,26	8,46
Taciba	9,30	9,17	7,64	8,85	6,48	9,61
Tarabai	6,90	8,44	6,63	7,52	8,37	7,85
CIR Alto Capivari	8,26	8,71	6,57	7,63	7,90	8,85
CIR Alta Sorocabana	8,43	8,53	6,72	7,90	8,26	7,92

(conclusão)

A tabela 32 mostra que, em relação ao atributo Grau de Afiliação, os municípios de Caiabu e João Ramalho apresentaram valores inferiores à média de 6,6, enquanto que os municípios de Ribeirão dos Índios, Estrela do Norte e Sandovalina apresentaram os maiores escores para este atributo. No atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização, observou-se que os municípios de Narandiba e Alfredo Marcondes obtiveram os maiores escores, enquanto que os municípios de Caiabu e Emilianópolis receberam os menores escores; destaca-se que Caiabu teve média igual a 6,11 caracterizando-se abaixo da média 6,6. No que tange ao atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, observou-se que foi o atributo que apresentou maior número de municípios com escores inferiores a 6,6, verificou-se que os municípios de Caiabu, Iepê, Ribeirão dos Índios, Quatá, Indiana, João Ramalho, Presidente Bernardes e Regente Feijó obtiveram escores inferiores a 6,6; os municípios de

Nantes e Alfredo Marcondes apresentaram os maiores escores com respectivos valores de 7,78 e 7,73. No atributo de Longitudinalidade observou-se que os municípios de Anhumas e Caiabu apresentaram os menores escores de 6,45 e 6,76 respectivamente e os municípios de Narandiba e Sandovalina obtiveram os maiores escores de 8,93 e 8,89 respectivamente. No atributo Coordenação – Integração de Cuidados os municípios de Iepê, Alfredo Marcondes, Taciba e Anhumas obtiveram escores inferiores à média 6,6, observando-se os respectivos valores de 5,63, 5,76, 6,48 e 6,50; verifica-se que os municípios de Emilianópolis, Estrela do Norte, Nantes, Narandiba e Ribeirão dos Índios obtiveram o escore máximo de 10,00. O atributo Coordenação – Sistemas de Informação apresentou-se superior a 6,6 na maioria dos municípios; somente no município de Indiana obteve escore igual a 4,71. Deve-se salientar, ainda, que os municípios de Taciba e Rancharia obtiveram os maiores escores de 9,61 e 9,10 respectivamente. Na avaliação dos escores médios dos atributos da APS na CIR de Alto Capivari observou-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, obteve valor igual a 6,57, valor discretamente menor que a média de 6,6. Na CIR de Alta Sorocabana os atributos avaliados na tabela 32 obtiveram valores superiores à média de 6,6.

Tabela 33 - Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados da Saúde da Criança dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e da Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.

Município	Integralidade Serviços Disponíveis	Integralidade Serviços Prestados	Orientação Familiar	Orientação Comunitária	Escore Derivado	Escore Essencial	Escore Geral
Alfredo Marcondes	8,38	7,93	6,97	9,17	8,07	7,63	7,72
Álvares Machado	7,71	8,70	6,96	7,96	6,38	7,62	7,58
Anhumas	7,43	6,60	5,70	5,72	5,35	6,61	6,43
Caiabu	7,22	5,25	6,11	6,15	6,13	5,66	5,76
Emilianópolis	7,19	7,73	8,44	7,67	8,06	6,82	7,08
Estrela do Norte	9,39	9,90	8,89	9,51	8,52	8,04	8,27
Iepê	7,35	7,33	6,94	5,18	5,65	6,76	6,60
Indiana	8,96	8,58	7,56	7,55	7,26	7,38	7,42
João Ramalho	8,92	8,27	6,84	6,54	6,60	7,23	7,11
Martinópolis	8,02	8,43	8,38	7,80	7,83	7,57	7,68
Nantes	8,89	9,43	8,25	6,79	7,52	8,17	8,02
Narandiba	8,33	9,13	8,78	7,67	8,22	7,74	7,85
Presidente Bernardes	5,93	7,17	6,97	7,92	7,44	6,65	6,82
Quatá	6,42	6,85	6,01	6,61	6,08	6,97	6,84

(continua)

(continuação)

Município	Integralidade Serviços Disponíveis	Integralidade Serviços Prestados	Orientação Familiar	Orientação Comunitária	Escore Derivado	Escore Essencial	Escore Geral
Rancharia	7,91	9,10	7,76	7,23	7,25	7,58	7,56
Regente Feijó	5,65	6,30	7,23	7,31	7,19	6,77	6,88
Ribeirão dos Índios	7,48	9,07	7,78	8,33	8,06	7,39	7,53
Sandovalina	8,02	7,72	8,98	8,68	8,83	7,70	7,95
Santo Anastácio	7,07	7,32	7,58	8,41	7,99	7,09	7,28
Taciba	8,56	9,58	9,28	7,66	8,47	8,12	8,19
Tarabai	7,80	7,38	7,26	6,89	7,07	7,06	7,06
CIR Alto Capivari	7,90	8,20	7,16	6,47	6,62	7,34	7,23
CIR Alta Sorocabana	7,70	7,92	7,68	7,78	7,55	7,24	7,34

(conclusão)

Na tabela 33 verifica-se que o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis obteve escore maior que 6,6 na maioria dos municípios, exceto nos de Regente Feijó, Presidente Bernardes e Quatá, cujos escores foram 5,65, 5,93 e 6,42 respectivamente. No atributo Integralidade – Serviços Prestados, observa-se que Caiabu e Regente Feijó obtiveram escores inferiores a 6,6, com valores de 5,25 e 6,30, enquanto que os municípios de Estrela do Norte e Taciba obtiveram os maiores escores com valores de 9,90 e 9,58 respectivamente. No atributo Orientação Familiar, a maioria dos municípios obteve escores superiores a 6,6, com exceção de Anhumas, Quatá e Caiabu, cujos escores foram de 5,70, 6,01 e 6,11 respectivamente, no entanto Sandovalina e Taciba receberam os maiores escores de 8,98 e 9,28 respectivamente. No atributo Orientação Comunitária, Iepê, Anhumas e Caiabu obtiveram escores menores que a média de 6,6, apresentando os respectivos valores de 5,18, 5,72 e 6,15;

já os municípios de Estrela do Norte e Alfredo Marcondes obtiveram os melhores escores de 9,51 e 9,17 respectivamente. Na avaliação dos escores derivados dos municípios, observa-se que Anhumas, Iepê, Quatá, Caiabu e Álvares Machado obtiveram escore inferior à média de 6,6, apresentando os valores respectivos de 5,35, 5,65, 6,08, 6,13 e 6,38; destaca-se que os municípios de Estrela do Norte e Sandovalina obtiveram os maiores escores derivados de 8,52 e 8,83 respectivamente. Na avaliação dos escores essenciais, observa-se que somente Caiabu obteve escore inferior à média 6,6, enquanto que nos municípios de Nantes e Taciba foram observados os melhores escores, com 8,12 e 8,17 respectivamente. Na avaliação dos escores gerais dos municípios, observou-se que Caiabu e Anhumas obtiveram os menores escores de 5,76 e 6,43 respectivamente, enquanto que Estrela do Norte e Taciba alcançaram os maiores escores, de 8,27 e 8,19 respectivamente. Na CIR de Alto Capivari, observa-se que o atributo Orientação Comunitária foi o pior avaliado, com valor de 6,47, valor inferior à média 6,6. Na CIR de Alta Sorocabana, os atributos avaliados na tabela 33 foram bem avaliados, obtiveram valores superiores à média de 6,6.

B. Análise dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, a partir da perspectiva dos usuários adultos da ESF que responderam ao PCATool versão adulto

Tabela 34 - Distribuição de participantes adultos que responderam ao PCATool versão adulto, nas CIRs de Alto Capivari e de Alta Sorocabana, RRAS 11 de Presidente Prudente, SP, 2015.

Cidade	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual cumulativo
Alfredo Marcondes	20	2,9	2,9	2,9
Álvares Machado	57	8,3	8,3	11,2
Anhumas	40	5,8	5,8	17,0
Caiabu	10	1,4	1,4	18,4
Emilianópolis	8	1,2	1,2	19,6
Estrela do Norte	15	2,2	2,2	21,7
Iepê	20	2,9	2,9	24,6
Indiana	40	5,8	5,8	30,4
João Ramalho	39	5,7	5,7	36,1
Martinópolis	77	11,2	11,2	47,2
Nantes	7	1,0	1,0	48,3
Narandiba	10	1,4	1,4	49,7
Presidente Bernardes	33	4,8	4,8	54,5
Quatá	83	12,0	12,0	66,5
Rancharia	70	10,1	10,1	76,7
Regente Feijó	45	6,5	6,5	83,2
Ribeirão dos Índios	6	0,9	0,9	84,1
Sandovalina	8	1,2	1,2	85,2
Santo Anastácio	50	7,2	7,2	92,5
Taciba	36	5,2	5,2	97,7
Tarabai	16	2,3	2,3	100,0
Total	690	100,0	100,0	

Identifica-se na tabela 34, que a amostra planejada para participantes na categoria usuários maiores de 18 anos foi alcançada, conforme o planejamento amostral.

Tabela 35 - Características dos usuários adultos que responderam ao PCAtool versão adulto, atendidos pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS ADULTOS				
IDADE (em anos)				
N	690			
Média	45,43			
Desvio Padrão	16,48			
Mínimo	18			
Máximo	89			
SEXO	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Validade Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Masculino	173	25,1	25,1	25,1
Feminino	517	74,9	74,9	100,0
TEMPO QUE MORA NA ÁREA DA ESF (em anos)				
Média	22,38			
Desvio padrão	16,33			
Mínimo	5			
Máximo	80			

Na tabela 35, observa-se que a média de idade dos participantes que responderam ao PCATool versão adulto foi de 45 anos e que a maioria era do sexo feminino. Em relação ao tempo que mora na área da ESF, obteve-se média de 22 anos.

Tabela 36 - Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os participantes que responderam ao PCATool versão adulto, 2015.

Atributos	N		Média/Escore	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
	<i>Valid</i>	<i>Missing</i>						
Grau de Afiliação	690	0	3,53 (8,43)	4,00	0,65	3	1	4
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	690	0	8,73	10,00	1,66	10,00	0,00	10,00
Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	690	0	4,56	4,44	1,41	9,16	0,28	9,44
Longitudinalidade	690	0	7,90	8,33	1,55	8,33	1,67	10,00
Coordenação – Integração de Cuidados	497	193	8,15	8,75	1,91	10,00	0,00	10,00
Coordenação – Sistema de informações	689	1	8,30	8,89	1,76	10,00	0,00	10,00
Integralidade – Serviços Disponíveis	679	11	7,31	7,58	1,78	9,70	0,30	10,00
Integralidade – Serviços Prestados	679	11	6,82	7,18	2,18	10,00	0,00	10,00
Orientação Familiar	685	5	7,39	7,78	2,53	10,00	0,00	10,00
Orientação Comunitária	679	11	7,28	7,22	1,95	10,00	0,00	10,00
Escore Essencial	690	0	6,85	7,04	1,04	6,28	2,60	8,88
Escore Geral	690	0	6,95	7,15	1,15	6,52	2,58	9,10

Na tabela 36, observa-se que grande parte dos atributos da APS obteve escore acima da média de 6,6, exceto o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato, que obteve escore igual a 4,56. Contrapondo-se ao valor do componente Acessibilidade,

o componente Utilização do mesmo atributo obteve o maior escore, com valor igual a 8,73. Em primeira análise, observa-se que existe uma divergência entre os componentes que formam o atributo Acesso Primeiro Contato. O atributo Grau de Afiliação foi avaliado com valor igual a 8,43, demonstrando boa afiliação da ESF com os usuários adultos. Embora os atributos de Longitudinalidade, Orientação Familiar, Orientação Comunitária e os componentes Serviços Disponíveis e Serviços Prestados do atributo Integralidade tenham sido bem avaliados pelos usuários adultos e tenham obtido valor superior à média 6,6, precisam melhorar sua extensão na ESF.

Tabela 37 – Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	B1	B2	B3
Com certeza, sim	80,58%	71,74%	61,74%
Provavelmente, sim	16,37%	22,03%	28,11%
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	1,75%	3,33%	5,51%
Com certeza, não	1,45%	2,90%	4,64%

Na tabela 37 observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” às questões B1 (Quando você necessita de uma consulta de revisão, você vai a ESF antes de ir a outro serviço de saúde?), B2 (Quando você tem um novo problema de saúde, você vai a ESF antes de ir a outro serviço de saúde?) e B3 (Quando você tem que consultar um especialista, o médico/enfermeiro da ESF tem que encaminhar você obrigatoriamente?).

Para descrever detalhadamente o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B), atributo que obteve o maior valor na avaliação dos usuários adultos, construiu-se a tabela 38, que indica o escore médio de cada questão ou indicador que compõe o atributo.

Tabela 38 - Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B), de acordo com os usuários adultos atendidos pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Indicadores	Escore
B1	9,20
B2	8,75
B3	8,23

Na tabela 38 observa-se que os indicadores B1 (Quando você necessita de uma consulta de revisão, você vai à ESF antes de ir a outro serviço de saúde?), B2 (Quando você tem um novo problema de saúde, você vai à ESF antes de ir a outro serviço de saúde?) e B3 (Quando você tem que consultar um especialista, o médico/enfermeiro da ESF tem que encaminhar você obrigatoriamente?) apresentam-se com escores médios superiores a 6,6.

Tabela 39 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	C1%	C2%	C3%	C4%	C5%	C6%	C7%	C8%	C9%	C10%	C11%	C12%
Com certeza, sim	1,30	2,32	50,72	25,94	23,48	11,30	9,56	64,64	9,71	34,35	30,14	26,81
Provavelmente, sim	1,74	2,46	29,13	45,41	13,77	11,01	4,06	27,82	30,87	45,94	47,68	14,20
Provavelmente, não/não sei/não lembro	14,78	17,38	11,30	15,36	21,74	24,49	23,48	4,93	28,26	10,29	12,61	38,11
Com certeza, não	82,17	77,82	8,84	13,19	41,01	53,19	62,89	2,61	31,16	9,42	9,56	20,87

Na tabela 39, identifica-se que a maioria dos participantes, usuários adultos, respondeu “com certeza, não” às questões C1 (A ESF fica aberta no sábado ou no domingo?), C2 (A ESF fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?), C5 (Quando a ESF está fechada, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?), C6 (Quando a ESF está fechada no sábado e domingo e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?) e C7 (Quando a ESF está fechada e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço atende você na mesma noite?). Nas questões C3 (Quando a ESF está aberta e você adocece, alguém de lá atende você no mesmo dia?) e C8 (É fácil marcar hora para uma consulta de revisão na ESF?) observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim”. Nas questões ou indicadores C4 (Quando a ESF está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?), C9 (Quando você chega na ESF, 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 na ESF?) e C11 (É difícil para você conseguir atendimento médico na ESF quando você pensa que é necessário?) a maioria dos participantes respondeu “provavelmente, sim”. Na questão C12 (Quando você tem que ir à ESF, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?) a maioria dos participantes afirmou “Provavelmente, não/não sei/não lembro”.

Com o intuito de descrever detalhadamente o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C), atributo que obteve o menor valor na avaliação dos usuários adultos, construiu-se a tabela 40, que indica o escore médio de cada questão ou indicador que compõe o atributo.

Tabela 40 - Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C), de acordo com os usuários adultos atendidos pelas equipes de ESF que trabalham nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Indicadores	Escore
C1	0,74
C2	0,98
C3	7,39
C4	6,14
C5	3,99
C6	2,68
C7	2,01
C8	8,50
C9	3,97
C10	6,84
C11	6,61
C12	4,90

Na tabela 40, os indicadores C1 (A ESF fica aberta no sábado ou no domingo?), C2 (A ESF fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?), C5 (Quando a ESF está fechada, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?), C6 (Quando a ESF está fechada no sábado e domingo e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?), C7 (Quando a ESF está fechada e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço atende você na mesma noite?), C9 (Quando você chega na ESF, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro, sem contar triagem ou acolhimento?) e C12 (Quando você tem que ir na ESF, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?) apresentaram valores muito inferiores à média de 6,6. Os indicadores C3 (Quando a ESF está aberta e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?), C4 (Quando a ESF está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?), C8 (É fácil marcar hora para uma consulta de revisão na ESF?), C10 (Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas

peessoas para marcar hora na ESF?) e C11 (É difícil para você conseguir atendimento médico na ESF quando você pensa que é necessário?) foram bem avaliados com escores maiores que a média de 6,6.

Tabela 41 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade (D), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	D1%	D2%	D3%	D4%	D5%	D6%	D7%	D8%	D9%	D10%	D11%	D12%	D13%	D14%
Com certeza, sim	74,30	81,30	81,40	36,08	73,90	74,90	41,20	44,30	46,50	63,90	32,20	55,80	65,50	11,00
Provavelmente, sim	20,10	17,70	17,20	36,52	21,70	20,10	28,30	28,80	27,10	19,40	29,40	25,80	27,50	7,54
Provavelmente, não/não sei/não lembro	3,91	0,87	1,16	16,81	3,48	4,06	22,00	17,80	18,00	12,30	20,00	9,57	4,78	22,60
Com certeza, não	1,59	0,14	0,14	10,58	0,87	0,87	8,55	8,99	8,41	4,35	18,40	8,84	2,17	58,80

Na tabela 41, observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores D1 (Quando você vai à ESF, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?), D2 (Você acha que o seu médico ou enfermeiro da ESF entende o que você diz ou pergunta?), D3 (O seu médico ou enfermeiro da ESF responde a suas perguntas de maneira que você entenda?), D5 (O médico ou enfermeiro da ESF lhe dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas?), D6 (Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu médico ou enfermeiro?), D7 (O seu médico ou enfermeiro conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?), D8 (O médico ou enfermeiro sabe quem mora com você?), D9 (O médico ou enfermeiro sabe quais problemas são mais importantes para você?), D10 (O seu médico/enfermeiro conhece a sua histórica clínica completa?), D11 (O seu médico ou enfermeiro sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?), D12 (O seu médico/enfermeiro saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos de que você precisa?) e D13 (O seu médico/enfermeiro sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?). No indicador D4 (Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?) observa-se que a maioria das respostas dos usuários adultos fica dividida entre “com certeza sim” e “provavelmente, sim”. Nos indicadores D7 e D11, observa-se que parcela significativa dos participantes respondeu “provavelmente, não/não sei/não lembro”. No indicador D14 (Você

mudaria de ESF para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?) identificou-se que a maioria dos usuários adultos respondeu “Com certeza, não”. E ainda no indicador D11, observa-se também que grande parte dos participantes respondeu “com certeza, não”

Tabela 42 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação - Integração de Cuidados (E), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	E2%	E3%	E4%	E5%	E6%	E7%	E8%	E9%
Com certeza, sim	81,10	75,10	46,30	57,70	70,60	69,20	66,00	44,70
Provavelmente, sim	12,30	19,70	33,80	31,40	19,30	21,90	18,50	30,60
Provavelmente, não/não sei/não lembro	2,41	3,62	8,65	4,43	5,84	6,04	7,85	11,50
Com certeza, não	4,23	1,61	11,30	6,44	4,23	2,82	7,65	13,30

A tabela 42 mostra que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores E2 (O médico/enfermeiro indicou/encaminhou/ sugeriu que você fosse consultar um especialista ou serviço especializado?), E3 (O médico/enfermeiro sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?), E4 (O médico/enfermeiro discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para esse problema de saúde?), E5 (O seu médico/enfermeiro ou alguém que trabalha na ESF ajudou-o a marcar a consulta?), E6 (O seu médico/enfermeiro escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?), E7 (O médico/enfermeiro sabe quais foram os resultados da consulta?), E8 (Depois que você foi ao especialista ou serviço especializado, o seu médico/enfermeiro conversou com você sobre o que aconteceu durante a consulta?) e E9 (O seu médico/enfermeiro pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, perguntou a você se foi bem ou mal atendido pelo especialista ou serviço especializado?). Nos indicadores E4, E5 e E9 observa-se que parte significativa dos participantes respondeu “provavelmente, sim”.

O atributo Coordenação Integração de Cuidados (E) é avaliado também pelo indicador E1 (Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está sendo acompanhado pela ESF?) que tem como respostas: sim; não; e não sei/não lembro, este indicador não possibilita a avaliação por escore, nesse indicador obteve-se o seguinte percentual nas respostas: 72,03% dos usuários que responderam ao PCATool versão adulto disseram que sim; 26,38% disseram que não e 1,59% disseram não sei/não lembro.

Tabela 43 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações (F), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	F1	F2	F3
Com certeza, sim	57,47%	78,20%	55,00%
Provavelmente, sim	22,21%	20,20%	32,40%
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	14,22%	1,31%	9,72%
Com certeza, não	6,10%	0,29%	2,90%

Na tabela 43, observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores F1 (Quando você vai à ESF, você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?); e F2 (Quando você vai à ESF, o seu prontuário está sempre disponível na consulta?). No indicador F3 (Você poderia ler (consultar) o seu prontuário se quisesse na ESF?) identificou-se que as respostas dos participantes ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente, sim”. Nos indicadores F1 e F2 observa-se também que parcela significativa dos participantes respondeu “provavelmente, sim”.

Tabela 44 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (G), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

INDICADORES	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não/não sei/não lembro	Com certeza, não
G1%	66,70	19,90	7,95	5,45
G2%	59,10	23,00	9,57	8,39
G3%	65,40	19,00	8,39	7,22
G4%	85,90	6,92	1,77	5,45
G5%	77,20	14,00	2,65	6,19
G6%	69,70	11,90	9,57	8,84
G7%	73,60	17,80	4,86	3,68
G8%	57,90	19,60	15,50	7,07
G9%	57,60	20,50	13,30	8,69
G10%	42,30	11,30	20,30	26,10
G11%	74,80	17,40	3,98	3,83
G12%	42,40	23,70	15,00	18,90
G13%	41,70	24,00	15,60	18,70
G14%	19,40	10,90	30,30	39,30
G15%	23,10	10,90	27,10	38,90
G16%	81,10	15,90	1,18	1,77
G17%	59,90	19,40	13,10	7,51
G18%	80,60	14,40	2,50	2,50
G19%	25,00	11,60	28,60	34,80
G20%	53,80	25,50	14,10	6,63
G21%	63,20	21,50	11,50	3,83
G22%	37,60	28,10	23,90	10,50

Na tabela 44, observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores G1 (Estão disponíveis na ESF respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta?), G2 (Está disponível na ESF verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais?), G3 (Está disponível na ESF programa de suplementação nutricional?), G4 (Estão disponíveis na ESF vacinas?), G5 (Está disponível na ESF avaliação da saúde bucal?), G6 (Está disponível na ESF tratamento dentário?), G7 (Está disponível na ESF planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais?), G8 (Está disponível na ESF aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas lícitas ou

ilícitas), G9 (Está disponível na ESF aconselhamento para problemas de saúde mental?), G10 (Está disponível na ESF o serviço de sutura de um corte que necessite de pontos?), G11 (Está disponível na ESF aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV?), G12 (Está disponível na ESF identificação de problemas auditivos?), G13 (Está disponível na ESF identificação de problemas visuais?), G16 (Está disponível na ESF exame preventivo para câncer de colo de útero?), G17 (Está disponível na ESF aconselhamento sobre como parar de fumar?), G18 (Estão disponíveis na ESF cuidados pré-natais?), G20 (Está disponível na ESF aconselhamento sobre mudanças que aconteçam com o envelhecimento?), G21 (Está disponível na ESF orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família: curativos, troca de sondas, banho na cama...?) e G22 ((Estão disponíveis na ESF orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde?).

Nos indicadores G14 (Está disponível na ESF o serviço de colocação de tala?), G15 (Está disponível na ESF o serviço de remoção de verrugas?), e G19 (Está disponível na ESF o serviço de remoção de unha encravada?) observa-se que a maioria das respostas dos participantes ficou dividida entre “com certeza, não” e “provavelmente, não/não sei/não lembro”. No indicador G10 identifica-se que parte significativa dos participantes respondeu “com certeza, não”.

Tabela 45 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados (H), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	H1%	H2%	H3%	H4%	H5%	H6%	H7%	H8%	H9%	H10%	H11%	H12%	H13%
Com certeza, sim	69,10	58,60	16,20	23,70	64,70	65,80	71,30	44,00	7,81	49,00	55,70	41,80	46,10
Provavelmente, sim	21,60	26,70	12,37	26,40	20,90	16,10	21,80	24,40	6,04	24,60	22,50	19,00	19,00
Provavelmente, não/não sei/não lembro	4,71	7,81	42,12	27,20	6,63	11,20	3,09	15,80	48,30	11,50	8,84	8,69	6,48
Com certeza, não	4,71	7,07	29,46	22,80	7,95	6,92	3,98	15,90	38,00	15,00	13,10	8,10	6,04

Na tabela 45, observa-se que a maioria dos usuários adultos respondeu “com certeza, sim” aos indicadores H1 (Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente?), H2 (Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança?), 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, no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança?), H10 (Como prevenir queimaduras?), H11 (Como prevenir quedas?), H12 (Como prevenir osteoporose ou ossos frágeis) e H13 (Cuidado de problemas comuns da menstruação e menopausa?). Nos indicadores H3 (Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro?) e H9 (Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança?) observa-se que a maioria das respostas dos participantes ficou divididas entre “provavelmente, não/não sei/não lembro” e “com certeza, não”. No indicador H4 (Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando?) as respostas dos participantes ficaram divididas entre “com certeza, sim”, “provavelmente, sim”, “provavelmente, não/não sei/não lembro” e “com certeza, não”; no entanto, com pouca diferença a resposta “provavelmente, não/não sei/não lembro” foi a com maior percentual de respostas.

Tabela 46 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar (I), nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	I1	I2	I3
Com certeza, sim	43,40%	62,30%	41,50%
Provavelmente, sim	28,80%	21,00%	43,50%
Provavelmente, não/não sei/ não lembro	18,40%	10,20%	8,91%
Com certeza, não	9,49%	6,42%	6,13%

Na tabela 46 observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores I1 (Seu médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?) e I2 (O seu médico/enfermeiro já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família?). No indicador I3 (O seu médico/enfermeiro se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?), a maioria dos participantes respondeu “provavelmente, sim”. Nos indicadores I1 e I2 parcela significativa dos usuários adultos responderam “provavelmente, sim”

Tabela 47 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos atendidos na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária (J), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	J1%	J2%	J3%	J4%	J5%	J6%
Com certeza sim	89,20	57,44	45,07	52,28	37,60	23,86
Provavelmente sim	8,98	34,76	39,47	24,89	36,1	14,43
Provavelmente não/não sei/não lembro	1,03	5,15	10,60	12,96	14,90	32,40
Com certeza, não	0,74	2,65	4,86	9,87	11,50	29,31

Na tabela 47, identifica-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores J1 (Alguém da ESF ou médico ou enfermeiro faz visitas domiciliares?), J2 (A ESF ou médico ou enfermeiro conhece os problemas de saúde importantes para sua vizinhança?), J3 (A ESF ou médico ou enfermeiro ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?) e J4 (A equipe da ESF faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo/atendendo as necessidades das pessoas?). No indicador J5 (A equipe da ESF faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que eles deveriam conhecer?), observa-se que as respostas dos usuários adultos ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente, sim”. No indicador J6 (Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde?) identificou-se que a maioria das respostas dos participantes ficou entre “provavelmente, não/não sei/não lembro” e “com certeza, não”.

Tabela 48 - Comparação dos escores médios dos atributos essenciais da Saúde do Adulto dos municípios selecionados das CIRs do Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.

Município	Grau de Afiliação	Acesso de Primeiro Contato -Utilização	Acesso de Primeiro Contato -Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação Integração de Cuidados	Coordenação Sistema de Informações
Alfredo Marcondes	9,16	9,06	5,46	8,00	8,68	8,22
Álvares Machado	8,79	8,79	4,27	7,92	8,08	8,60
Anhumas	7,33	7,39	4,22	6,16	6,79	6,94
Caiabu	9,66	8,67	4,19	7,76	8,24	8,11
Emilianópolis	10,00	8,47	5,52	8,72	8,91	8,47
Estrela do Norte	9,00	9,26	6,61	9,49	9,20	9,19
Iepê	8,66	7,83	3,00	6,87	7,50	7,39
Indiana	9,10	8,33	4,75	7,86	8,04	8,12
João Ramalho	7,00	8,40	4,74	6,81	6,91	7,83
Martinópolis	8,46	8,92	4,99	8,04	9,07	8,20
Nantes	9,00	7,94	6,63	8,84	7,71	8,25
Narandiba	8,33	10,00	5,56	8,33	8,27	8,78
Presidente Bernardes	9,20	8,52	3,56	7,40	7,94	7,68

(continua)

(continuação)

Município	Grau de Afiliação	Acesso de Primeiro Contato -Utilização	Acesso de Primeiro Contato -Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação Integração de Cuidados	Coordenação Sistema de Informações
Quatá	8,50	8,58	3,69	7,57	7,83	8,76
Rancharia	7,76	9,13	4,02	8,83	8,79	8,98
Regente Feijó	8,73	8,96	4,77	7,96	8,20	8,17
Ribeirão dos Índios	9,43	10,00	4,81	8,21	9,27	8,70
Sandovalina	8,33	9,58	4,55	8,93	8,39	9,17
Santo Anastácio	8,26	8,53	4,66	7,75	8,36	7,69
Taciba	8,43	9,48	6,46	9,15	7,82	9,01
Tarabai	8,43	9,48	4,41	8,73	9,38	8,74
CIR Alto Capivari	8,20	8,38	4,42	7,78	7,75	8,24
CIR Alta Sorocabana	8,80	8,97	4,92	8,15	8,42	8,36

(conclusão)

A tabela 48 mostra que, no atributo Grau de Afiliação, o município de João Ramalho foi o que apresentou menor valor enquanto que o município de Emilianópolis foi o que obteve maior valor. Na avaliação do Atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização, todos os municípios apresentaram escores maiores que a média 6,6, destacando-se Narandiba e Ribeirão dos Índios com escore igual a 10,00. O atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foi o pior avaliado, apenas os municípios de Estrela do Norte e Nantes obtiveram valores superiores à média 6,6, com os respectivos valores de 6,61 e 6,63. O atributo Longitudinalidade foi bem avaliado, apenas o município de Anhumas obteve escore inferior à média 6,6, com valor de 6,16. Na avaliação do Atributo Coordenação – Integração de Cuidados todos os municípios foram bem avaliados, destacando-se os de Ribeirão dos Índios e Tarabai com os respectivos valores de 9,27 e 9,38. O atributo Coordenação – Sistema de

Informações foi bem avaliado,, destacando-se os municípios de Estrela do Norte e Sandovalina com os respectivos valores de 9,19 e 9,17. Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana observa-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade obteve valores inferiores à média 6,6, com 4,42 e 4,92 respectivamente.

Tabela 49 - Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados da Saúde do Adulto dos municípios selecionados das CIRs do Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.

Município	Integralidade Serviços Disponíveis	Integralidade Serviços Prestados	Orientação Familiar	Orientação Comunitária	Escore Derivado	Escore Essencial	Escore Geral
Alfredo Marcondes	7,77	6,47	7,61	6,92	7,26	7,07	7,10
Álvares Machado	7,04	7,04	6,12	7,08	6,29	6,91	6,85
Anhumas	6,55	4,88	5,58	5,87	5,44	5,70	5,71
Caiabu	7,62	5,34	8,22	7,11	7,67	6,70	6,89
Emilianópolis	9,47	7,36	8,47	7,29	7,88	7,61	7,67
Estrela do Norte	9,70	9,17	9,44	9,93	9,37	8,22	8,52
Iepê	6,35	5,47	6,11	4,78	5,44	5,91	5,82
Indiana	8,53	7,22	7,39	7,24	7,22	7,05	7,11

(continua)

(continuação)

Município	Integralidade Serviços Disponíveis	Integralidade Serviços Prestados	Orientação Familiar	Orientação Comunitária	Escore Derivado	Escore Essencial	Escore Geral
João Ramalho	8,76	6,90	7,26	6,88	7,07	6,66	6,75
Martinópolis	7,56	7,52	8,01	7,80	7,75	7,10	7,26
Nantes	7,45	8,06	9,37	7,62	8,49	7,27	7,52
Narandiba	8,61	7,94	8,00	8,56	8,28	7,60	7,74
Presidente Bernardes	5,62	5,53	5,97	7,07	6,32	6,11	6,19
Quatá	5,77	5,11	6,05	5,80	5,92	6,28	6,21
Rancharia	7,90	7,97	8,67	8,62	8,64	7,29	7,57
Regente Feijó	6,25	6,91	7,28	7,19	7,23	6,79	6,88
Ribeirão dos Índios	7,58	7,39	8,15	8,33	8,24	7,39	7,57
Sandovalina	9,47	7,58	9,44	7,78	8,61	7,63	7,83
Santo Anastácio	7,30	6,98	7,78	8,04	7,91	6,74	6,98
Taciba	7,75	8,33	9,35	7,87	8,61	7,69	7,88
Tarabai	8,77	7,77	8,67	8,22	8,44	7,54	7,72
CIR Alto Capivari	7,25	6,70	7,49	6,74	7,11	6,68	6,77
CIR Alta Sorocabana	7,85	7,09	7,84	7,64	7,66	7,12	7,24

(conclusão)

Na tabela 49, observa-se que no atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, os municípios de Anhumas, Iepê, Presidente Bernardes, Quatá e Regente Feijó obtiveram valores inferiores à média de 6,6, com os valores respectivos de 6,55; 6,35; 5,62; 5,77 e 6,25; destacam-se, de

outra parte, Emilianópolis, Estrela do Norte e Sandovalina, com os maiores escores, respectivamente 9,47, 9,70 e 9,47. No atributo Integralidade – Serviços Prestados, Anhumas, Caiabu, Iepê, Presidente Bernardes e Quatá obtiveram valores inferiores à média de 6,6, com os respectivos valores de: 6,47; 4,88, 5,34, 5,47, 5,53 e 5,11, enquanto que Estrela do Norte apresentou o maior escore, 9,17. Na avaliação do atributo Orientação Familiar, observa-se que os municípios de Álvares Machado, Anhumas, Iepê, Presidente Bernardes e Quatá obtiveram escores inferiores à média, com os respectivos valores: 6,12; 5,58; 6,11; 5,97 e 6,05; já Estrela do Norte, Nantes, Sandovalina e Taciba apresentaram os maiores escores dentre os municípios, com respectivamente 9,44; 9,37; 9,44 e 9,35. No atributo Orientação Comunitária, observa-se que Anhumas, Iepê e Quatá obtiveram escores inferiores à média, com os respectivos valores de: 5,87; 4,78 e 5,92; e que o município de Estrela do Norte apresentou o maior escore, 9,93. Na avaliação dos escores derivados, a maioria dos municípios obteve escores superiores a 6,6, exceto os municípios de Álvares Machado, Anhumas, Iepê, Presidentes Bernardes e Quatá. Na avaliação do Escore Essencial, a maioria dos municípios foi bem avaliada, no entanto observou-se que os municípios de Iepê, Presidente Bernardes e Quatá obtiveram escores inferiores a 6,6. Os escores gerais dos municípios foram em grande parte avaliados com escores superiores a 6,6, exceto os municípios de Anhumas, Iepê, Presidente Bernardes e Quatá. Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, os atributos da APS foram bem avaliados com valores acima da média 6,6 conforme mostra a tabela 49.

C. Análise dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, a partir da perspectiva dos profissionais (gestor de saúde, médicos, enfermeiros) que trabalham na ESF e que responderam ao PCATool versão profissionais

Tabela 50 - Distribuição dos profissionais que responderam ao PCATool versão profissional, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Cidade	Frequência	Percentual	Validade Percentual	Percentual cumulativo
Alfredo Marcondes	3	2,9	2,9	2,9
Álvares Machado	4	3,9	3,9	6,9
Anhumas	5	4,9	4,9	11,8
Caiabu	2	2,0	2,0	13,7
Emilianópolis	3	2,9	2,9	16,7
Estrela do Norte	3	2,9	2,9	19,6
Iepê	3	2,9	2,9	22,5
Indiana	3	2,9	2,9	25,5
João Ramalho	3	2,9	2,9	28,4
Martinópolis	10	9,8	9,8	38,2
Nantes	1	1,0	1,0	39,2
Narandiba	3	2,9	2,9	42,2
Presidente Bernardes	9	8,8	8,8	51,0
Quatá	8	7,8	7,8	58,8
Rancharia	12	11,8	11,8	70,6
Regente Feijó	9	8,8	8,8	79,4
Ribeirão dos Índios	3	2,9	2,9	82,4
Sandovalina	3	2,9	2,9	85,3
Santo Anastácio	7	6,9	6,9	92,2
Taciba	2	2,0	2,0	94,1
Tarabai	6	5,9	5,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Identifica-se na tabela 50, que a amostra planejada para participantes na categoria profissionais que trabalham na ESF foi alcançada, conforme o planejamento amostral.

Tabela 51 - Características dos profissionais que trabalham na ESF dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

PROFISSÃO	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Gestor	19	18,6	18,6
Médico	39	38,2	56,9
Enfermeiro	44	43,1	100,0
Total	102	100,0	_____
ESCOLARIDADE	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Ensino superior completo	100	98,0	98,0
Ensino médio completo	2	2,0	100,0
ESPECIALIDADE	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Sim	68	66,7	66,7
Não	34	33,3	100,0
ESPECIALIDADE EM ESF	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Sim	38	37,3	37,3
Não	64	62,7	100,0
CURSO DE CAPACITAÇÃO	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
Sim	49	48,0	48,0
Não	53	52,0	100,0
NÚMERO DE ESPECIALIDADES	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Percentual Cumulativo</i>
0	33	32,4	32,4
1	38	37,3	69,6
2	26	25,5	95,1
3	3	2,9	98,0
4	2	2,0	100,0
TEMPO DE FORMAÇÃO (EM ANOS)			
N	102		
Média	10,56		
Desvio Padrão	7,29		
Mínimo	1		
Máximo	40		

(continua)

(continuação)

TEMPO DE TRABALHO NA ESF (EM ANOS)	
N	102
Média	4,51
Desvio Padrão	4,07
Mínimo	1
Máximo	18

(conclusão)

Na tabela 51 observa-se que a maioria dos profissionais que participaram da pesquisa eram enfermeiros, com ensino superior completo, especialistas, formados no ensino superior há 10,56 anos e trabalham na ESF há 4,51 anos. Em relação à escolaridade identificou-se que 2 profissionais não possuem ensino superior e são gestores municipais de saúde. Observa-se também que menos da metade dos profissionais, ou seja, 48%, participou de curso de capacitação para trabalhar na ESF. A maioria dos profissionais que participaram da pesquisa possui 1 especialidade e apenas 37,3 % possuem especialização em ESF.

Tabela 52 - Atributos essenciais e derivados da APS, segundo os profissionais que responderam ao PCATool versão profissionais, 2015.

Atributos	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
	<i>Valid</i>	<i>Missing</i>					
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	102	0	5,57	5,19	1,42	6,67	2,22 8,89
Longitudinalidade	102	0	7,71	7,69	1,26	4,87	5,13 10,00
Coordenação – Integração de Cuidados	102	0	7,70	7,78	1,23	5,56	4,44 10,00
Coordenação – Sistema de informações	102	0	8,74	8,89	1,42	6,67	3,33 10,00
Integralidade – Serviços Disponíveis	102	0	8,29	8,48	1,24	7,58	2,42 10,00
Integralidade – Serviços Prestados	102	0	8,40	8,78	1,57	9,33	3,11 12,44
Orientação Familiar	102	0	8,53	8,89	1,74	7,78	2,22 10,00
Orientação Comunitária	102	0	8,12	8,33	1,41	5,00	5,00 10,00
Escore Essencial	102	0	7,73	7,80	0,85	4,58	5,01 9,58
Escore Geral	102	0	7,88	7,98	0,90	4,27	5,42 9,69

Na tabela 52, identificou-se que grande parte dos atributos da APS obtiveram escore acima da média de 6,6, exceto o componente Acessibilidade do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, que obteve escore igual a 5,57. O componente Coordenação – Sistema de Informações, do atributo Coordenação da Atenção, foi o melhor avaliado pelos profissionais com valor igual a 8,74. Embora o atributo Longitudinalidade e o componente Coordenação – Integração de Cuidados, do atributo Coordenação da Atenção, tenham sido bem avaliados, precisam melhorar sua extensão no âmbito da ESF.

Tabela 53 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (A), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	A1%	A2%	A3%	A4%	A5%	A6%	A7%	A8%	A9%
Com certeza sim	1,96	19,61	72,55	72,55	61,76	19,61	20,59	85,29	18,63
Provavelmente sim	0,00	3,92	23,53	23,53	17,65	10,78	7,84	12,74	37,25
Provavelmente não/não sei/não lembro	8,82	3,92	0,00	3,92	4,90	21,56	23,53	0,98	35,29
Com certeza, não	89,21	72,55	0,98	0,00	15,68	48,04	48,04	0,98	8,82

Na tabela 53, observa-se que a maioria dos profissionais respondeu “Com certeza não” às questões A1 (Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?), A2 (Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até às 20 horas?), A6 (Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos, e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?) e A7 (Quando seu serviço de saúde é fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?). Nas questões A3 (Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?), A4 (Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?), A5 (Quando seu serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para qual os pacientes possam ligar quando adoecem?) e A8 (É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde no seu serviço de saúde?), observa-se que a maioria dos participantes respondeu “Com certeza sim”. A maioria dos profissionais disse “provavelmente sim” à questão A9 (Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro, sem contar a triagem ou o acolhimento?).

Para descrever detalhadamente o atributo Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (A), atributo que obteve o menor valor na avaliação dos profissionais, construiu-se a tabela 54, que indica o escore médio de cada questão ou indicador que compõe o atributo.

Tabela 54 - Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A), de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Indicadores	Escore
A1	0,49
A2	2,35
A3	9,18
A4	8,95
A5	7,52
A6	3,40
A7	3,37
A8	9,41
A9	5,52

Na tabela 54, os indicadores A1 (Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?), A2 (Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana, até às 20 horas?), A6 (Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos, e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?) e A7 (Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum de seus pacientes fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?) apresentaram valores muito inferiores à média de 6,6, com valores de 0,49; 2,35; 3,40 e 3,37 respectivamente. O indicador A9 (Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro, sem contar a triagem ou o acolhimento?) apresentou escore baixo, porém mais próximo à média 6,6 com valor de 5,52. Os indicadores A3 (Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?), A4 (Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?), A5 (Quando seu serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para qual os pacientes possam ligar quando adoecem?) e A8 (É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde no seu serviço de saúde?) foram bem avaliados, com escores maiores que a média de 6,6.

Tabela 55 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade (B), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	B1%	B2%	B3%	B4%	B5%	B6%	B7%	B8%	B9%	B10%	B11%	B12%	B13%
Com certeza, sim	66,67	78,43	58,82	44,12	82,35	64,71	44,12	20,59	54,90	30,39	11,76	36,27	24,51
Provavelmente, sim	21,57	21,57	41,18	49,02	17,65	34,31	45,10	48,04	42,16	43,14	44,12	54,90	44,12
Provavelmente, não/não sei/não lembro	7,84	0,00	0,00	4,90	0,00	0,98	8,82	25,49	2,94	21,57	32,35	7,84	27,45
Com certeza, não	3,92	0,00	0,00	1,96	0,00	0,00	1,96	5,88	0,00	4,90	11,76	0,98	3,92

Na tabela 55, a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores B1 (No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?), B2 (Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?), B5 (Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?) e B6 (Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?).

Nos indicadores B3 (Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?), B4 (Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com médico ou enfermeiro que os conhece melhor?), B5 (Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?), B7 (Você conhece seus pacientes mais como pessoas ou somente como alguém com um problema de saúde?), B9 (Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?), B10 (Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?) e B12 (Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?), observa-se que as respostas dos profissionais ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente sim”.

Nos indicadores B8 (Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?), B11 (Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?) e B13 (Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?) a maioria dos profissionais respondeu “provavelmente,

sim”. Ainda em relação aos indicadores B8, B11 e B13, identificou-se que grande parcela dos participantes respondeu “provavelmente, não/não sei/ não lembro”.

Tabela 56 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação Integração de Cuidados (C), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	C1%	C2%	C3%	C4%	C5%	C6%
Com certeza, sim	19,61	50,98	80,39	84,31	13,73	34,31
Provavelmente, sim	46,08	45,10	18,63	13,73	50,00	56,86
Provavelmente, não/não sei/não lembro	31,37	3,92	0,98	1,96	30,39	7,84
Com certeza, não	2,94	0,00	0,00	0,00	5,88	0,98

Na tabela 56, observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores C3 (Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?) e C4 (Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?). Nos indicadores C2 (Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?) e C6 (Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados dessa consulta?), as respostas dos profissionais ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente sim”. Nos indicadores C1 (Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?) e C5 (Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?), observa-se que a maioria dos profissionais respondeu “provavelmente, sim” e que parcela significativa dos profissionais respondeu “provavelmente, não/não sei/não lembro” a tais indicadores.

Tabela 57 – Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistemas de Informações (D), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	D1	D2	D3
Com certeza sim	59,90%	69,61%	93,13%
Provavelmente sim	29,41%	24,51%	3,92%
Provavelmente não/não sei/ não lembro	13,72%	2,94%	1,96%
Com certeza, não	1,96%	2,94%	0,98%

Na tabela 57, a maioria dos profissionais respondeu “Com certeza sim” às questões D1 (Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado como boletins de atendimento de emergência?); D2 (Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários, se assim quisessem?); e D3 (Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?).

Para descrever detalhadamente o atributo Coordenação – Sistema de Informações (D), atributo que obteve o maior valor na avaliação dos profissionais, construiu-se a tabela 58, que indica o escore médio de cada questão ou indicador que compõe o atributo.

Tabela 58 - Escores médios dos indicadores que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações (D), de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Indicadores	Escore
D1	7,91
D2	8,69
D3	9,64

Na tabela 58, os indicadores D1 (Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado, como boletins de atendimento de emergência?), D2 (Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?) e D3 (Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?) foram bem avaliados com escores maiores que a média de 6,6.

Tabela 59 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis (E), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

INDICADORES	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não/não sei/ não lembro	Com certeza, não
E1%	59,80	22,55	8,82	8,82
E2%	85,29	3,92	4,90	5,88
E3%	64,71	30,39	1,96	2,94
E4%	84,31	5,88	6,86	2,94
E5%	82,35	8,82	3,92	4,90
E6%	94,12	3,92	1,96	0,00
E7%	67,65	25,49	4,90	1,96
E8%	68,63	26,47	2,94	0,98
E9%	69,61	7,84	6,86	15,69
E10%	92,16	4,90	1,96	0,98
E11%	49,02	30,39	13,73	6,85
E12%	51,96	27,45	8,82	11,76
E13%	27,45	13,73	19,61	39,22
E14%	23,53	21,57	23,53	31,37
E15%	97,06	1,96	0,00	0,98
E16%	79,41	12,75	4,90	2,94
E17%	96,08	1,96	0,98	0,98
E18%	34,31	16,67	18,63	30,39
E19%	72,55	20,59	2,94	3,92
E20%	80,39	16,67	2,94	0,00
E21%	92,16	7,84	0,00	0,00
E22%	86,27	11,76	1,96	0,00

Na tabela 59, observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores E1 (Caso um paciente tenha necessidade de aconselhamento nutricional, o serviço está disponível na ESF?), E2 (Caso um paciente tenha necessidade de imunizações, está disponível na ESF?), E3 (Está disponível na ESF verificar se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social?), E4 (Caso um paciente tenha necessidade de avaliação de saúde bucal, o serviço está disponível na ESF?), E5 (Caso um paciente tenha necessidade de tratamento dentário, o serviço está disponível na ESF?), E6 (Caso um paciente tenha necessidade de planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais,

o serviço está disponível na ESF?), E7 (Caso um paciente tenha necessidade de aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas, o serviço está disponível na ESF?), E8 (Caso um paciente tenha necessidade de aconselhamento para problemas de saúde mental, o serviço está disponível na ESF?), E9 (Caso um paciente tenha necessidade de sutura de um corte que necessite de pontos, o serviço está disponível na ESF?), E10 (Caso um paciente tenha necessidade de aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV, o serviço está disponível na ESF?), E12 (Caso um paciente tenha necessidade de identificação de problemas visuais, o serviço está disponível na ESF?), E15 (Caso um paciente tenha necessidade de exame preventivo para câncer de colo de útero, o serviço está disponível na ESF?), E16 (Caso um paciente tenha necessidade de aconselhamento sobre como parar de fumar, o serviço está disponível na ESF), E17 (Caso um paciente tenha necessidade de cuidados pré-natais, o serviço está disponível na ESF?), E19 (Orientações sobre cuidados em saúde, caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões, estão disponíveis na ESF?), E20 (Caso um paciente tenha necessidade de aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento, o serviço está disponível na ESF?), E21 (Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama, estão disponíveis na ESF?) e E22 (Caso um paciente tenha necessidade de inclusão em programa de suplementação alimentar, o serviço está disponível na ESF?).

Nos indicadores E13 (Caso um paciente tenha necessidade de colocar tala, o serviço está disponível na ESF?) e E14 (Caso um paciente tenha necessidade de remover verrugas, o serviço está disponível na ESF?), a maioria dos profissionais respondeu “com certeza, não”. Em relação ao indicador E11 (Caso um paciente tenha necessidade de identificação de problemas auditivos, o serviço está disponível na ESF?) observou-se que as respostas dos profissionais ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente, sim”. No indicador E18 (Caso um paciente tenha necessidade de remover unha encravada, o serviço está disponível na ESF?), observou-se que a maioria das respostas dos profissionais ficaram entre duas opções antagônicas “com certeza, sim” e “com certeza, não”.

Tabela 60 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados (F), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Indicadores	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não/não sei/ não lembro	Com certeza, não
F1%	77,45	18,63	2,94	0,98
F2%	77,45	18,63	2,94	0,98
F3%	43,14	39,22	11,76	5,88
F4%	57,84	34,31	5,88	1,96
F5%	76,47	19,61	2,94	1,96
F6%	77,45	17,65	2,94	1,96
F7%	86,27	11,76	1,96	0,00
F8%	53,92	31,37	11,76	1,96
F9%	14,71	21,57	33,33	30,39
F10%	54,90	28,43	14,71	1,96
F11%	68,63	26,47	3,92	0,98
F12%	69,61	22,55	6,86	0,98
F13%	76,47	18,63	3,92	0,98
F14%	62,75	30,39	5,88	0,98
F15%	76,47	17,65	5,88	0,00

Na tabela 60, identifica-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores F1 (Você aconselha sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente?), F2 (Você conversa com os pacientes sobre segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em seguranças?), F4 (Você conversa com os pacientes sobre maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando?), F5 (Você aconselha a respeito de exercícios físicos apropriados?), F6 (Você conversa com os pacientes sobre testes de sangue para verificar os níveis de colesterol?), F7 (Você verifica e discute os medicamentos que o paciente está usando), F8 (Você conversa com os pacientes sobre possíveis exposições a substâncias perigosas, como veneno no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente?), F10 (Você conversa com os pacientes como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente?), F11 (Você conversa com os pacientes sobre como prevenir quedas?), F12 (Você conversa com os pacientes sobre prevenção de osteoporose em mulheres?), F13 (Você conversa com os pacientes sobre os problemas comuns relativos à menstruação ou à menopausa?), F14 (Você conversa com os pacientes sobre maneiras de lidar

com os problemas de comportamento das crianças?) e F15 (Você conversa com os pacientes sobre mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária).

No indicador F3 (Você aconselha sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura?), observou-se que as respostas dos profissionais ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente, sim”. Em relação ao indicador F9 (Você pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança?), identificou-se que as respostas dos profissionais ficaram divididas entre “provavelmente, não/não sei/não lembro” e “com certeza, não”.

Tabela 61 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar (G), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	G1%	G2%	G3%
Com certeza sim	47,06	69,61	75,49
Provavelmente sim	38,24	24,51	22,55
Provavelmente não/não sei/ não lembro	13,73	4,90	1,96
Com certeza, não	0,98	0,98	0,00

Na tabela 61, observa-se que a maioria dos participantes respondeu “com certeza, sim” aos indicadores G2 (Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?), e G3 (Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?). No indicador G1 (Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?), as respostas dos profissionais ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente, sim”.

Tabela 62 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais que trabalham na ESF aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária (H), nos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Avaliação	H1%	H2%	H3%	H4%	H5%	H6%
Com certeza sim	95,10	70,59	63,73	42,16	34,31	56,86
Provavelmente sim	3,92	29,41	30,39	35,29	31,37	23,53
Provavelmente não/não sei/não lembro	0,98	0,00	5,88	19,61	26,47	12,75
Com certeza, não	0,00	0,00	0,00	2,94	7,84	6,86

Na tabela 62, observa-se que a maioria dos profissionais respondeu “com certeza, sim” aos indicadores H1 (Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?), H2 (Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?), H3 (Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?) e H6 (Você sabe/monitora a participação dos usuários no Conselho Local de Saúde?).

As respostas da maioria dos profissionais ficaram divididas entre “com certeza, sim” e “provavelmente, sim” em relação aos indicadores H4 (Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo, atendendo as necessidades das pessoas?) e H5 (Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?).

Tabela 63 - Comparação dos escores médios dos atributos essenciais de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.

Município	Acesso de Primeiro Contato Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação Integração de Cuidados	Coordenação Sistema de Informações	Integralidade Serviços Disponíveis
Alfredo Marcondes	6,79	9,74	10,00	10,00	9,70
Álvares Machado	4,26	6,79	7,50	8,89	6,78
Anhumas	5,63	7,18	7,11	9,11	8,27
Caiabu	6,48	7,05	6,39	7,78	9,02
Emilianópolis	6,67	8,55	7,78	7,41	9,44
Estrela do Norte	6,79	9,15	8,89	9,26	9,95
Iepê	4,44	7,44	7,78	8,89	8,03
Indiana	6,54	7,01	7,59	7,04	8,08
João Ramalho	6,79	6,67	7,96	6,67	7,47
Martinópolis	5,48	8,03	8,00	9,44	8,52
Nantes	8,52	7,44	7,22	8,89	8,33
Narandiba	7,16	6,67	6,67	8,15	8,84
Presidente Bernardes	5,23	7,83	7,90	9,14	8,35

(continua)

(continuação)

Município	Acesso de Primeiro Contato Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação Integração de Cuidados	Coordenação Sistema de Informações	Integralidade Serviços Disponíveis
Quatá	4,95	7,72	7,64	8,61	7,29
Rancharia	4,69	7,97	7,96	8,70	7,68
Regente Feijó	6,26	7,52	7,41	8,77	8,70
Ribeirão dos Índios	5,06	7,86	7,04	8,89	9,44
Sandovalina	6,79	8,03	7,59	8,15	9,34
Santo Anastácio	4,13	7,29	7,46	9,68	7,58
Taciba	4,63	7,31	7,22	6,67	7,50
Tarabai	6,48	7,82	7,59	8,89	8,84
CIR Alto Capivari	5,88	7,45	7,71	8,35	7,76
CIR Alta Sorocabana	5,90	7,74	7,63	8,58	8,65

(conclusão)

A tabela 63 mostra que o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foi o pior avaliado em todos os municípios, os municípios de Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Iepê, Indiana, Martinópolis, Presidente Bernardes, Quatá, Rancharia, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Santo Anastácio, Taciba e Tarabai apresentaram escores baixos, com valores inferiores a 6,6. Avaliando o atributo de Longitudinalidade, identifica-se que nenhum município apresentou escore inferior à média de 6,6; os municípios de Alfredo Marcondes e Estrela do Norte foram os melhores avaliados, com escores de 9,74 e 9,15 respectivamente. No atributo Coordenação – Integração de Cuidados, observa-se que o município

de Caiabu apresentou escore inferior a 6,6, com valor igual a 6,39; os municípios de Alfredo Marcondes e Estrela do Norte foram os melhores avaliados, com escores iguais a 10,00 e 8,89 respectivamente.

Ainda na tabela 63, observa-se que no atributo Coordenação – Sistema de Informações, todos os municípios apresentaram escores superiores à média 6,6, e que os municípios de Caiabu, Emilianópolis, Indiana e João Ramalho, apesar de terem sido bem avaliados, precisam melhorar a extensão deste atributo no âmbito da ESF. No atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, observou-se que todos os municípios apresentaram escores maiores que 6,6; os municípios Emilianópolis, Estrela do Norte, Ribeirão dos Índios e Sandovalina foram os melhores avaliados, com escores de 9,44; 9,95; 9,44; e 9,34 respectivamente; já os municípios de Álvares Machado, João Ramalho, Quatá, Rancharia, Santo Anastácio e Taciba precisam melhorar a extensão do atributo na ESF.

Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, observa-se que o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade não foi bem avaliado, obteve valores inferiores à média de 6,6, de 5,88 e 5,90 respectivamente.

Tabela 64 - Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados de acordo com os profissionais que trabalham na ESF dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.

Município	Integralidade Serviços Prestados	Orientação Familiar	Orientação Comunitária	Escore Derivado	Escore Essencial	Escore Geral
Alfredo Marcondes	10,00	10,00	10,00	10,00	9,37	9,53
Álvares Machado	8,67	8,61	7,78	8,19	7,15	7,41
Anhumas	9,16	9,56	8,22	8,89	7,74	8,03
Caiabu	6,78	6,67	7,78	7,22	7,25	7,24
Emilianópolis	8,52	10,00	9,26	9,63	8,06	8,45
Estrela do Norte	8,44	8,89	9,07	8,98	8,75	8,81
Iepê	8,07	8,52	7,22	7,87	7,44	7,55
Indiana	6,89	7,78	7,96	7,87	7,19	7,36
João Ramalho	6,89	6,30	7,41	6,85	7,08	7,02
Martinópolis	8,18	8,89	8,61	8,75	7,94	8,14
Nantes	8,44	8,89	7,22	8,06	8,14	8,12
Narandiba	9,93	8,15	7,04	7,59	7,90	7,82
Presidente Bernardes	9,06	8,64	8,21	8,43	7,92	8,05
Quatá	7,92	8,06	7,15	7,60	7,36	7,42

(continua)

(continuação)

Município	Integralidade Serviços Prestados	Orientação Familiar	Orientação Comunitária	Escore Derivado	Escore Essencial	Escore Geral
Rancharia	7,81	7,87	7,59	7,73	7,47	7,54
Regente Feijó	8,84	8,77	9,75	9,26	7,92	8,25
Ribeirão dos Índios	9,11	7,78	7,59	7,69	7,90	7,85
Sandovalina	7,93	9,63	7,78	8,70	7,97	8,16
Santo Anastácio	8,98	9,05	8,10	8,57	7,52	7,78
Taciba	4,56	6,11	6,11	6,11	6,31	6,26
Tarabai	9,22	9,07	8,06	8,56	8,14	8,25
CIR Alto Capivari	7,83	7,93	7,32	7,50	7,62	7,53
CIR Alta Sorocabana	8,39	8,60	8,21	7,81	8,40	7,96

(conclusão)

Na tabela 64, identifica-se que o atributo Integralidade – Serviços Prestados foi bem avaliado pelos profissionais, porém o município de Taciba apresentou escore inferior à média 6,6, com valor igual a 4,56; os municípios de Alfredo Marcondes e Narandiba obtiveram os maiores escores com valor de 10,00 e 9,93 respectivamente; os municípios de Caiabu, Indiana, João Ramalho, Quatá, Rancharia e Sandovalina, apesar de bem avaliados, precisam melhorar a extensão do atributo. No atributo Orientação Familiar, os municípios de João Ramalho e Taciba obtiveram valores inferiores à média de 6,6 de 6,30 e 6,11 respectivamente; os municípios de Alfredo Marcondes e Emilianópolis foram os que apresentaram os maiores escores com valor de 10,00; já os municípios de Indiana, Rancharia e Ribeirão dos Índios, apesar de bem avaliados, precisam melhorar a extensão nesse atributo na ESF. O atributo Orientação Comunitária de forma geral foi bem avaliado nos municípios, exceto no município de Taciba, que obteve escore inferior à média 6,6 de valor 6,11; os municípios de Alfredo Marcondes e Regente Feijó obtiveram os melhores escores com valores de 10,00 e 9,75; os municípios de Álvares Machado, Caiabu, Iepê, Indiana, João Ramalho, Nantes, Narandiba,

Quatá, Rancharia, Ribeirão dos Índios e Sandovalina, apesar de terem sido bem avaliados, precisam melhorar a extensão do atributo no âmbito da ESF. No Escore Derivado, o município de Alfredo Marcondes foi o melhor avaliado, com valor de 10,00, enquanto que o município de Taciba foi o pior avaliado, com valor de 6,11. No Escore Essencial, o município de Alfredo Marcondes foi o melhor avaliado, com valor de 9,37, enquanto que o município de Taciba foi o pior avaliado, com valor de 6,31. No Escore Geral, observa-se que o município de Alfredo Marcondes foi o melhor avaliado, com valor de 9,53, enquanto o município de Taciba foi o pior avaliado, com valor de 6,26. Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, observa-se que os atributos da APS, de uma forma geral, foram bem avaliados, observa-se também que os escores Derivado, Essencial e Geral obtiveram valores superiores à média 6,6.

Tabela 65 - Comparação dos escores médios dos atributos essenciais e derivados de acordo com os profissionais (Gestores, Médicos e Enfermeiros) que trabalham na ESF dos municípios selecionados das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS Presidente Prudente, SP, 2015.

Escore do atributo	Gestores	Médicos	Enfermeiros
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	6,07	5,43	5,50
Longitudinalidade	6,98	8,11	7,67
Coordenação – Integração de Cuidados	7,37	8,22	7,40
Coordenação – Sistema de Informações	7,84	9,32	8,64
Integralidade – Serviços Disponíveis	7,92	8,43	8,10
Integralidade - Serviços Prestados	7,17	8,61	8,75
Orientação Familiar	7,37	9,09	8,54
Orientação Comunitária	7,51	8,30	8,10
Escore Derivado	7,44	8,70	8,32
Escore Essencial	7,23	8,02	7,68
Escore Geral	7,28	8,19	7,84

Na tabela 65, identifica-se que, de uma forma geral, os indicadores obtiveram avaliações mais baixas dos gestores de saúde do que dos médicos e enfermeiros. Os médicos foram os participantes que melhor avaliaram os indicadores. Entretanto, o indicador Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foi o único indicador que foi melhor avaliado pelos gestores quando comparado com os outros dois grupos de participantes. E o indicador Integralidade – Serviços Prestados foi o único indicador que os enfermeiros avaliaram com valor maior que os médicos.

O valor atribuído ao indicador Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade se destaca de forma negativa na avaliação dos três grupos de participantes, pois obteve-se escores com valores abaixo da média de 6,6.

D. Análise comparativa dos atributos essenciais e derivados da APS a partir dos resultados obtidos com os três grupos de participantes (cuidadores de crianças menores de dois anos, usuários adultos e profissionais de saúde) nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente – SP

Tabela 66 – Comparativo dos escores médios dos atributos essenciais e derivados do PCATool Versão Criança, PCATool Versão Adulto e PCATool Versão Profissionais, 2015.

Indicadores	Crianças	Adultos	Profissionais
Grau de Afiliação	8,40	8,43	_____
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	8,59	8,73	_____
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	6,77	4,46	5,58
Longitudinalidade	7,76	7,90	7,71
Coordenação - Integração de Cuidados	7,86	8,16	7,71
Coordenação – Sistema de Informações	8,61	8,30	8,75
Integralidade – Serviços Disponíveis	7,61	7,32	8,29
Integralidade – Serviços Prestados	7,94	6,83	8,40
Orientação Familiar	7,37	7,39	8,53
Orientação Comunitária	7,32	7,28	8,12
Escore Derivado	7,10	7,25	8,33
Escore Essencial	7,27	6,85	7,74
Escore Geral	7,29	6,95	7,89

A tabela 66 mostra que, de uma forma geral, os atributos da APS estão presentes nos municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e de Alta Sorocabana e foram melhor avaliados pelos profissionais. O indicador Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade obteve os menores escores segundo a avaliação dos usuários adultos e profissionais, em contrapartida, os cuidadores de crianças menores de 5 anos que responderam ao PCATool Versão Criança foram os que avaliaram melhor esse indicador. O indicador Integralidade – Serviços Prestados, na perspectiva dos usuários adultos, apesar de ter obtido escore igual a 6,83, precisa melhorar sua extensão.

Tabela 67 – Aplicação do teste estatístico ANOVA nos atributos da APS, de acordo com os três grupos de participantes da pesquisa nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

Atributos	Valor-p *
Grau de Afiliação	0,684
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	0,140
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	< 0,0001
Longitudinalidade	0,153
Coordenação – Integração de Cuidados	0,051
Coordenação – Sistema de Informações	< 0,0001
Integralidade – Serviços Disponíveis	< 0,0001
Integralidade – Serviços Prestados	< 0,0001
Orientação Familiar	< 0,0001
Orientação Comunitária	< 0,0001
Escore Essencial	< 0,0001
Escore Geral	< 0,0001

* Teste estatístico ANOVA. Valores inferiores a 0,05 indicam diferença estatisticamente significativa.

A tabela 67 mostra os valores obtidos com a aplicação do teste estatístico ANOVA, o teste comparou os escores médios dos atributos dos três grupos de participantes (cuidadores de crianças menores de dois anos, usuários adultos e profissionais) da pesquisa.

Tabela 68 – Comparativo dos escores médios e valor do Teste de Tukey obtidos na avaliação dos atributos da APS, de acordo com o tipo de participante nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, RRAS 11 Presidente Prudente, SP, 2015.

	PCATool	Média	DP	Agrupamentos		Valor-p
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Criança	6,77	1,45	Criança	Adulto	< 0,0001*
	Adulto	4,56	1,41	Criança	Profissional	< 0,0001*
	Profissional	5,57	1,42	Adulto	Profissional	< 0,0001*
Longitudinalidade	Criança	7,76	1,32	Criança	Adulto	0,188
	Adulto	7,90	1,55	Criança	Profissional	0,940
	Profissional	7,71	1,26	Adulto	Profissional	0,426
Coordenação – Integração de Cuidados	Criança	7,86	2,54	Criança	Adulto	0,173
	Adulto	8,15	1,91	Criança	Profissional	0,807
	Profissional	7,70	1,23	Adulto	Profissional	0,106
Coordenação – Sistema de Informações	Criança	8,61	1,41	Criança	Adulto	< 0,001*
	Adulto	8,30	1,76	Criança	Profissional	0,685
	Profissional	8,74	1,42	Adulto	Profissional	0,022*
Integralidade – Serviços Disponíveis	Criança	7,61	1,84	Criança	Adulto	0,009*
	Adulto	7,31	1,78	Criança	Profissional	< 0,001*
	Profissional	8,29	1,24	Adulto	Profissional	< 0,0001*
Integralidade – Serviços Prestados	Criança	7,94	2,15	Criança	Adulto	< 0,0001*
	Adulto	6,82	2,18	Criança	Profissional	0,101
	Profissional	8,40	1,57	Adulto	Profissional	< 0,0001*

(continua)

(continuação)

	PCATool	Média	DP	Agrupamentos		Valor-p
Orientação Familiar	Criança	7,37	2,32	Criança	Adulto	0,982
	Adulto	7,39	2,53	Criança	Profissional	< 0,0001*
	Profissional	8,53	1,74	Adulto	Profissional	< 0,0001*
Orientação Comunitária	Criança	7,32	1,80	Criança	Adulto	0,933
	Adulto	7,28	1,95	Criança	Profissional	< 0,0001*
	Profissional	8,12	1,41	Adulto	Profissional	< 0,0001*
Escore Essencial	Criança	7,27	0,97	Criança	Adulto	< 0,0001*
	Adulto	6,85	1,04	Criança	Profissional	< 0,0001*
	Profissional	7,73	0,85	Adulto	Profissional	< 0,0001*
Escore Geral	Criança	7,28	1,03	Criança	Adulto	< 0,0001*
	Adulto	6,95	1,15	Criança	Profissional	< 0,0001*
	Profissional	7,88	0,90	Adulto	Profissional	< 0,0001*

* Modelo ANOVA com post hoc pelo método de Tukey. Valores inferiores a 0,05 indicam diferença estatisticamente significativa.

(conclusão)

A tabela 68 mostra os valores obtidos com a aplicação do Teste de Tukey, o teste estatístico comparou os grupos dois a dois, para identificar quais são efetivamente diferentes entre si. Observa-se que os atributos Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade e Serviços Disponíveis – Acessibilidade apresentam diferenças significativas na comparação entre os três grupos de respondentes, assim como nos Escores Essencial e Geral.

6 DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A. Os atributos da APS na perspectiva da Saúde da Criança na ESF

Na perspectiva dos 629 participantes que responderam ao PCATool versão criança, observou-se que quando os municípios das duas CIRs são avaliados agrupadamente, os escores dos atributos essenciais e derivados mostram-se com valores adequados, ou seja, acima da média de 6,6.

Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, o atributo **Grau de Afiliação (A)** foi bem avaliado pelos responsáveis das crianças menores de dois anos atendidas pela ESF. Nas pesquisas realizadas nos municípios de Colombo - PR⁽⁵³⁾, Vitória da Conquista - BA⁽⁵⁰⁾ e nos municípios do Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, o atributo Grau de Afiliação também foi bem avaliado. Em contrapartida, na pesquisa realizada na Região Oeste do município de São Paulo⁽⁵⁴⁾, o atributo Grau de Afiliação obteve o menor escore em relação aos outros atributos da ESF.

O *Grau de afiliação* refere-se à identificação e à utilização de um serviço de APS como fonte regular de cuidado e mostra o quanto o paciente se sente vinculado ao serviço⁽¹⁰²⁾. O vínculo entre a equipe de saúde e o paciente tem forte influência nas expectativas, na utilização do serviço e satisfação das necessidades dos usuários da ESF⁽¹⁰³⁾. Pode-se afirmar então, que, na perspectiva da saúde da criança, as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana têm oferecido serviços que estão proporcionando a vinculação entre usuários e a equipe de saúde, e que em municípios de pequeno porte, o vínculo entre a comunidade e a ESF é mais forte do que nos municípios de médio e grande porte.

Sobre o atributo **Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)**, esse foi o segundo melhor avaliado pelos responsáveis das crianças menores de dois anos que participaram da presente pesquisa. E nas pesquisas realizadas em Colombo - PR⁽⁵³⁾, Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Vitória da Conquista - BA⁽⁵⁰⁾ e São Francisco – MG⁽⁶⁶⁾, o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Utilização* também foi bem avaliado.

Bons resultados nos atributos *Grau de Afiliação* e *Acesso de Primeiro Contato – Utilização* permitem dizer que os cuidadores de crianças menores de dois anos preferem levá-las primeiro à ESF que em outros serviços de saúde. E que a ESF tem ganhado espaço importante no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil das crianças.

O atributo **Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)** foi o atributo pior avaliado pelos participantes da presente pesquisa, embora seu escore esteja acima da média

6,6. Nas pesquisas realizadas nos municípios do Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾ e no município de Colombo-PR⁽⁵³⁾, o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade* também foi o pior avaliado em relação aos outros atributos da APS e obteve escore inferior à média 6,6.

Em outras pesquisas como nos municípios de Montes Claros – MG⁽⁴⁸⁾, Vitória da Conquista- BA⁽⁵⁰⁾, Juiz de Fora –MG⁽⁶⁴⁾ e na Região Centro-Oeste do Brasil⁽⁴⁶⁾, também foram observados escores baixos (inferiores a 6,6) para o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade*.

A acessibilidade pode ser caracterizada pelo o que facilita e o que impede as pessoas de serem atendidas em determinado serviço de saúde. Para tanto, a acessibilidade possui quatro componentes: a) *Geográfico*, refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas) e distância entre a população e os recursos; b) *Organizacional*, refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço (facilidade de marcar consultas, horários de atendimento, existência de filas, demora na espera pelo atendimento médico); c) *Sociocultural* refere-se às perspectivas da população (percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças, hábitos); d) *Econômico* refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para obtenção da assistência^(104,105).

A avaliação do atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade* de forma detalhada permitiu identificar que a pior avaliação dentro desse atributo se referiu à dificuldade em conseguir atendimento para criança na ESF quando o familiar julga necessário e que, apesar de a criança ser atendida no mesmo dia, quando doente, antes desse atendimento, ocorre muita burocracia. Nessa perspectiva observa-se que, nas respostas dos cuidadores de crianças menores de dois anos, a acessibilidade possui barreiras nos componentes organizacional e sociocultural. E que a acessibilidade aos serviços, principalmente de atendimento médico, ainda é um nó crítico na APS.

Para superar as barreiras encontradas na acessibilidade, deve-se investir na organização e planejamento do agendamento de consultas, tempo de espera pelo atendimento na recepção das unidades de saúde e disponibilidade dos profissionais para agendar e atender aos usuários; outro ponto importante é capacitar os profissionais da ESF para facilitar o acesso das crianças aos diversos serviços de saúde oferecidos, a partir da valorização do aspecto sociocultural e das necessidades de saúde da comunidade⁽¹⁰⁶⁾.

Na avaliação do atributo **Longitudinalidade (D)** observou-se que a avaliação foi boa segundo os participantes da presente pesquisa. E nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Vitória da Conquista- BA⁽⁵⁰⁾, Região Oeste do município de São Paulo⁽⁵⁴⁾, Montes

Claros – MG⁽⁴⁸⁾, Região Centro Oeste – Brasil⁽⁴⁶⁾, o atributo *Longitudinalidade* também foi bem avaliado. Entretanto na pesquisa realizada em Colombo - PR⁽⁵³⁾ o atributo em questão foi mal avaliado. A avaliação positiva do atributo *Longitudinalidade* nas pesquisas citadas acima se deve ao fato de grande parte dos cuidadores de crianças terem respondido que os profissionais da ESF dão abertura para os pacientes contarem sobre seus problemas, respondem às dúvidas dos pacientes de forma clara e conhecem a criança mais como pessoa do que como um problema de saúde. No município de Colombo-PR, antagonicamente, os itens mencionados acima foram mal avaliados pelos cuidadores de crianças.

Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, no que tange ao atributo *Longitudinalidade*, observou-se que dimensões importantes para o cuidado, como atividade laboral e social das famílias, são pouco valorizadas pelos profissionais da ESF.

Assim, Starfield (2002, p. 247) refere que “Longitudinalidade, no contexto da Atenção Primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. São inúmeros os benefícios que a Longitudinalidade pode trazer para as pessoas e para o serviço de saúde como: facilidade no reconhecimento de problemas de saúde; atendimentos e condutas clínicas mais assertivas; conhecimento acumulado a respeito dos antecedentes do paciente e as experiências de doenças anteriores; maior satisfação e confiança nos profissionais de saúde; redução das internações hospitalares e diminuição nos custos globais⁽²²⁾.

A *Longitudinalidade* deve ser incorporada na prática diária dos profissionais da ESF, por meio da capacitação e conscientização da equipe da necessidade desta habilidade para promoção do vínculo, do conhecimento dos reais problemas e necessidades de saúde das crianças e da operacionalização da resolutividade e integralidade das ações de saúde.

O atributo **Coordenação – Integração de Cuidados** foi bem avaliado pelos cuidadores de crianças menores de dois anos nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. Assim, como na presente pesquisa, o atributo *Coordenação – Integração de Cuidados* foi bem avaliado pelos responsáveis das crianças que foram atendidas por serviços especializados nas pesquisas realizadas nos municípios do Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾ e Colombo –PR⁽⁵³⁾.

Na presente pesquisa observou-se que 218 crianças menores de dois anos, cerca de 34,66%, foram encaminhadas para serviços especializados, o que pode indicar que a ESF implantada e funcionante é pouco resolutiva, já que se espera a resolutividade de 85% dos casos por parte da APS, além do encaminhamento de 10% da população para especialistas focais e 5% aos serviços de alta complexidade tecnológica⁽¹⁰⁷⁾. Nessa conjuntura, para que a APS seja resolutiva em 85% dos casos, é necessário a utilização de um amplo espectro de

métodos diagnósticos e terapêuticos e da capacidade dos profissionais para lidarem com os problemas mais frequentes e complexos da população, o que, na contemporaneidade, a APS está bem distante⁽¹⁰⁷⁾.

No caso da presente pesquisa, identificou-se que a maioria dos encaminhamentos para especialistas foi direcionada para o médico pediatra, e que, nas entrevistas, vários cuidadores reclamaram da falta de um pediatra na equipe da ESF, o que indica que parte dos usuários não reconhecem o médico da família como profissional capacitado para cuidar de crianças. Pode-se depreender também que muitos encaminhamentos podem ter ocorrido por “solicitação” do cuidador da criança, e que, embora não houvesse uma necessidade “clínica” para esse encaminhamento, ele foi atendido para garantir o vínculo entre usuário-paciente.

Na pesquisa realizada nos municípios do Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, observou-se que das 586 crianças, cujo atendimento da APS foi avaliado, somente 85 foram encaminhadas para serviços especializados, o que demonstra que a ESF tem sido mais resolutiva.

O atributo **Coordenação – Sistema de Informações (F)** foi o atributo melhor avaliado pelos cuidadores de crianças menores de dois anos. Nas pesquisas realizadas na Região Oeste do município de São Paulo⁽⁵⁴⁾, Vitória da Conquista – BA⁽⁵⁰⁾ e Juiz de Fora – MG⁽⁶⁴⁾, o atributo Coordenação – Sistema de Informações também foi o atributo da APS melhor avaliado. Em consonância nas pesquisas realizadas nos municípios do Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾ e no município de São Francisco – MG⁽⁶⁶⁾ o atributo Coordenação – Sistema de Informações também foi bem avaliado.

O atributo *Coordenação – Sistema de Informações* foi o melhor avaliado pelos cuidadores de crianças menores de dois anos, e diz respeito basicamente às informações sobre o atendimento recebido, disponibilidade do prontuário e acesso do paciente aos registros do prontuário. O acesso a essas informações, por parte da população, é algo muito positivo, principalmente porque essa prática na APS permite transparência nas ações de saúde e incentivo à autonomia dos sujeitos.

Nessa perspectiva, Starfield (2002, p. 364)⁽²²⁾ destaca que:

A coordenação, o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa.

O atributo **Integralidade – Serviços Disponíveis (G)** foi bem avaliado na presente pesquisa pelos cuidadores de crianças menores de dois anos. Contudo nas pesquisas realizadas em Colombo - PR⁽⁵³⁾, Vitória da Conquista - BA⁽⁵⁰⁾, Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Montes Claros -

MG⁽⁴⁸⁾ e Região Oeste do município de São Paulo⁽⁵⁴⁾, o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis foi mal avaliado.

O atributo *Integralidade – Serviços Disponíveis* obteve avaliação negativa nas pesquisas citadas acima, dado que grande parte dos cuidadores entrevistados respondeu que na ESF não são disponibilizados programas de assistência social, programas de suplementação nutricional; aconselhamento de uso prejudicial de drogas; aconselhamento para problemas de saúde mental; aconselhamento e testes anti HIV; e identificação de problemas visuais. E, apesar de a integralidade ter sido bem avaliada na presente pesquisa, observou-se também que a identificação de problemas visuais e sutura ainda não são realizados pelas ESF nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, o que, sem dúvida, compromete o princípio da resolutividade e integralidade.

Os cuidadores de crianças menores de dois anos, na avaliação do atributo **Integralidade – Serviços Prestados (H)**, o avaliaram bem, como na pesquisa realizada em Colombo-PR⁽⁵³⁾. O atributo Integralidade – Serviços Prestados foi mal avaliado em muitas pesquisas como Vitória da Conquista-BA⁽⁵⁰⁾, Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Juiz de Fora –MG⁽⁶⁴⁾ e Região Oeste do município de São Paulo⁽⁵⁴⁾.

O princípio da regionalização tem avançado no Estado de São Paulo, a divisão das RRAS com suas respectivas CIRs tem mostrado que a organização dos espaços de gestão de saúde, na organização dos diversos níveis de assistência, na forma de redes de atenção, tem favorecido a operacionalização do princípio da integralidade, o que corrobora os resultados positivos para a presença e extensão do atributo integralidade no âmbito da APS das CIRs de Alto Capivari e Alto Sorocabana.

Nessa perspectiva, Starfield (2012, p. 62)⁽²²⁾ diz que:

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários.

A variedade de serviços disponíveis e prestados na Atenção Primária deve estar de acordo com as necessidades da comunidade e ter como pressuposto a avaliação periódica da incidência e prevalência de problemas de saúde ⁽²²⁾.

O atributo **Orientação Familiar (I)** foi bem avaliado pelos responsáveis pelas crianças menores de dois anos que participaram da presente pesquisa. Entretanto em muitas pesquisas o atributo *Orientação Família* foi mal avaliado como em Juiz de Fora – MG⁽⁶⁴⁾, Colombo-PR⁽⁵³⁾, Vitória da Conquista - BA⁽⁵⁰⁾, Sul de Minas Gerais⁽⁵³⁾, Montes Claros – MG⁽⁴⁸⁾, Região Centro Oeste do Brasil⁽⁴⁶⁾, São Francisco – MG⁽⁶⁶⁾ e Região Oeste do município de São Paulo⁽⁵⁴⁾ e João Pessoa – PB⁽¹⁰⁸⁾.

Para favorecer o desenvolvimento do atributo *Orientação Familiar*, os serviços de saúde devem apresentar outras características inerentes à APS, como a Longitudinalidade, pois identificar o serviço como fonte regular de atenção é essencial para que haja o conhecimento dos contextos familiares que dizem respeito à origem e ao cuidado das doenças⁽¹⁰⁹⁾. No âmbito da ESF não pode faltar um olhar ampliado sobre a criança e sua família, finalidade e foco fundamental deste modelo assistencial, para o fortalecimento das características fundamentais da APS, tendo, assim, alicerces para a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis⁽¹⁰⁹⁾.

A avaliação positiva do atributo *Orientação Familiar*, pelos cuidadores de crianças que participaram da presente pesquisa, pode apontar para a existência de práticas de cuidado articuladas ao atributo Longitudinalidade. Da mesma maneira, é importante lembrar que municípios com quantitativos populacionais menores permitem aos profissionais de saúde, principalmente aos ACS, conhecerem as famílias mais de perto, até porque se encontram na escola, na igreja e nas festividades municipais.

O atributo **Orientação Comunitária (J)** foi bem avaliado com escore de 7,32, no entanto destaca-se que foi o segundo atributo da APS avaliado com menor valor. Apesar de ter sido bem avaliado na presente pesquisa, em outras pesquisas foi avaliado com escores inferiores a 6,6 como em Juiz de Fora – MG⁽⁶⁴⁾, Colombo-PR⁽⁵³⁾, Vitória da Conquista - BA⁽⁵⁰⁾, Sul de Minas Gerais⁽⁵³⁾, Montes Claros –MG⁽⁴⁸⁾, Região Centro Oeste do Brasil⁽⁴⁶⁾, São Francisco – MG⁽⁶⁶⁾, Região Oeste do município de São Paulo⁽⁵⁴⁾ e João Pessoa – PB⁽¹⁰⁸⁾.

O estímulo à participação e controle social ainda é incipiente na região. Projetos políticos com foco no crescimento e autonomização da comunidade ainda são pouco praticados no Brasil. A Atenção Primária à Saúde orientada para a comunidade requer o conhecimento das necessidades da comunidade por meio da aplicação de métodos epidemiológicos, técnicas das ciências sociais e técnicas de pesquisa dos serviços de saúde para: definir e caracterizar a comunidade; identificar os problemas de saúde da comunidade; modificar programas para abordar estes problemas; e monitorar a efetividade das modificações no programa⁽²²⁾.

Os Escores Essencial e Geral obtiveram valores satisfatórios na presente pesquisa, no entanto, nas pesquisas realizadas em Colombo-PR⁽⁵³⁾ e Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, os Escores Essencial e Geral ficaram abaixo da média de 6,6.

A avaliação dos atributos da APS, na perspectiva da Saúde da Criança, por município, mostra que os atributos são avaliados de forma heterogênea, ou seja, não há um consenso entre um determinado atributo ser o melhor ou pior avaliado por todos os municípios nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. Nota-se ainda que a avaliação dos atributos da APS, nos municípios que compõem a CIR de Alto Capivari, se deu de forma mais heterogênea do que nos municípios que compõem a CIR de Alta Sorocabana. No entanto, observa-se que grande parte dos municípios avaliou com maior desempenho o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Utilização*, enquanto que o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade* foi o pior avaliado.

Os resultados antagônicos entre os dois componentes do acesso mostram que as crianças atendidas pela ESF utilizam o serviço, porém existem barreiras na acessibilidade, como esperar mais de 30 minutos para ser atendido e não conseguir ser atendido no mesmo dia em que necessita da consulta. Outro dado importante é que o atributo *Orientação Comunitária* foi o segundo pior avaliado nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, mostrando que a ESF não estimula a participação social e comunitária das famílias.

Na avaliação dos atributos da APS nos municípios de Iepê, João Ramalho, Nantes, Quatá e Rancharia, que pertencem à CIR de Alto Capivari, nota-se que os resultados são bem heterogêneos e que não há similaridade no atributo com melhor avaliação entre os municípios. Em relação ao atributo pior avaliado, observa-se que, nos municípios de Iepê e Nantes, o atributo que obteve o menor escore foi a *Orientação Comunitária* com valores de 5,18 e 6,79 respectivamente; já nos municípios de João Ramalho e Rancharia, o atributo pior avaliado foi o *Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade* com valores de 6,40 e 6,90 respectivamente.

Os atributos da APS nos municípios de Alfredo Marcondes, Álvares Machado, Anhumas, Caiabu, Emilianópolis, Estrela do Norte, Indiana, Martinópolis, Narandiba, Presidente Bernardes, Regente Feijó, Ribeirão dos Índios, Sandovalina, Santo Anastácio, Taciba e Tarabai, municípios que pertencem à CIR de Alta Sorocabana foram avaliados, e a maioria apresentou melhor avaliação no atributo *Acesso de Primeiro Contato – Utilização* e pior avaliação no atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade*.

Nesse caso, embora a Saúde da Criança nas CIRs de Alto Capivari e Alto Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente apresente fragilidades na acessibilidade e orientação comunitária, os serviços de saúde direcionados às crianças têm mostrado resultados positivos,

visto que, de acordo com a Fundação Seade, no ano de 2014, foram 10,98 crianças mortas de até um ano de idade a cada mil nascidas vivas no Oeste Paulista, mostrando que nos últimos 14 anos, a taxa de mortalidade infantil caiu 37,68% na região⁽¹¹⁰⁾.

B – Avaliação dos atributos da APS, na perspectiva da Saúde do Adulto, na ESF

Os resultados mostram que, na perspectiva dos 690 participantes que responderam ao PCATool versão adulto, quando os municípios das duas CIRs são avaliados agrupadamente, a maioria dos escores dos atributos da APS mostra-se com valores adequados (média igual ou superior a 6,6), exceto o atributo **Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade**, que obteve 4,56.

O atributo **Grau de Afiliação (A)** foi bem avaliado pelos participantes que responderam ao PCATool versão adulto nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. Nas pesquisas realizadas nos municípios do Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾ e Serra – ES⁽⁶⁷⁾, o atributo *Grau de Afiliação* também foi bem avaliado. No entanto, no município de Porto Alegre – RS⁽⁴⁵⁾, o atributo Grau de Afiliação foi mal avaliado. A avaliação negativa do atributo *Grau de Afiliação* na pesquisa citada acima foi atribuída à rotatividade dos profissionais que trabalham na ESF, dificultando a construção do vínculo entre a equipe e a comunidade.

Ao avaliar o atributo **Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)** na perspectiva dos usuários adultos, identificou-se que o atributo em questão obteve o maior escore, 8,73, em relação aos outros atributos da APS avaliados. Nas pesquisas realizadas em Porto Alegre – RS⁽⁴⁵⁾, Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Diamantina – MG⁽⁵⁹⁾ e Vale do Jequitinhonha – MG⁽¹¹²⁾, o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Utilização* também foi o atributo melhor avaliado em relação aos outros atributos da APS. E no município de Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾, o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Utilização* também foi bem avaliado pelos usuários adultos.

A avaliação positiva do atributo *Acesso de Primeiro Contato – Utilização* na presente pesquisa pode estar relacionada ao fato de que nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, regionais formadas por grande número de municípios de pequeno porte, a ESF muitas vezes é o único serviço de saúde existente no território e quando necessitam de outros níveis assistenciais, as pessoas precisam se deslocar para municípios maiores, o que pode explicar a grande utilização e valorização da ESF pela comunidade de municípios de pequeno porte.

O atributo **Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)** na presente pesquisa foi mal avaliado pelos usuários adultos, obteve valor inferior à média de 6,6. Nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Porto Alegre –RS⁽⁴⁵⁾, Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Diamantina – MG⁽⁵⁹⁾, Regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo⁽³¹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾, o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade* também foi mal avaliado pelos usuários adultos que responderam ao PCATool versão adulto.

A avaliação negativa do atributo *Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade* nas pesquisas citadas acima e também na presente pesquisa se deve à ESF não ficar aberta aos finais de semana e após as 17 horas, à dificuldade que os usuários têm para agendar consultas, pois geralmente esperam muito tempo e têm que falar com muitas pessoas para efetivar o agendamento. Além disso, geralmente para ir até à unidade de saúde, os usuários precisam faltar à escola e/ou ao trabalho.

As barreiras encontradas na acessibilidade estão relacionadas com a forma como a equipe organiza seu processo de trabalho e com a própria Política Nacional de Atenção Básica 2012⁽¹⁾, que normatiza que o funcionamento da ESF deve ser de 40 horas semanais, carga horária que funciona das 7:00 às 17:00 horas em dias úteis na maioria dos municípios brasileiros, impossibilitando o acesso em outros horários e finais de semana.

Na presente pesquisa identificou-se também que, além da barreira organizacional, existe também a barreira sociocultural na acessibilidade, uma vez que, quando os usuários adultos pensam que é necessário serem atendidos na ESF, é difícil conseguir atendimento nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. A dimensão sociocultural diz respeito à percepção do indivíduo sobre sua própria saúde, necessidades de saúde, visão sobre a doença, medo do diagnóstico, crenças e hábitos⁽¹⁰⁴⁾.

O atributo **Longitudinalidade (D)** foi bem avaliado pelos usuários adultos nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. Assim como nos municípios de Montes Claros - MG⁽¹¹¹⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾ e Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, o atributo *Longitudinalidade* também foi bem avaliado, no entanto, nos municípios de Porto Alegre – RS⁽⁴⁵⁾, Diamantina –MG⁽⁵⁹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾, foi mal avaliado pelos usuários adultos.

A avaliação positiva do atributo *Longitudinalidade* nas pesquisas mencionadas acima se deve ao fato de grande parte dos participantes adultos terem respondido que sempre que vão à ESF é o mesmo médico ou enfermeiro que os atende; que quando são atendidos pela ESF, os profissionais explicam de forma clara os questionamentos realizados e entendem e dão espaço para as pessoas falarem sobre seus problemas e angústias.

A parte negativa da avaliação do atributo *Longitudinalidade*, nos municípios citados acima, se deu principalmente por falta de conhecimento dos profissionais da atividade laboral dos usuários atendidos, do desconhecimento do número e parentesco das pessoas que moram no domicílio dos usuários, pelo fato de os profissionais conhecerem os usuários adultos mais como um problema de saúde do que como pessoas, e pela dificuldade que os usuários têm de conseguir perguntar dúvidas ao médico ou enfermeiro pelo telefone.

Na avaliação detalhada do atributo *Longitudinalidade* nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, observou-se que a atividade laboral do usuário não é vista como parte importante do processo saúde – doença, e que a desvalorização do âmbito social e econômico dos usuários parece ser recorrente. Outro ponto importante a destacar é que a ocupação/emprego está diretamente relacionada com a renda, dado social importante na identificação de fatores de risco e vulnerabilidade social.

Os atributos *Grau de Afiliação*, *Acesso de Primeiro Contato – Utilização* e *Longitudinalidade* são interdependentes, a existência de um depende do outro. Para tanto, é necessário que o usuário se sinta afiliado ou pertencente a um serviço de saúde e o utilize, para que ocorra a *Longitudinalidade* do cuidado.

A continuidade do cuidado na ESF depende diretamente da formação de vínculo entre o profissional e usuário do serviço. O vínculo é uma proposta do Ministério da Saúde para a ESF, para o qual elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população^(1,113,114).

Nessa perspectiva, para a construção de vínculos de corresponsabilidade entre ESF e comunidade, é necessário que estejam presentes alguns aspectos como: atenção à saúde de qualidade, oportuna, integral, resolutiva e contínua; permanência dos profissionais das ESFs; percepção dos profissionais das ESFs da importância de criação e manutenção de vínculos com a comunidade; conhecimento das ESFs sobre os problemas da comunidade; Conselho Local de Saúde atuante; e possibilidade dos usuários apresentarem sugestões e reclamações⁽¹¹⁵⁾.

No atributo **Coordenação – Integração de Cuidados (E)**, os usuários adultos que participaram da presente pesquisa o avaliaram bem. Nas pesquisas realizadas nos municípios de Porto Alegre - RS⁽⁴⁵⁾, Montes Claros⁽¹¹¹⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Diamantina – MG⁽⁵⁹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾, o atributo *Coordenação – Integração de Cuidados* foi mal avaliado.

Nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, observa-se que, dos 690 adultos que responderam ao PCATool adulto, 497 foram encaminhados para serviços especializados,

mostrando que a ESF tem sido pouco resolutiva. Na pesquisa realizada no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, dos 586 usuários adultos que participaram da pesquisa, 257 foram encaminhados para especialistas, indicando também baixa resolutividade da ESF.

Durante as entrevistas notou-se que muitos usuários adultos referiram que, embora consigam a solicitação de exames e os encaminhamentos para médicos especialistas na ESF, a dificuldade é o tempo que demora para realizar os exames e consultar com os médicos especialistas, tempo de meses e até mesmo anos. O número excessivo de encaminhamentos para especialistas pode indicar que uma avaliação mais minuciosa não tem sido feita na ESF, e que muitas pessoas podem estar sendo encaminhadas a especialistas sem necessidade, aumentando a fila de espera e dificultando o agendamento e avaliação para quem realmente precisa. Nesse caso, observa-se que demora muito para resolver os problemas e necessidades de saúde apresentadas pelas famílias, impedindo a operacionalização dos princípios de integralidade, equidade e resolutividade. Outra questão importante é que os diagnósticos e os tratamentos de doenças graves demoram para ser realizados, aumentando o número de alterações irreversíveis de doenças crônicas e diminuindo a sobrevida de muitos usuários.

Na avaliação do atributo **Coordenação - Sistema de Informações (F)**, os usuários adultos das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana o avaliaram bem, o atributo em questão foi o segundo melhor avaliado na presente pesquisa. Nos municípios de Diamantina – MG⁽⁵⁹⁾, Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾, o atributo *Coordenação – Sistema de Informações* também foi bem avaliado. Já nos municípios de Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Porto Alegre – RS⁽⁴⁵⁾ e nos municípios do Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾ o atributo *Coordenação – Sistemas de Informações* foi mal avaliado.

De acordo com Starfield⁽²²⁾, a coordenação ou a integração dos serviços de saúde implica a garantia de continuidade da atenção, por meio de estratégias que integrem as diversas ações e serviços necessários para resolver os problemas de saúde ou necessidades menos frequentes e mais complexas. A coordenação é afetada pela falta de integração entre os níveis assistenciais, devido às barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde e à relação entre os prestadores⁽¹¹⁶⁾.

O atributo **Integralidade – Serviços Disponíveis (G)** foi bem avaliado na presente pesquisa, tanto como na realizada em Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾. Nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Porto Alegre – RS⁽⁴⁵⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Diamantina – MG⁽⁵⁹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾, o atributo *Integralidade – Serviços Disponíveis* foi mal avaliado.

Ao avaliar detalhadamente o atributo *Integralidade – Serviços Disponíveis* identificou-se que os indicadores G10 (Está disponível na ESF o serviço de sutura de um corte que

necessite de pontos?), G15 (Está disponível na ESF o serviço de remoção de verrugas?), G19 (Está disponível na ESF o serviço de remoção de unha encravada?) e G22 (Estão disponíveis na ESF orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde?) foram mal avaliados pelos usuários, indicando que esses serviços não são disponibilizados por muitas equipes de ESF nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, comprometendo o princípio do SUS de integralidade. Em relação a esses resultados, por se tratar de pequenos municípios (população inferior a 50 mil habitantes), pode-se dizer que talvez não haja estrutura, materiais, insumos e profissionais capacitados para realizarem tais procedimentos como sutura, remoção de verrugas e unha encravada. Embora esses procedimentos não sejam ofertados pela ESF, para que ocorra adequada integração e integralidade do cuidado, os mesmos devem ser ofertados por outros serviços presentes no município de origem ou município referencial.

Para Starfield (2002, p. 194), “A integralidade será estimulada pelo desenvolvimento de sistemas integrados, nos quais as necessidades das populações são documentadas e os serviços planejados, de forma que o nível mais adequado de atenção tenha a responsabilidade de fornecer os serviços apropriados”⁽²²⁾.

O atributo **Integralidade – Serviços Prestados (H)** foi bem avaliado pelos usuários adultos e destaca-se como o segundo atributo pior avaliado em relação aos outros atributos da APS. Outro aspecto importante é que o atributo *Integralidade – Serviços Prestados* foi mal avaliado em várias pesquisas como no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Porto Alegre - RS⁽⁴⁵⁾, Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Diamantina – MG⁽⁵⁹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾.

Ainda na perspectiva do atributo *Integralidade – Serviços Prestados*, observa-se que os indicadores 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?) e H9 (Pergunta a você se tem arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança?) foram mal avaliados pelos usuários adultos. A partir desses resultados, identifica-se que as ações de prevenção de acidentes no trânsito e com arma de fogo não fazem parte da agenda de muitos profissionais que trabalham na ESF, que ainda trabalham com ações de caráter curativo voltadas para o controle de doenças. Observa-se também que as equipes muitas vezes não consideram a família como potencial de cura e/ou adoecimento, desvalorizando a dimensão familiar em que o indivíduo está inserido.

A avaliação do atributo **Orientação Familiar (I)**, na perspectiva dos usuários adultos que participaram da presente pesquisa, foi boa, porém nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Porto Alegre - RS⁽⁴⁵⁾, Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Diamantina –

MG⁽⁵⁹⁾, Regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo⁽³¹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾, o atributo *Orientação Familiar* foi mal avaliado.

Partindo do pressuposto que o modelo assistencial Estratégia Saúde da Família deve trabalhar com foco na família, com mudanças das práticas tradicionais e valorização da dimensão comunitária dos sujeitos, é imprescindível que a ESF seja bem avaliada nos atributos *Orientação Familiar* e *Orientação Comunitária*. E, para Starfield (2002), os profissionais que utilizam a família como parte integrante do planejamento terapêutico alcançam a resolução mais rápida e mais completa dos problemas⁽²²⁾.

O atributo **Orientação Comunitária** (J) foi bem avaliado na presente pesquisa e na pesquisa realizada em Montes Claros – MG⁽¹¹¹⁾. Nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Porto Alegre - RS⁽⁴⁵⁾, Serra – ES⁽⁶⁷⁾, Diamantina – MG⁽⁵⁹⁾, Regiões Norte e Centro-Oeste do município de São Paulo⁽³¹⁾ e Vale do Jequitinhonha - MG⁽¹¹²⁾, o atributo Orientação Comunitária foi mal avaliado, ou seja, com valor inferior a 6,6.

O indicador J6 (Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde?) foi mal avaliado pelos usuários adultos, confirmando o resultado das respostas dos participantes que responderam ao PCATool versão criança. O incentivo à participação social na região das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana não é uma ação muito realizada, e precisa ser fortalecida.

Na pesquisa realizada em Belo Horizonte⁽⁸⁷⁾, dos 760 usuários entrevistados, quando questionados se “A ESF fez o diagnóstico da situação de saúde da comunidade nos últimos cinco anos?”, 547 responderam que “não sabe se foi feito” e 127 responderam que “não foi feito”, e quando questionados sobre “Se a ESF conhece os problemas de saúde mais importantes da comunidade?”, 233 responderam que “não sabe” e 123 responderam “não”.

Ainda na pesquisa realizada em Belo Horizonte⁽⁸⁷⁾, observou-se que, das 613 famílias que responderam ter sido alguma vez atendidas ou visitadas pelo ACS, 485 responderam que “não” receberam convite pelo ACS a participar de reuniões ou atividades relativas a problemas do bairro/comunidade. Outra informação importante que a pesquisa de Belo Horizonte⁽⁸⁷⁾ traz e que corrobora o baixo percentual encontrado na presente pesquisa para a questão J6 “Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde?” foi que, das 900 famílias questionadas se “Conhece ou já ouviu falar do Conselho Local de Saúde”, 756 disseram “não”.

Os Escores Essencial e Geral obtiveram valores satisfatórios na presente pesquisa. No entanto, nas pesquisas realizada no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾ e Porto Alegre⁽⁶⁴⁾, os escores Essencial e Geral ficaram abaixo da média 6,6.

A avaliação da Saúde do Adulto, por município, mostra que os atributos da APS foram avaliados de formas diferentes nas CIRs. Observa-se que na CIR de Alto Capivari não há consenso entre os municípios em relação ao atributo melhor avaliado, enquanto que na CIR de Alta Sorocabana a maioria dos municípios elegeu como melhor o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Utilização*. Quanto ao atributo pior avaliado, foi unânime entre os municípios das duas CIRs o *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade*.

Conforme já foi detectado na avaliação da Saúde da Criança, nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, a Saúde do Adulto também apresenta barreiras na acessibilidade de ordem organizacional e sociocultural, pode-se também dizer que a acessibilidade na Saúde do Adulto foi pior avaliada pelos usuários adultos, dado afirmado pelo escore abaixo da média de 6,6.

C. Avaliação dos atributos da APS na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Na perspectiva dos 102 profissionais que responderam ao PCATool versão profissionais (19 gestores, 39 médicos e 44 enfermeiros), observou-se que, ao analisar os municípios das duas CIRs agrupadamente, a maioria dos atributos essenciais e derivados mostra-se com valores adequados, ou seja, acima da média de 6,6, exceto o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade*, que obteve média de 5,57.

Na presente pesquisa, a avaliação do atributo **Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A)** não foi satisfatória, assim como nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Rio de Janeiro – RJ⁽⁵⁷⁾, Porto Alegre – RS⁽³⁰⁾, Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾, Piracicaba – SP⁽⁶⁵⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾, Região Centro Oeste do Brasil⁽⁴⁶⁾, São Luís – MA⁽⁶¹⁾, Cuiabá - MT⁽⁵⁶⁾ e nos municípios de pequeno porte da Região Norte e Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul⁽¹¹⁷⁾.

A avaliação detalhada do atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade* nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, permite observar que este atributo foi mal avaliado, pois há barreiras para operacionalização da dimensão organizacional da acessibilidade.

Mudanças para melhorar a acessibilidade na APS passam por decisão política e administrativa, e vão além de modificações no horário de funcionamento e extensão do atendimento da ESF para os finais de semana. Para favorecer a ampliação do acesso, deve haver condições para melhor execução do trabalho pela equipe de saúde como: profissionais

devidamente capacitados; dimensionamento e quantitativo adequado de profissionais; remuneração condizente aos horários e à jornada de trabalho; implantação de protocolos para ampliação do acesso; organização da programação dos serviços; planejamento das ações a serem realizadas e insumos adequados e disponíveis ⁽⁶³⁾.

O atributo **Longitudinalidade (B)** foi bem avaliado pelos profissionais que responderam ao PCATool versão profissionais na presente pesquisa, bem como nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Rio de Janeiro –RJ⁽⁵⁷⁾, São Paulo – SP⁽⁴³⁾, Cuiabá – MT⁽⁵⁶⁾, Distrito Federal⁽⁶⁸⁾, Região Centro Oeste do Brasil⁽⁴⁶⁾ e nos municípios de pequeno porte da Região Norte e Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul⁽¹¹⁷⁾. Entretanto, nas pesquisas realizadas nos municípios de Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾ e Piracicaba – SP⁽⁶⁵⁾, os profissionais avaliaram o atributo *Longitudinalidade* com médias inferiores a 6,6.

Na avaliação detalhada do atributo *Longitudinalidade*, identifica-se que muitos profissionais que trabalham na ESF das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana não levam em consideração a atividade laboral e dados socioeconômicos dos pacientes, no entanto o que chama mais atenção é que parcela significativa desses profissionais dizem que provavelmente não sabem os medicamentos de que os pacientes fazem uso, colocando em dúvida a qualidade da avaliação clínica realizada por esses profissionais.

Os indicadores que elevaram a avaliação do atributo *Longitudinalidade* estão relacionados à opinião dos profissionais, que referem que, em sua atuação profissional, dão tempo suficiente e deixam os usuários à vontade para falarem sobre suas preocupações e problemas.

Embora o atributo *Longitudinalidade* tenha sido bem avaliado pelos profissionais que participaram da presente pesquisa, indicadores importantes que compõem o atributo em questão foram mal avaliados, indicando que a continuidade do cuidado, por parte dos profissionais, não está sendo realizada de forma adequada nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. As dificuldades para o estabelecimento de vínculo, continuidade do cuidado e conhecimento dos principais problemas apresentados pelas famílias, seja no plano singular ou coletivo, podem estar sendo fortalecidas: pela falta de capacitação dos profissionais para trabalharem na ESF, confirmada pelo resultado de que apenas 48% dos profissionais que participaram da presente pesquisa realizaram curso de capacitação; rotatividade dos profissionais, por inexistência de plano de carreira, mal remuneração e condições de trabalho precárias; e baixo comprometimento dos profissionais com a ESF.

Na avaliação do atributo **Coordenação – Integração de Cuidados (C)**, os profissionais que participaram da presente pesquisa o avaliaram bem. Nas pesquisas

realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Rio de Janeiro – RJ⁽⁵⁷⁾, Porto Alegre – RS⁽³⁰⁾, Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾, Distrito Federal⁽⁶⁸⁾, Cuiabá – MT⁽⁵⁶⁾, o atributo *Coordenação – Integração de Cuidados* foi bem avaliado pelos profissionais. Destaca-se que o atributo *Coordenação – Integração de Cuidados* foi o segundo atributo pior avaliado pelos profissionais das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.

Avaliando detalhadamente o atributo *Coordenação – Integração de Cuidados*, observa-se que parcela significativa dos profissionais respondeu desconhecer o “caminho” percorrido pelos seus pacientes no interior da rede de serviços de saúde. Isso indica que o sistema de referência e contrarreferência nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana é frágil, desconhecido pelos profissionais da ESF e que precisa ser aprimorado.

Ao avaliar o atributo **Coordenação – Sistema de Informações (D)**, observa-se que foi bem avaliado pelos profissionais que participaram da presente pesquisa, da mesma maneira que nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Porto Alegre – RS⁽³⁰⁾, Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾, Distrito Federal⁽⁶⁸⁾ e Cuiabá - MT⁽⁵⁶⁾. Embora os resultados sejam positivos para os componentes do atributo *Coordenação da Atenção*, o sistema de referência e contrarreferência encontra muitos entraves comunicacionais, principalmente pela inexistência, na maioria dos municípios brasileiros, do sistema de prontuário eletrônico integrado entre os níveis primário, secundário e terciário.

Nesta perspectiva, para Giovanella, Scorel e Mendonça (2009, p. 378)⁽⁸⁷⁾:

“A importância da coordenação dos cuidados tem sido destacada internacionalmente como aspecto fundamental para a organização de sistemas integrais de saúde, sendo identificada como estratégia capaz tanto de garantir a continuidade da atenção, quanto de otimizar o uso dos recursos em saúde”.

O atributo **Integralidade – Serviços Disponíveis (E)** foi bem avaliado pelos profissionais que participaram da presente pesquisa, assim como nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Rio de Janeiro – RJ⁽⁵⁷⁾, Chapecó- SC⁽⁶⁰⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾ e nos municípios de pequeno porte da Região Norte e Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul⁽¹¹⁷⁾. No entanto, nas pesquisas realizadas em Cuiabá- MT⁽⁵⁶⁾ e Distrito Federal⁽⁶⁸⁾, o atributo *Integralidade – Serviços Disponíveis* foi mal avaliado.

Na avaliação detalhada do atributo *Integralidade – Serviços Disponíveis* identificou-se que os procedimentos de colocação de tala, remoção de verruga e remoção de unha encravada não são realizados por boa parte dos profissionais da ESF das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. Nas pesquisas realizadas em Belo Horizonte - MG⁽⁸⁷⁾, Florianópolis - SC⁽¹¹⁶⁾,

Aracaju - SE⁽¹¹⁸⁾ e Vitória - ES⁽¹¹⁹⁾, a maioria dos médicos e enfermeiros disse que não são realizadas pequenas cirurgias na ESF, corroborando os resultados da presente pesquisa. Com isso, pode-se afirmar que as unidades de ESF ainda trabalham com a definição “antiga” do que são os problemas que a APS deve enfrentar.

Mudanças nas práticas tradicionais de saúde, que pouco respondem e resolvem os problemas de saúde contemporâneos, só serão construídas a partir de profundas transformações políticas, administrativas e de gestão do processo de trabalho da ESF. Uma vez que a lógica dos antigos centros de saúde, modelo tradicional de Atenção Primária à Saúde, está tão arraigada aos profissionais e população, e que a ESF, embora tenha impactado positivamente nos indicadores de saúde, ainda traz muito em seu processo de trabalho, práticas descontextualizadas dos problemas reais da população e protocolos generalizados, modelo pouco resolutivo quando se trata da APS. Nesta conjuntura também é necessário agregar a capacitação no cotidiano dos profissionais de saúde, a afim de responder às novas demandas e necessidades de saúde apresentadas pelas famílias atendidas. E, quando se trata de serviços de colocação de tala, remoção de verruga e unha encravada, os pequenos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana devem fornecê-los à população, evitando transtornos e deslocamentos desnecessários, pensando que muitos desses municípios só possuem como equipamento de saúde a APS.

Na avaliação do atributo **Integralidade – Serviços Prestados (F)**, os profissionais que participaram da presente pesquisa o avaliaram bem, assim como os profissionais que participaram das pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Rio de Janeiro – RJ⁽⁵⁷⁾, Porto Alegre – RS⁽³⁰⁾, Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾, Distrito Federal⁽⁶⁸⁾, Cuiabá - MT⁽⁵⁶⁾ e nos municípios de pequeno porte da Região Norte e Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul⁽¹¹⁷⁾.

Os resultados também mostram que as orientações relativas a prevenção de acidentes por arma de fogo não é realizada pelos profissionais que trabalham na ESF das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana. Embora o atributo Integralidade tenha alcançado boa avaliação por parte dos profissionais que trabalham nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, a ausência de adequada operacionalização de alguns atributos demonstra que há fragilidades no contexto da ESF.

Para tanto, pensando que a integralidade parte do pressuposto da integração dos diferentes níveis assistenciais, e que sua operacionalização depende da oferta e utilização dos serviços em seus diferentes tipos de atendimento, de acordo com as necessidades da população, o Ministério da Saúde (2015, p. 28)⁽¹²⁰⁾ define que:

A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e da palição, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças.

Nesta conjuntura, se faz necessário pensar maneiras de melhorar a operacionalização e a disponibilização de serviços no âmbito da ESF, ou organizar o sistema, de forma que os serviços que não são disponibilizados pela ESF sejam disponibilizados por outros níveis assistenciais garantindo atendimento integral.

O atributo **Orientação Familiar (G)** foi bem avaliado pelos profissionais que participaram da presente pesquisa, da mesma maneira que os profissionais que participaram das pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Porto Alegre - RS⁽³⁰⁾, Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾, Piracicaba – SP⁽⁶⁵⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾, Distrito Federal⁽⁶⁸⁾, Cuiabá – MT⁽⁵⁶⁾ e nos municípios de pequeno porte da Região Norte e Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul⁽¹¹⁷⁾.

A Estratégia Saúde da Família foi criada para reorganizar, fortalecer e qualificar a APS no Brasil mediante mudanças nas práticas tradicionais de cunho curativo e individualizado para práticas com enfoque na família, comunidade e promoção da saúde. Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais adotem tais práticas em seu processo de trabalho. Nesta perspectiva, a *Orientação Familiar* ocorre quando o alcance da integralidade fornece um olhar por parte dos profissionais das potencialidades e fragilidades do contexto familiar dos indivíduos frente ao processo saúde – doença⁽²²⁾.

Na presente pesquisa observou-se que os profissionais avaliam melhor o atributo *Orientação Familiar* que os usuários, bem como na pesquisa realizada no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, na qual os profissionais também avaliam melhor os atributos em relação aos usuários. A disparidade de pontos de vistas em relação ao serviço que é prestado e o que é recebido pode ser resultante da falta de pesquisas para conhecer a satisfação dos usuários, nesse caso os profissionais podem estar pensando que os usuários estão satisfeitos e que estão trabalhando com base nas necessidades de saúde. Para tanto, há a necessidade de os profissionais construírem seu processo de trabalho em conjunto com os usuários, o que parece não ocorrer nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.

Outro ponto importante para discussão é que muitos dos profissionais que trabalham na ESF não sabem o que é trabalhar com foco na família, dado que somente 37,3% dos profissionais entrevistados possuem especialização em Saúde da Família e 48% foram capacitados para atuarem na ESF.

Ao avaliar o atributo **Orientação Comunitária (H)**, observa-se que os profissionais que participaram da presente pesquisa o avaliaram bem. Nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾, Piracicaba – SP⁽⁶⁵⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾, São Paulo - SP⁽⁴³⁾, Região Centro – Oeste do Brasil⁽⁴⁶⁾ e nos municípios de pequeno porte da Região Norte e Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul⁽¹¹⁷⁾, o atributo *Orientação Comunitária* também foi bem avaliado pelos profissionais. Entretanto, nas pesquisas realizadas no Distrito Federal⁽⁶⁸⁾ e Cuiabá – MT⁽⁵⁶⁾ o atributo *Orientação Comunitária* foi mal avaliado.

A avaliação detalhada do atributo *Orientação Comunitária* indica que parte significativa dos profissionais que trabalham na ESF das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana não conhece os problemas e necessidades de saúde da população.

Nesta conjuntura, para Mendes (2012, p. 59)⁽¹²¹⁾:

A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários.

Numa pesquisa realizada no Estado do Maranhão⁽¹²²⁾, os atributos Enfoque Familiar e Orientação para a Comunidade foram melhor avaliados pelos profissionais de saúde (médico e enfermeiros) e gestores em relação aos usuários⁽¹²²⁾.

Na presente pesquisa observou-se que as respostas dos gestores de saúde para a maioria dos atributos da APS obteve valor menor do que as respostas dos médicos e enfermeiros. E que, de forma geral, os atributos da APS foram melhor avaliados pelos médicos.

O Escore Essencial da presente pesquisa, na perspectiva dos profissionais, obteve valor satisfatório, ou seja, acima de 6,6, assim como nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Rio de Janeiro – RJ⁽⁵⁷⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾ e Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾. No que tange ao Escore Geral, na presente pesquisa o valor obtido também foi satisfatório, assim como nas pesquisas realizadas no Sul de Minas Gerais⁽⁶³⁾, Curitiba – PR⁽⁵⁵⁾, Rio de Janeiro – RJ⁽⁵⁷⁾ e Chapecó – SC⁽⁶⁰⁾.

A avaliação da ESF por município, na perspectiva dos profissionais, mostra que na maioria dos municípios o atributo melhor avaliado foi a *Coordenação – Sistema de Informações* e o pior avaliado foi o atributo *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade*. Na comparação entre as duas CIRs, observa-se que as duas apresentam também como atributo

melhor avaliado a *Coordenação – Sistema de Informações* e o pior avaliado *Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade*.

D. Comparação da avaliação da Estratégia Saúde da Família nas CIRS de Alto Capivari e Alta Sorocabana na perspectiva dos participantes

Conforme foi encontrado em outras pesquisas^(5,43,63,46,61), observa-se na presente pesquisa que os profissionais da ESF tendem a avaliar melhor os atributos da APS em relação aos usuários.

A avaliação da APS nas CIRS de Alto Capivari e Alta Sorocabana evidencia que os atributos **Grau de Afiliação** e **Acesso de Primeiro Contato – Utilização** foram melhor avaliados pelos usuários adultos em relação aos usuários crianças.

O atributo **Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade** foi o atributo pior avaliado pelos usuários e profissionais. Nesta perspectiva, o alcance da acessibilidade pelos serviços de APS no Brasil segue como um grande desafio, pois há muitas barreiras, principalmente na organização dos serviços. Dessa forma, é necessário que haja uma discussão política em prol de mudanças nos aspectos organizacionais da ESF para o avanço e fortalecimento desse modelo assistencial.

Em relação aos atributos **Longitudinalidade** e **Coordenação – Integração de Cuidados**, observa-se que os usuários adultos e crianças os avaliaram melhor em relação aos profissionais. O atributo *Coordenação - Integração de Cuidados*, de forma geral, foi bem avaliado, no entanto grande parte dos profissionais das CIRS de Alto Capivari e Alta Sorocabana referem que a contrarreferência dos especialistas não ocorre, dificultando a continuidade do cuidado, e fragmentando as ações da ESF como organizadora das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS). A fragilidade do sistema de referência e contrarreferência torna as redes de atenção à saúde pouco funcionais e resolutivas.

A construção de redes regionais de atenção à saúde favorece municípios de pequeno porte, que não possuem todo aparato tecnológico a fim de garantir a integralidade do cuidado; nesse contexto é importante que pequenos municípios tenham uma APS fortalecida como organizadora da rede assistencial.

Assim, para consolidação da Regionalização Lavras (2011, p. 872)⁽¹²³⁾ diz que:

Para que a APS nas RRAS que se estruturam hoje no SUS possa ser efetivamente organizadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, há que fazer grandes investimentos voltados a seu aprimoramento independentemente de outras medidas de caráter mais sistêmico. Essas iniciativas, focadas na APS, devem necessariamente contemplar: a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a construção de novas unidades onde houver necessidade; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; o aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as unidades básicas de saúde existentes; a implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades componentes da RRAS e a incorporação permanente de dispositivos relacionados à gestão do cuidado em saúde, com vistas a favorecer a integração das práticas profissionais e a garantir a continuidade assistencial.

No que tange aos atributos **Coordenação – Sistema de Informações, Integralidade – Serviços Disponíveis, Integralidade - Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária**, verificou-se que os profissionais os avaliaram melhor que os usuários adultos e crianças.

A avaliação da ESF pelos usuários e profissionais apresentam divergências quando as comparamos, o que pode ser evidenciado quando os usuários dizem que é difícil marcar uma consulta quando pensam ser necessário, no entanto os profissionais dizem que não é difícil. Outro aspecto é que os usuários dizem que não está disponível nas ESFs o serviço de pequenas cirurgias como remoção de verruga e unha encravada, enquanto a maioria dos profissionais diz que está disponível. Em relação à participação social, a maioria dos usuários refere que não é convidada a participar do Conselho Local de Saúde. Em contraste, os profissionais respondem que sabem e monitoram a participação dos usuários nos respectivos conselhos.

Na avaliação do desempenho dos atributos essenciais e derivados por CIR, observa-se que, na CIR de Alto Sorocabana, a Saúde da Criança, Saúde do Adulto e a ESF, na perspectiva dos profissionais, tem melhor avaliação que na CIR de Alto Capivari. E que de forma geral os atributos da APS foram bem avaliados nas ESFs das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana.

Os resultados positivos da presente avaliação podem ser atribuídos à escolha de municípios com mais de 50% de cobertura de ESF e por se tratar de municípios de pequeno porte, onde a ESF costuma ter melhor funcionamento. Para tanto, dificuldades verificadas na implementação e funcionamento da ESF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles, considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos dos

grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno^(115,124).

Com base em tudo que foi discutido, é imprescindível discorrer sobre a pesquisa de âmbito nacional do Ministério da Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), que tem como finalidade incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, e propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde⁽¹²⁵⁾.

Neste contexto, o PMAQ – AB se operacionaliza com três ciclos. No PMAQ – AB 1º ciclo, a maioria dos municípios que compõem as CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana aderiram ao programa, exceto os municípios de Nantes e Tarabai. O 1º e o 2º ciclo do PMAQ – AB foram finalizados e o 3º ciclo ainda está em andamento. Todos os municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana aderiram ao PMAQ no 2º e 3º ciclo.

Os resultados do PMAQ – AB 1º ciclo fortalecem os resultados da presente pesquisa, uma vez que, dos 65.391 usuários adultos e crianças que responderam ao PMAQ, 93,9% dos usuários dizem que as unidades básicas de saúde não abrem à noite; 96,3% referem que as unidades não abrem nos sábados; 73,5% dizem que não conseguem marcar consulta na unidade de saúde a qualquer hora do dia; 50,7% referem que não conseguem marcar consulta para o mesmo dia; 78,2% respondem que os profissionais dão tempo suficiente para o usuário falar sobre suas preocupações ou problemas; 65,0% falam que estão sendo atendidos pelo mesmo médico; 61,3% referem que estão sendo atendidos pelo mesmo enfermeiro; 34,2% relatam que os profissionais da unidade de saúde sempre perguntam sobre seus familiares; 41,6% referem que os profissionais da unidade de saúde nunca perguntam sobre seus familiares; 48,1% referem que os profissionais da unidade de saúde se lembram do que aconteceu nas últimas consultas, porém 31,6% relatam que os profissionais da unidade de saúde não se lembram do que aconteceu nas últimas consultas; 46,6% dizem que, após terem sido atendidos por outros profissionais fora da unidade de saúde, a equipe não perguntou como foi seu atendimento; 98,4% referem não conseguir extrair unha na unidade de saúde; 94,7% referem que não conseguem fazer sutura na unidade de saúde; 72,5% relatam que a equipe busca resolver suas necessidades e/ou problemas na própria unidade de saúde⁽¹²⁶⁾.

Das 17.482 equipes que participaram do 1º ciclo do PMAQ-AB, 55,3% não possuíam protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para a Saúde Mental; 66,9% não possuíam protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para álcool e drogas; 80,0% não

solicitavam teste rápido para diagnóstico de sífilis (VDRL); 90,7% possuíam central de regulação disponível para encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção; 97,2% das equipes escutavam e avaliavam as necessidades dos usuários que chegavam espontaneamente à unidade de saúde; 78,5% das equipes estavam com a agenda organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde; 63,4% das equipes realizam pesquisa de satisfação do usuário; 52,3% das equipes referiram que algumas vezes contataram especialistas para troca de informações sobre os pacientes encaminhados e 51,7% relatam que nunca os profissionais especialistas os contataram para troca de informações sobre os pacientes encaminhados ⁽¹²⁶⁾.

Nesta conjuntura, verifica-se que os pontos fortes e as fragilidades da APS no Brasil são confirmadas por diversas pesquisas realizadas em diferentes cenários e com a utilização de instrumentos de avaliação diferentes, com isso observa-se que a acessibilidade, coordenação do cuidado, integralidade, orientação familiar e comunitária são pontos frágeis que precisam ser valorizados e fortalecidos na ESF. E nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, onde a maioria dos municípios que as compõem é de pequeno porte, e os serviços de saúde disponíveis à população geralmente se resumem a APS, a ESF deve ser fortalecida e, para isso, de acordo com Lima, Giovanella, Fausto e Bousquat (2016, p. 5), “É necessário que ocorra o “planejamento, integração, regulação e financiamento em uma rede regionalizada de atenção à saúde, além de mecanismos eficientes de pactuação intergestores”⁽¹²⁷⁾.

7 CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

A RRAS 11 de Presidente Prudente é composta por 45 municípios, em sua maioria de pequeno porte. Caracteriza-se por ser uma das regiões mais pobres do Estado de São Paulo conforme análise do IPRS 2014, em que a região fica como a 3º mais pobre do Estado. Outras características importantes podem ser citadas, como o fato de haver muitos assentamentos rurais na região e concentrar grande produção de cana de açúcar. Esses aspectos contribuem para a heterogeneidade e grande vulnerabilidade social da população atendida pelos serviços de saúde da região.

As CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana da RRAS 11 de Presidente Prudente possuem 24 municípios, predominantemente de pequeno porte e cobertura populacional de ESF acima de 50%. Nessa perspectiva, os altos escores obtidos na avaliação dos atributos da APS nas CIRs podem estar relacionados à alta cobertura populacional de ESF e ao fato de que em municípios de pequeno porte a ESF, muitas vezes, é o único serviço de saúde existente.

Cabe destacar que as altas coberturas populacionais de ESF nos municípios das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana não refletiram em indicadores de saúde altamente favoráveis. A análise dos indicadores de saúde dessa região, no período de 2010 a 2015, apresentou taxas de mortalidade infantil e percentual de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica (ICSAB) acima do recomendado pelo Estado de São Paulo. Observa-se também que, em grande parte dos municípios das CIRs, os percentuais de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal estão abaixo de 90% e que houve um decréscimo na razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Tal fato permite concluir que, nas CIRs em estudo, altas coberturas de ESF não implicam necessariamente efetividade de todas as ações de saúde, e que cada município possui características particulares que devem ser levadas em consideração no planejamento local de saúde.

Assim sendo, levando em consideração as características da RRAS 11 de Presidente Prudente, a avaliação da ESF nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana mostra que os atributos da APS de forma geral estão presentes e precisam melhorar sua extensão e operacionalização no âmbito da Saúde da Família, o que demanda grandes mudanças estruturais e organizacionais no interior das próprias políticas que normatizam a APS no Brasil e o esforço coletivo de gestores de saúde, profissionais e usuários da ESF em sua consolidação.

Na avaliação realizada pelos usuários crianças e adultos, a ESF se destaca com bons resultados nos seguintes atributos: Coordenação - Sistema de Informações, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Grau de Afiliação e se destaca com pior avaliação nos seguintes atributos: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, Orientação Comunitária, Orientação Familiar e Integralidade – Serviços Disponíveis.

O usuário criança aponta dificuldades, como a burocracia existente, para que seja atendido no mesmo dia pela equipe quando doente, dificuldade para conseguir atendimento quando a família julga necessário, falta de informação e de incentivo à participação social, além da exclusão da família da criança na construção de seu projeto terapêutico. A população adulta aponta como dificuldades na acessibilidade o horário fixo de atendimento das unidades de ESF das 7:00 às 17:00 horas e somente nos dias úteis; ter que faltar ao trabalho para ser atendida; e perder muito tempo para conseguir agendar uma consulta na ESF, pois tem que falar com muitas pessoas para que o agendamento ocorra.

Outra informação importante que o usuário adulto levanta é que alguns procedimentos não são disponibilizados na ESF, como sutura de corte, remoção de verrugas e unhas encravadas, o que compromete a operacionalização dos princípios da resolutividade e integralidade. E, os cuidadores de crianças menores de dois anos e os usuários adultos mencionam que a participação social é pouco incentivada no âmbito da ESF.

Os profissionais que trabalham na ESF das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana avaliaram melhor a maioria dos atributos da APS que os usuários crianças e adultos. Na avaliação feita pelos profissionais, observa-se que os atributos que foram melhor avaliados são: Coordenação – Sistema de Informações, Orientação Familiar e Integralidade – Serviços Prestados e os atributos que foram piores avaliados são: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, Longitudinalidade e Coordenação – Integração de Cuidados. Os profissionais gestores de saúde, médicos e enfermeiros concordam com os usuários que o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade é o que tem pior operacionalização no âmbito da ESF. Na perspectiva dos profissionais, verifica-se que muitos profissionais não sabem a atividade laboral, constituição familiar e os medicamentos que estão sendo utilizados pelos usuários que atendem, dados que são desfavoráveis à continuidade dos cuidados, avaliação das necessidades e conhecimento do processo saúde doença da população.

Outra questão apontada pelos profissionais refere-se à falta de informações sobre os resultados das consultas de pacientes que são encaminhados para especialistas, o que mostra a fragilidade do Sistema de Referência e Contrarreferência das CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana, prejudicando a integralidade do cuidado.

Muitos são os problemas relativos à fixação dos profissionais na ESF, como baixos salários, ausência de plano de carreira, desvalorização profissional, recursos físicos, financeiros e materiais inadequados, e falta de capacitação direcionada para os princípios da ESF. Outro aspecto importante é que a rotatividade profissional parece ser intensificada em municípios de pequeno porte, pois pequenos municípios possuem oferta restrita de empregos, principalmente no campo da saúde.

Foi unânime a avaliação desfavorável atribuída ao atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade pelos profissionais e usuários que participaram da presente pesquisa. A acessibilidade, no contexto da Saúde da Família nas CIRs de Alto Capivari e Alta Sorocabana e em outras pesquisas que foram realizadas em outros territórios brasileiros, vem se consolidando como grande desafio para a configuração da ESF como “porta de entrada” da Atenção Primária à Saúde e do SUS.

As barreiras da acessibilidade identificadas nesse estudo são de ordem organizacional e cultural. Nesse caso, observa-se que as próprias políticas que normatizam a APS no Brasil dificultam o acesso da população com regras organizacionais pouco flexíveis como horários fixos de atendimento aos usuários. Diante disso, não adianta ter 100% de cobertura de ESF se os usuários não conseguem atendimento.

Outro ponto importante a destacar é a Regionalização, que está diretamente ligada à operacionalização dos atributos de Coordenação – Integração de Cuidados, Coordenação – Sistema de Informações, Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados. O princípio da Regionalização é imprescindível para municípios de pequeno porte, como os que foram cenário de estudo da presente pesquisa, pois grande parte desses municípios não tem todo aparato tecnológico necessário para atender todas as necessidades de saúde da população residente, necessitando de atendimento em municípios maiores. Durante a realização da pesquisa, notou-se que muitos usuários referiram informalmente que quando são encaminhados para especialistas ou necessitam realizar exames, existe uma demora significativa para conseguirem esse tipo de atendimento, até mesmo anos. A realidade referida pelos usuários nos mostra muitas fragilidades no sistema local de saúde, que podem ser melhoradas com o fortalecimento de ações como: gestão de saúde assertiva e resolutiva, que negocie melhor no âmbito das CIRs a oferta de serviços especializados e exames para que diminua a fila de espera; capacitação dos profissionais, para que não ocorra a solicitação de exames e encaminhamentos para especialistas de forma desnecessária, e educação da população para uso consciente dos serviços de saúde.

A realização da presente pesquisa teve limitações, como dificuldade em participar das reuniões das CIRs para apresentar e pedir autorização da pesquisa, fato que levou a pesquisadora responsável a percorrer município por município, para solicitar autorização para pesquisa, além da demora dos secretários municipais de saúde em responder se autorizariam ou não a coleta de dados, dificultando o início e a finalização da pesquisa. Notou-se, durante a coleta de dados, que muitos profissionais, ao responder às perguntas, mostravam desconfiança e insegurança em relação às verdadeiras intenções da pesquisa, o que pode ter levado a um viés nas respostas. As pesquisas avaliativas são vistas por gestores e profissionais como algo que os irá punir, caso o serviço não esteja funcionando adequadamente. A interpretação equivocada, de que avaliar é punir, muitas vezes dificulta a realização de pesquisas dessa natureza. A cultura da avaliação deve ser incorporada nos serviços de saúde como rotina, já que contribui muito para o aprimoramento, inovação e avanço de práticas que realmente provocam impactos positivos na saúde da população.

A avaliação da APS, com foco na ESF, nos mostra que somente a expansão da cobertura deste modelo assistencial não é suficiente para que ocorra a integralidade, resolutividade e o aumento da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Há que se propor mudanças profundas nas políticas de saúde que norteiam as práticas da ESF e incorporar os princípios de vinculação, foco na família e comunidade nas práticas profissionais, bem como mudanças nas práticas gerenciais dos gestores de saúde, para integralidade, regionalização e resolutividade, o que envolve negociação entre os territórios e a disponibilidade de equipamentos de saúde com diferentes características tecnológicas.

Quando contextualizamos a pesquisa em questão, e sua contribuição para a enfermagem e saúde coletiva, nos propomos a dizer que o enfermeiro, no âmbito da Saúde da Família, é peça chave na incorporação de práticas de saúde que envolvam a longitudinalidade, integralidade do cuidado, foco na família e comunidade, pois tem grande protagonismo dentro da equipe de saúde, e sua posição no grupo facilita a incorporação dessas ações. Para tanto, o currículo para formação de enfermeiros e outros profissionais de saúde devem conter conteúdos relativos aos atributos da APS que discutam as implicações da acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e a importância de envolver as famílias e a comunidade na construção de projetos terapêuticos. A prática diária dos enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde na ESF, destaca-se pela execução de tecnologias leves que englobam, dentre muitas ações a relação do profissional com o paciente em conjunto com a clínica ampliada e escuta qualificada, negociação com gestores de saúde

para facilitar a integralidade e coordenação do cuidado e o desenvolvimento do vínculo com a população.

Muitos estudos têm retratado o quanto a participação social é incipiente no Brasil, e que, na maioria dos casos, não ocorre por falta de conhecimento da população sobre os espaços de discussão política e cultura brasileira de passividade política. Pensando na importância da participação social para a construção de práticas que contemplem as reais necessidades de saúde dos territórios, os enfermeiros, com base em seu protagonismo e em conjunto com os demais profissionais de saúde, devem incentivar a participação social dos usuários no SUS.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
2. Franco T, Merhy E. PSF: Contradições e novos desafios. In: 10ª Conferência Nacional de Saúde Online; 1996. Brasília (DF), BR [evento na internet] Brasília: Ministério da Saúde; 1996. [citado 2011 set. 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. P. 7-10.
4. Souza HM. Programa de Saúde da Família no contexto do sistema único de saúde. In: Anais do I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família; 1998; Brasília (DF), BR. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. P. 24-26.
5. 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.
6. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.
7. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*. 2001;50(2): 161-175.
8. 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.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
10. 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 em nível local. Brasília: Organização Panamericana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
11. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2000;34(5):547-59.

12. Ribeiro FA. Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.
13. Vallim S, Vieira AM L, Osiano VLLR. A Estratégia Saúde da Família – Qualis – Em 101 Municípios do Estado de São Paulo. In: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Planejamento de Saúde: Conhecimento & Ações 2006; 2006.
14. São Paulo (Estado). Resolução SS n. 56, de 26 de maio de 2008. Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Programa “Qualis Mais”. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 28 maio 2008. Seção 1.
15. São Paulo (Estado). Resolução SS n. 68, de 18 de junho de 2012. Institui a Política de apoio a adequação das Unidades Básicas de Saúde através do Programa “Qualis- UBS” e habilita municípios a receberem recursos para a aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais para equipar as salas das Unidades Básicas de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 19 de jun. 2012. Seção 1:72.
16. São Paulo (Estado). Resolução SS n. 74, de 01 de agosto de 2013. Institui o componente Reforma e/ou Ampliação no âmbito da Política de Apoio à Adequação das Unidades Básicas de Saúde – UBS, por intermédio do Programa Qualis UBS / 2ª. Fase e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 02 de ago. 2013. Seção 1:40.
17. São Paulo (Estado). Resolução SS n. 57, de 07 de junho de 2013. Estabelece o Piso de Atenção Básica Estadual, bem como, a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de forma direta e regular, nos moldes determinados pelo Decreto Estadual - 53.019, de 20 de maio de 2008, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 08 de jun. 2013. Seção 1:54.
18. Ermel CE, Bigio FM, Evangelista AFR, Gomes MFP, Fracolli LA. Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). Ciên. Saúde coletiva. 2011; 16(3):1899-1906.
19. São Paulo. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria de Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo 2006; 28 dez.
20. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre Estado e municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo; Saúde Soc. 2011;20(4):980-990.

21. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24 Supl 1:21-23.
22. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
23. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2307-2316.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília; 1996.
25. Fraccolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Capellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(12):4851-4859.
26. Lopes ANM, Fraccolli LA. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008;17(4):771-778.
27. Atallah AN. Revisão sistemática da literatura e metanálise. *Diagnóstico e Tratamento*. 1997;2(2):12-15.
28. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer, 2007.
29. Tomasi E, Facchini LA, Osorio A, Fassa AG. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. *Rev. saúde pública*. 2003;37(6):800-806
30. 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. Saúde Pública*. 2012; 28(9): 1772-1784.
31. 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. *Saude soc*. 2011;20(4): 948-960.
32. Silva EM, Assis MMA, Villa TCS, Scatenae LM. Coordenação dos serviços de atenção primária em saúde no controle da tuberculose em um município da Bahia, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2010;34(2):227-239.
33. Kringos DS, Boerma WG, Spaan E, Pellny M. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. *BMC Health Services Research*. 2011;11:90.
34. Poder TJ, Mautone JÁ, Manz PH, Frye L, Blum NJ. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care: a systematic analysis of roles and challenges. *Pediatrics*. 2008;121(1):65-72.

35. Jaturapatporn D, Hathirat S, Manataweewat B, Dellow AC, Leelaharattanarak S, Sirimothya S, et al. Reliability and validity of a Thai version of the General Practice Assessment Questionnaire (CPAQ). *J Med Assoc Thai*. 2006;89(9):1491-1496.
36. 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):1649-1659.
37. Donabedian, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? [texto na Internet]. *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/content/260/12/1743.full.pdf+html>.
38. Brandao ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(1):103-114.
39. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. PMAQ: Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica. Brasília; 2013.
40. Hauser L. Validade e fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.
41. 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 Farm Comunidade*. 2013;8(29):274-84.
42. 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 Farm Comunidade*. 2013;8(29):244-55.
43. Elias PE, Ferreira CN, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivao Junior A et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre UBS e PSF por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. Saude Coletiva*. 2006;11(3):633-41.
44. Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
45. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

46. 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(suppl 1): s148-s158.
47. Castro RCL. Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
48. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4415-4423.
49. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO et al . Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):48-55.
50. Braz JC. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.
51. Pinto MEB. Promoção à saúde e atenção primária à saúde em Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
52. Barbaro MC. Assistência pré-natal a adolescente na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto e os atributos da atenção primária à saúde na perspectiva de profissionais de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2012.
53. Oliveira VBCA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde da criança no município de Colombo – Paraná [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
54. Ferrer APS. Avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.
55. 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.
56. Dias KAPL. Assistência em saúde: uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá – MT. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

57. Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS; 2013.
58. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2):554-561.
59. Paula FA. Avaliação dos atributos da atenção primária na saúde do adulto na estratégia de saúde da família de Diamantina – MG [dissertação]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2013.
60. Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):285-93.
61. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(11): 3321-3331.
62. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(11):4407-4415.
63. Silva SA. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de minas gerais [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
64. Inocência PR. Avaliação da assistência à criança na Atenção Primária à Saúde, sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais [dissertação]. Juiz de Fora: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
65. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. *Saúde debate*. 2014;38(N. esp.):296-306.
66. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(2):365-371.
67. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(3):553-9.
68. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MA. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde debate*. 2015;39(105):387-399.

69. 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.
70. Minayo MSC, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005
71. Contandriopoulos AP et al. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA et al (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
72. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006;11(3):705-11.
73. Furtado JP. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p.765-793.
74. Nemes MIB. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/ AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA; 2001.
75. Conill EM. Políticas de Atenção Primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (supl 1): s91-s99.
76. Mascarenhas MTM. Avaliando a Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: estudo de caso em unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
77. Goulart FAA. Circulos virtuosos e boas práticas em saúde da família. In: Fernandes AS, Seclen-Palacin JA (org.). Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004.
78. Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal SA. Análise de Implantação das Áreas Estratégicas da Atenção Básica nas Equipes de Saúde da Família em Município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2006;6(4):437-445.
79. Castro JD, Rocha V, Marinho M, Pinto S. O custo efetividade: uma comparação entre o modelo tradicional e o modelo do programa saúde da família. *Rev Bras Med Fam Com*. 2007;3(10):73-144.
80. Luppi CG, Andrade MC, Simões O, Pinho VP. Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec/ Cealag; 2011.

81. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(3):669-681.
82. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS et al. Avaliação da Efetividade da Atenção Básica à Saúde em Municípios das Regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Publica*. 2008; 24(supl 1):159-172.
83. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de Atenção Básica em Quatro Municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006;11(3):643-655.
84. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e Acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Publica*. 2008;24(supl 1):100-108.
85. Camargo Júnior KR, Campos EMS, Bustamante-Teixeira MT, Mascarenhas MTM, Mauad NM, Franco TB et al. Avaliação da Atenção Básica pela Ótica Político Institucional e da Organização da Atenção com Ênfase na Integralidade. *Cad. Saúde Publica*. 2008;24(supl 1):58-68.
86. Scochi MJ, Marcon SS, Oliveira MLF, Waidman MAP, Gonçalves MB, Nishiyama P et al. Capacitação das Equipes Locais como Estratégia para a Institucionalização da Avaliação em Saúde. *Cad. Saúde Publica*. 2008;24(supl 1):183-192.
87. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de Caso sobre implementação da estratégia de saúde da família em quatro grandes centros urbanos: Belo Horizonte. Rio de Janeiro; 2009.
88. Barbosa ACQ et al. Proposição de Metodologia de Avaliação de Desempenho das Equipes de Saúde da Família e Satisfação de Usuários: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.
89. Secretaria da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Conselho Estadual de Saúde. RRAS. São Paulo, 2012. [citado 2012 out. 7] Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/conselho-estadual-da-saude/homepage/rras/rras>.
90. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Cidades. Brasília, 2015. [citado 2015 out. 7] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
91. Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [citado 2011 mar. 8]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.

92. Fundação SEADE. Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) versão 2014 [homepage na internet]. São Paulo: Fundação SEADE; 2016. [citado 2016 jun. 8]. Disponível em: <http://indices-ilp.al.sp.gov.br/>.
93. Secretaria de Estado de Saúde [Internet]. São Paulo: SES; 2016. [atualizado 2016; citado 2016 jul. 7]. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/links/matriz>.
94. Rede Interagencial de Informações para a Saúde [Internet]. Brasília: Indicadores de mortalidade; 2013. [citado 2016 jul. 7]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqc01.htm>.
95. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação do SUS (CGMA). Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde (IDSUS) – Fichas técnicas dos indicadores. Brasília; 2013.
96. Brasil, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES [Internet]. DATASUS. 2015 [cited 2015 Jan 20]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp.
97. Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2008;20(2):186-194.
98. Brasil, Ministério da Saúde. Informações de saúde: demográficas e socioeconômicas [Internet]. DATASUS. 2015 [cited 2015 Jan 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>.
99. Starfield B. et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics, United States. 2000;105(4):998-1003.
100. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. The Milbank quarterly, United States. 2005;83(4):691-729.
101. Guimarães RC, Sarsfield Cabral JA. Estatística. 2. ed. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal, 2007.
102. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do Sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. saúde colet. 2011;16(supl 1):1029-42.
103. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. J Pediatr. 2005;81(3):251-8.

104. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(35):797-810.
105. Fekete MC. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: OPS; 1997. p.5-7.
106. Abrahão-Curvo P. Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2010.
107. Gestão da atenção básica - como organizar um sistema de saúde liderado pela atenção básica/saúde da família. *Revista Brasileira Saúde da Família*. 2007;(14):9-17.
108. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(1):119-127.
109. Araujo JP, Viera CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27(5):440-6.
110. Hamada H. Mortalidade infantil interrompe trajetória de queda no Oeste Paulista. *G1 Prudente e Região* [internet]. 2015 dez. 16 [citado 2016 jul. 13]. Disponível: <http://g1.globo.com/sp/presidente-prudente-regiao/noticia/2015/12/mortalidade-infantil-interrompe-trajetoria-de-queda-no-oeste-paulista.html>.
111. Oliva ACD, Moura CMR, Lima CA, Costa FM, Rocha JFD. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. *Revista UNIABEU*. 2015;8(18):196-208.
112. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, Martins-Filho OA, Andrade RA. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate*. 2015;39(106):802-814.
113. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009;43(2): 358-364.
114. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):727-33.
115. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília; 2005.

116. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadoras. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos: relatório final Florianópolis. Rio de Janeiro; 2009.
117. Cunha CRH. Percepção as qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
118. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadoras. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos: relatório final Aracaju. Rio de Janeiro; 2009.
119. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM, coordenadoras. Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos: relatório final Vitória. Rio de Janeiro; 2009.
120. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília; 2015.
121. 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.
122. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(2):353-364.
123. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. 2011;20(4):867-874.
124. Souza MF, Fernandes AS, Araújo CL, Fernandes MC. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. saúde debate. 2000; 21(N. esp.):7-14.
125. 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; 2012.
126. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012: satisfação dos usuários da atenção básica. v. 1. Brasília; 2015.
127. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A. Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde. Novos Caminhos. 2016;(12).

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA

Universidade de São Paulo**Escola de Enfermagem**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000 – SP- SP

Tel.: (11) 3061-7533

Email: spgee@usp.br

Ilmo(a). Sr. (a) Secretário (a) Municipal de Saúde

Venho por meio deste documento solicitar a vossa autorização para desenvolver a pesquisa científica intitulada “**Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) de Presidente Prudente – SP**”. A pesquisa que pretendemos fazer tem como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na ESF implantada nos municípios da RRAS de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo por meio da aplicação do PCATool aos gestores de saúde, profissionais de saúde, cuidadores de crianças menores de dois anos e adultos maiores de 18 anos. O projeto está sendo realizado pela pesquisadora e aluna do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Esse estudo não implica nenhum risco para a saúde de seus participantes, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. As entrevistas serão feitas aos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF), em sua residência ou no próprio serviço de saúde. Encaminhamos, em anexo, o projeto para conhecimento de maiores detalhes.

Atenciosamente,

____/____/____.

Maria Fernanda Pereira Gomes

Pesquisadora e coordenadora da pesquisa

Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo

– EEUSP

mferpg@usp.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIOS

Comitê de Ética e Pesquisa da EEUSP

Universidade de São Paulo

Escola de Enfermagem

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP

05403-000 – SP- SP

Tel.: (11) 3061-7548

Email: edipesq@usp.br

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) de Presidente Prudente – SP, que se refere a uma pesquisa de doutorado da aluna Maria Fernanda Pereira Gomes, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

O objetivo desse estudo é avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada nos municípios da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 11 de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, por meio da aplicação do PCATool aos gestores de saúde, profissionais de saúde, cuidadores de crianças menores de dois anos e adultos maiores de 18 anos.

Sua forma de participação consiste em responder ao instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) PCATOOL modificado, que permite cinco opções de resposta conforme sua opinião sobre o serviço de saúde. O tempo estimado da sua participação nessa pesquisa é de 20 minutos.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nessa pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo, pois, caso se sinta constrangido (a) em algum momento da pesquisa, pode deixar de participar da mesma no mesmo instante, sem prejuízo algum.

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nessa pesquisa: os resultados da pesquisa produzirão dados que podem nas mãos dos gestores de saúde e profissionais da saúde, melhorar a qualidade da APS.

Rúbricas:

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma e sem prejuízo do atendimento a sua saúde.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Este termo é disponibilizado e assinado em duas vias, sendo que uma DELAS ficará com o participante e A OUTRA, com o pesquisador. Em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre essa pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal, Lislaine Aparecida Fracolli, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP. Tel: (11) 3061-7662. E-mail: lislaine@usp.br.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Lislaine Aparecida Fracolli e Maria Fernanda Pereira Gomes explicaram-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2015.

(Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante legal)

(Assinatura da testemunha para casos de sujeitos analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiências auditiva, visual ou motora).

Eu, _____

(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS

Comitê de Ética e Pesquisa da EEUSP

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP
05403-000 – SP- SP
Tel.: (11) 3061-7548
Email: edipesq@usp.br

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) de Presidente Prudente – SP, que se refere a uma pesquisa de doutorado da aluna Maria Fernanda Pereira Gomes, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

O objetivo desse estudo é avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada nos municípios da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 11 de Presidente Prudente, interior do Estado de São Paulo, por meio da aplicação do PCATool aos gestores de saúde, profissionais de saúde, cuidadores de crianças menores de dois anos e adultos maiores de 18 anos.

Sua forma de participação consiste em responder ao instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) PCATool modificado, que permite cinco opções de resposta conforme sua opinião sobre o serviço de saúde. O tempo estimado da sua participação nessa pesquisa é de 20 minutos.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como mínimo, pois, caso se sinta constrangido (a) em algum momento da pesquisa, pode deixar de participar da mesma no mesmo instante, sem prejuízo algum.

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nessa pesquisa: os resultados dessa pesquisa produzirão dados que podem, nas mãos dos gestores de saúde e profissionais da saúde, melhorar a qualidade da APS.

Rúbricas:

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma e sem prejuízo às suas atividades profissionais. Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Este termo é disponibilizado e assinado em duas vias, sendo que uma DELAS ficará com o participante e A OUTRA, com o pesquisador. Em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal, Lislaine Aparecida Fracolli, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo - SP. Tel: (11) 3061-7662. E-mail: lislaine@usp.br.

Eu _____ (nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Lislaine Aparecida Fracolli e Maria Fernanda Pereira Gomes explicaram-me os objetivos dessa pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2015.

(Assinatura do sujeito da pesquisa ou representante legal)

(Assinatura da testemunha para casos de sujeitos analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiências auditiva, visual ou motora).

Eu, _____

(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

ANEXOS

ANEXO I - PCATOOL - BRASIL VERSÃO CRIANÇA

1. Idade da Criança:

2. Nome do município que o entrevistado reside?

3. Você mora na área da ESF há quanto tempo?

4. Sexo da Criança? () Masculino () Feminino

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: _____

Endereço: _____

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)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

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)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

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

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

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

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

A5 - _____ (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”).

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. Por favor, indique a melhor opção

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

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – Quando o (a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (“consulta de rotina”) no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando você chega no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando você pensa que é necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Quando o “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D – LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “médico/enfermeiro” que melhor conhece sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3. Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D4 - O(a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D5 - O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D7 - O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D8 - O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D9 - O (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 - Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 - Você acha que o (a) “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D12 — O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D13 — O/a “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D14 — O “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 – O (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – O (a) “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Vacinas (imunizações).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G3 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G4 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G6 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G7 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G8 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H4 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 — O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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

ANEXO II - PCATOOL – BRASIL VERSÃO ADULTO

1. Qual sua idade? _____
2. Sexo? () Masculino () Feminino
3. Qual Município de residência? _____
4. Você mora na área de abrangência da ESF há quanto tempo? _____

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

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

- () Não
() Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

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

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

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

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

Esclar

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

A5 - _____ (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”).

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

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

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

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adocece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

C5 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C7 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C9 – Quando você chega no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” quando pensa que é necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C12 – Quando você tem que ir ao “ <i>nome do médico / enfermeira / local</i> ”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D – LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o <i>médico ou enfermeiro</i> que melhor conhece você?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D12 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D13 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D14 – Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”?

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 – O “ <i>nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – O “ <i>nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 - O seu “ <i>médico / enfermeiro</i> ” ou alguém que trabalha no / com “ <i>nome do serviço de saúde</i> ” ajudou-o /a marcar esta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

E7 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 - Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 - Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G4 – Vacinas (imunizações).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G6 – Tratamento dentário.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G15 – Remoção de verrugas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G18 – Cuidados pré-natais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G19 – Remoção de unha encravada.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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

Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H11 – Como prevenir quedas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J2 – O seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouviu opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?					
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

ANEXO III - PCATool - BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS

1. Qual seu cargo na ESF? () Médico () Enfermeiro () Gestor de Saúde

2. Qual a data de conclusão do curso superior ____/____/____

3. Você possui alguma especialidade: () Sim () Não

4. Qual especialidade? Qual ano de término?

Especialidade: _____ Ano: _____

Especialidade: _____ Ano: _____

5. Há Quantos anos trabalha nessa Equipe de Saúde da Família?

6. Participou de algum curso de capacitação para o trabalho? () Sim () Não

Qual? _____

7. Nome do município onde trabalha?

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

A6 - Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

B - LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 – Aconselhamento nutricional.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E2 – Imunizações.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – Avaliação da saúde bucal.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – Tratamento dentário.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E14 – Remoção de verrugas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E17 – Cuidados pré-natais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E18 – Remoção de unha encravada.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

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

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

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

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

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

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?”					
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F11 – Como prevenir quedas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.					
Entrevistador pergunte: “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?”					
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐