**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SIMONE ALBINO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO SUL DE MINAS GERAIS**

SÃO PAULO

2014

SIMONE ALBINO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO SUL DE MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

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

SÃO PAULO

2014

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

Silva, Simone Albino da

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na
estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas
Gerais / Simone Albino da Silva. São Paulo, 2014.
259 p.

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

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

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde.
3. Serviços de saúde – avaliação. 4. Saúde da família.
I. Título.

Nome: Simone Albino da Silva

Título: Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na
Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem
da EEUSP para obtenção do grau 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 meus pais Vera e Enir, aos meus irmãos Renato e Iris, ao meu esposo Fabio e minha pequena Sofia por serem os alicerces da minha vida, pela paciência e pelo incentivo em toda esta longa caminhada.

Também dedico este trabalho a todos nós, os usuários do Sistema Único de Saúde, para que possamos um dia chegar a ter a qualidade de atenção em saúde que merecemos.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus por me dar força e me permitir percorrer e finalizar mais esta caminhada.

À minha orientadora Lislaine Aparecida Fracolli pela acolhida, pelos ensinamentos, pela confiança no meu trabalho, pela liberdade intelectual que me permitiu aprender experimentando um grande crescimento pessoal e profissional.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas por todo apoio concedido.

À Superintendência Regional de Saúde de Alfenas por todas as informações e apoio prestados.

Às secretarias municipais de saúde e as Equipes de Saúde da Família de Alfenas, Alterosa, Areado, Campo do Meio, Campos Gerais, Carmo do Rio Claro, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Paraguaçu, Poço Fundo e Serrania pela permissão e apoio na coletas de dados.

Aos “pesquisadores de campo”, queridos alunos e colegas de profissão, que com a sua dedicação, sua alegria e seu bom humor tornaram a fase de coleta de dados mais leve e divertida.

A Camila e Tamara, alunas de iniciação científica, por toda a dedicação e amizade.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, o apoio financeiro concedido (processo número 473768/2011-9).

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.” Aldous Huxley

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.

RESUMO

Introdução: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi instituída nos anos 1990 para expandir os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), com os objetivos de reorientar o modelo de atenção e de implantar novas práticas de saúde, superando o padrão hospitalocêntrico. Na década seguinte, ampliaram-se a cobertura populacional e o escopo da ESF, incorporando-se os atributos da APS classificados em essenciais: acesso de primeiro contato; Longitudinalidade; integralidade; coordenação; e derivados: orientação familiar e orientação comunitária. A presença e o alcance destes atributos são referenciais avaliativos para a APS. **Objetivo:** avaliar se os atributos essenciais e derivados da APS estão incorporados às práticas das equipes da ESF, na perspectiva dos profissionais, usuários adultos e usuários responsáveis por crianças de zero a dois anos. **Método:** pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2012, na região de saúde de Alfenas – MG, utilizando-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool Brasil, nas versões dirigidas a população alvo deste estudo. Integraram a pesquisa ESFs de zona urbana, que funcionassem ininterruptamente há pelo menos cinco anos, implantadas em municípios com cobertura populacional pela ESF superior a 50%. Os critérios de inclusão dos usuários foi ser morador da área de abrangência e possuir cadastro há mais de um ano na ESF; e dos profissionais foi ser médico ou enfermeiro, com no mínimo um ano de trabalho na equipe da ESF. O número de usuários foi calculado por meio de amostragem por cotas, com erro de 0,1. Foram organizados três

bancos de dados no software Microsoft Excel e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 14.0, com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** participaram 591 usuários adultos, 586 adultos responsáveis por crianças de 0 a 2 anos e 34 profissionais de saúde, oriundos de 11 dos 17 municípios da região de saúde de Alfenas – MG. O valor de 6,6 foi proposto como limite de classificação entre alto e baixo escore. 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. **Conclusões:** a despeito da alta cobertura dos serviços da ESF na região de saúde de Alfenas – MG, as barreiras organizacionais identificadas impedem que a ESF seja uma porta de entrada abrangente para o SUS. O conhecimento dos profissionais sobre a APS não se traduz na mudança das práticas, gerando nos usuários a percepção da verticalização das ações de saúde, da utilização de ações preventivas tradicionais e da pouca abordagem da promoção da saúde. As práticas atuais da ESF nesta região não atingiram o (re)conhecimento do usuário como pessoa, como parte de uma família e como membro de uma comunidade, que tem um perfil epidemiológico específico e uma opinião a ser considerada na organização das ações e dos serviços para que as necessidades da localidade no qual a ESF está inserida sejam atendidas.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem em saúde pública; atenção primária à saúde; avaliação de serviços de saúde; programa saúde da família

Silva, SA. Evaluation of attributes of Primary Health Care in the Family Health Strategy in municipalities in southern Minas Gerais [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2014.

ABSTRACT

Introduction: Family Health Strategy (FHS) was established in 1990 to expand the services of Primary Health Care (PHC) in the public health system of Brazil, with the objectives to refocus the attention model and deploy new health practices, overcoming hospital- standard. In the following decade, have widened population coverage and scope of ESF , incorporating the attributes of PHC classified as essential: first contact access; longitudinality; completeness; coordination; and derivatives: family counseling and community orientation. The presence and extent of these attributes are evaluative frameworks for PHC. **Objective:** To evaluate whether the essential attributes and derived from the APS are incorporated into the practices of the FHS teams, from the perspective of professionals , users and users adults responsible for children up to two years. **Method:** evaluative research, quantitative, cross-sectional design. Data collection was conducted during June and July 2012, the health region of Alfenas - MG, using the instrument Primary Care Assessment Tool - PCATool Brazil, using the target versions to the population of this study Joined the FHS research urban area, which worked continuously for at least five years, set up in municipalities with higher population coverage by FHS 50 %. The inclusion criteria of the users was to be resident in the area covered and have joined more than a year at FHS ; and professionals was to be a doctor or nurse , with at least one year of work in the FHS team. The number of users was calculated by means of sampling by quotes, with an error of 0.1. Three databases were organized in Microsoft Excel software and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences - SPSS, version 14.0, with a confidence interval of 95 %.

Results: 591 adults users, 586 adults responsible for children 0-2 years and 34 health professionals, coming from 11 of the 17 municipalities of the region health Alfenas - MG. The value of 6.6 was proposed as sorting limit between high and low score. The professionals gave higher scores in the evaluation of the FHS for most attributes. There was consensus among the three groups in the evaluation of low scores for Access attribute of First Contact - accessibility, and high scores in Longitudinality attribute. User groups agreed on low scores for attributes of Family Guidance, Community Orientation, Completeness - Servicing, Completeness - Available Services , score and score Essential General. **Conclusions:** Despite the high coverage of FHS services in the area of health Alfenas - MG, identified organizational barriers prevent the FHS is a port of entry to comprehensive SUS. The professionals' knowledge about the APS does not translate into changing practices , generating the users perception of vertical integration of health , the use of traditional preventive actions and poor approach to health promotion. The current FHS practices in this region have not reached the (re) cognition of the user as a person, as part of a family and as a member of a community that has a specific epidemiological profile and opinion to be considered in the organization of activities and services to the needs of the locality in which the ESF is inserted are met.

KEY WORDS: public health nursing; primary health care, health services evaluation, family health program

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.....	42
Figura 2- Microrregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.....	43
Figura 3 - Modelo teórico-lógico de avaliação da Estratégia de Saúde da Família em municípios da microrregião de saúde de Alfenas - MG.	59
Figura 4 - Algoritmo de definição da amostra dos profissionais de saúde das equipes da Estratégia de Saúde da Família da microrregião de saúde de Alfenas MG, 2012	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População dos municípios da microrregião de saúde de Alfenas – MG, de acordo com o censo demográfico de 2010.....	61
Tabela 2 - Municípios da microrregião de saúde de Alfenas com cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família superior à 50% em fevereiro de 2012.	63
Tabela 3 - População atendida pela Estratégia de Saúde da Família segundo município, idade e gênero, na microrregião de saúde de Alfenas - MG, 2012.	63
Tabela 4 - Amostra estimada de adultos maiores de 18 anos classificado por gênero e município, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	64
Tabela 5 - Amostra estimada de crianças e adolescentes classificado por gênero e município, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	65
Tabela 6 - Equipes da Estratégia de Saúde da Família que cumpriram os critérios de inclusão nos municípios da microrregião de Alfenas – MG, 2012.	66
Tabela 7 - Características demográficas da microrregião de saúde de Alfenas – MG, de acordo com o censo de 2010.	78
Tabela 8 - Características sociais e econômicas da população da microrregião de saúde de Alfenas – MG, de acordo com o censo demográfico de 2010 e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013:	80
Tabela 9 - Cobertura de serviços de infraestrutura urbana da microrregião de saúde de Alfenas – MG, de acordo com o censo demográfico de 2010.....	82
Tabela 10 - Taxa de mortalidade infantil de 2009 a 2011 distribuída por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.	84

Tabela 11 - Óbitos maternos de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.	85
Tabela 12 - Taxa de cobertura vacinal por tetravalente de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.	86
Tabela 13 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.	87
Tabela 14 - Razão de exame citopatológico de colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos e mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.	88
Tabela 15 - Distribuição dos serviços de atenção primária à saúde e percentual de cobertura pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de saúde de Alfenas – MG, maio de 2013.	89
Tabela 16 - Distribuição de consultório/sala e leito/equipos nas unidades urgências e emergências da microrregião de Alfenas - MG, maio de 2013.	92
Tabela 17 - Distribuição dos serviços de apoio diagnóstico na microrregião de Alfenas MG, maio de 2013.	93
Tabela 18 - Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo, na microrregião de Alfenas – MG, 2012.	96
Tabela 19 - Qualificação no nível de pós graduação <i>latu sensu</i> dos profissionais de saúde na microrregião de Alfenas – MG, 2012.	97
Tabela 20 - Valores médios e desvios padrão dos atributos da Atenção Primária à Saúde conferidos pelos profissionais de saúde da microrregião de Alfenas – MG, 2012.	99
Tabela 21 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com a qualificação no nível <i>latu sensu</i> pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	101

Tabela 22 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,501, N = 34).....	103
Tabela 23 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,764, N = 34).....	106
Tabela 24 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,546, N = 34).	108
Tabela 25 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,073, N=34).....	110
Tabela 26 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,721, N=33).....	112
Tabela 27 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,811, N=34).....	116
Tabela 28 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach= 0,548, N= 34).....	118
Tabela 29 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária,	

microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,453, N= 34).	119
Tabela 30 - Caracterização dos usuários adultos participantes de acordo com o tipo de serviço identificado no Grau de Afiliação, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	122
Tabela 31 - Distribuição dos usuários adultos participantes do estudo por cidade e por tipo de serviço, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	123
Tabela 32 - Comparativo entre escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde conferidos pelos usuários adultos de acordo com o tipo de serviço, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	126
Tabela 33 - Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, escore essencial e escore geral, conferidos pelos usuários adultos na avaliação da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	128
Tabela 34 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Estratégia de Saúde da Família pelos usuários adultos, de acordo com o estado civil, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	132
Tabela 35 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,529, N= 527).	134
Tabela 36 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,683, N = 524).	135
Tabela 37 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,834, N = 527).	138

- Tabela 38 - Distribuição da frequência e percentual das respostas dos usuários adultos para a pergunta: “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’?” Alfenas – MG, 2012)..... 140
- Tabela 39 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,782, N= 259). 142
- Tabela 40 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informação, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,191, N=510). 144
- Tabela 41 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,807, N=460)..... 145
- Tabela 42 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,882, H1 a H11 N= 508; H12 e H13 N = 438). 148
- Tabela 43 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, na Microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach 0,589, N = 511).. 151
- Tabela 44 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,807, N=515). 152
- Tabela 45 - Caracterização dos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos de idade e sua distribuição de acordo com o tipo de serviço identificado

no item grau de afiliação, na microrregião de Alfenas – MG, 2012.	155
Tabela 46 - Distribuição dos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos de idade por cidade e por tipo de unidade da microrregião de Alfenas – MG, 2012.	157
Tabela 47 - Escores obtidos na avaliação dos atributos da APS pelos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos de idade, classificados e comparados de acordo com o tipo de serviço, na Microrregião de Alfenas – MG, 2012.	160
Tabela 48 - Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e escore geral, conferidos pelos responsáveis menores de dois anos, na avaliação da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	163
Tabela 49 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com a cor referida pelos adultos responsáveis por menores de dois anos, microrregião de Alfenas – MG, 2012.	167
Tabela 50 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com o estado civil dos participantes adultos responsáveis por menores de dois anos, na microrregião de Alfenas – MG, 2012.	169
Tabela 51 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,720, N =329).	170
Tabela 52 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, microrregião de Alfenas – MG(Alfa de Cronbach = 0,696, N=329).	171

Tabela 53 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,836, N= 329).	174
Tabela 54 - Frequência e percentual de resposta dos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família para a pergunta: 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”? na microrregião de Alfenas – MG, 2012.	176
Tabela 55 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,818, N=47).	177
Tabela 56 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informação, na microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach= 0,137, N =317).	178
Tabela 57 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, na microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,650, N = 288).	179
Tabela 58 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, microrregião de Alfenas – Minas Gerais (Alfa de Cronbach 0,879 N = 322).	181
Tabela 59 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na	

Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,600, N=324). 183

Tabela 60 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, na microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,588, N= 295)..... 184

Tabela 61 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com o tipo de participantes, na microrregião de Alfenas – MG, 2012. 188

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
AB	Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
ELB	Estudos de Linha de Base
PROESF	Projeto de Expansão Consolidação da Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Ciência, Educação e Cultura
PD-APS	Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
SRS	Superintendência Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
ESB	Equipes de Saúde Bucal
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola

PMAQ - AB	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais
ESP/MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ICV	Índice de Condições de Vida
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
PPI/AS	Programação Pactuada Integrada da Assistência a Saúde
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência e Emergência
CISLAGOS	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos
PNI	Programa Nacional de Imunização
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	26
1 INTRODUÇÃO.....	31
1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA BREVE RECUPERAÇÃO HISTÓRICA	31
1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	37
2.3 A APS E A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS	41
2 OBJETIVOS.....	46
2.1 OBJETIVO GERAL	46
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	48
3.1 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	48
3.2 AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA.....	51
4 METODOLOGIA	58
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	58
4.2 MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO.....	59
4.3 CENÁRIO DE PESQUISA.....	61
4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	62
4.5 PLANEJAMENTO AMOSTRAL PARA COLETA DE DADOS DE ADULTOS E CRIANÇAS.....	62
5.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DAS EQUIPES DE SELEÇÃO DA ESF QUE INTEGRAM O ESTUDO	66

5.6 PLANEJAMENTO AMOSTRAL PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	67
5.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	68
5.7.1 Procedimento para coleta de dados secundários	68
5.7.2 Procedimentos para coleta de dados primários.....	68
5.8 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	71
5.9 ANÁLISE DE DADOS.....	74
5.10 BENEFÍCIOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	75
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIAO DE SAÚDE DE ALFENAS - MG	77
6.2 AVALIAÇÃO DA APS POR MEIO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONARIO PCATool AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	95
6.3 AVALIAÇÃO DA APS POR MEIO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PCATool AOS PARTICIPANTES ADULTOS	122
6.4 AVALIAÇÃO DA APS POR MEIO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PCATool AOS PARTICIPANTES ADULTOS RESPONSÁVEIS POR CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS.....	155
6.5 COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO EMITIDA PELOS GRUPOS DE PARTICIPANTES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE A REGIÃO DE SAÚDE DE ALFENAS – MG.....	187
7 CONCLUSÕES.....	193
REFERÊNCIAS	201
APÊNDICES	220
ANEXOS	224

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O sistema de saúde de cada país é produto de um enorme elenco de fatores. Inclui padrões de desenvolvimento histórico de cada sociedade, poder de diferentes grupos de interesse, estruturação de instituições do setor, para citar alguns. É possível identificar elementos comuns aos sistemas, assim como as relações entre determinados aspectos e resultados específicos. Para tanto, é importante estabelecer recortes e determinar as perspectivas por meio das quais se realiza a investigação dos sistemas sanitários⁽¹⁾.

O recorte do sistema de saúde a que este projeto se propôs foi investigar o primeiro nível da assistência à saúde, o cuidado primário. Adotou-se o termo Atenção Primária a Saúde – APS por ser uma nomenclatura internacionalmente reconhecida. No Brasil, a APS, que é de execução dos municípios, organiza-se de diversas formas. Portanto, estreitando o olhar sobre o objeto de investigação dentro da APS, temos como *locus* de estudo, a Estratégia de Saúde da Família – ESF.

A ESF foi o formato adotado pelo governo brasileiro a partir dos anos 1990 para expandir a rede de serviços de APS, com os objetivos de reorientar o sistema de saúde, de implantar novas práticas de saúde feitas por equipes multiprofissionais e de superar o modelo hospitalocêntrico, centrado na figura do médico e de caráter seletivo dos pacotes mínimos de serviços da Atenção Básica – AB.

A mudança do modelo de atenção à saúde, baseada em uma atenção primária equitativa, acessível, resolutiva, centrada na família, orientada para os problemas de cada comunidade e integrada aos demais níveis de atenção a saúde foi apoiada nos resultados das discussões da Conferência Mundial de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, os da Reforma Sanitária Brasileira consolidados na VIII Conferência Nacional de Saúde e,

posteriormente, no movimento de Renovação da APS nas Américas, alavancado pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e em pesquisadores de destaque nesse tema como Barbara Starfield⁽²⁾.

Inicialmente, a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS foram implantados em pequenos municípios, em regiões de difícil acesso e em periferias de municípios de médio e de grande porte. Na segunda metade da década de 1990, com a expansão da legislação que operacionalizou o Sistema Único de Saúde – SUS estabeleceu-se o respaldo legal e financeiro para a ampliação da cobertura da ESF a todos os municípios do país que concordassem em aderir à estratégia, o que ocorreu em maior escala já nos anos 2000.

Depois de transcorridas duas décadas da concepção e da implantação da ESF em todo o Brasil, estudos de avaliação de desempenho ou de impacto nos indicadores de saúde dessa estratégia ainda são escassos. Grande parte da publicação brasileira sobre avaliação na APS foi fomentada por projetos do governo federal que buscavam subsídios científicos que ratificassem a continuidade e a expansão da ESF, principalmente nos grandes municípios brasileiros⁽³⁾.

Segundo Almeida e Macinko(2006)⁽⁴⁾ a maior parte das avaliações realizadas no país enfoca os processos de implantação da ESF e avalia o impacto da mesma sobre a saúde e o bem-estar da população por meio de indicadores fortemente determinados por fatores como renda, saneamento, educação, entre outros. Para os autores, ainda são escassos os estudos que propõem uma avaliação do desempenho do sistema de APS de forma global.

A partir desse contexto de escassez de estudos de avaliação sobre o desempenho da APS, justifica-se a realização de novos estudos de avaliação sobre a ESF, em diferentes regiões do país e em municípios de portes variados, com o uso de diversas propostas avaliativas e metodológicas. Este estudo se propõe a realizar um

estudo de avaliação da ESF na microrregião de saúde de Alfenas, localizada no Sul do Estado de Minas Gerais, Brasil. Essa microrregião foi selecionada por ter um histórico de programas e de investimentos de qualificação da APS.

Na segunda metade da década de 1990, a Universidade Federal de Alfenas firmou parceria com o governo estadual no “Curso Introdutório do Programa de Saúde da Família” para capacitar os profissionais que iriam compor as primeiras equipes do então Programa de Saúde da Família (PSF).

Já no início dos anos 2000, em atendimento ao governo federal, tanto a Universidade Federal de Alfenas quanto a Universidade de Alfenas se qualificaram como Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS. Esse novo passo permitiu continuar ministrando capacitações como o Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde e sediar também o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Enfermagem – PROFAE.

Em 2006, a Universidade Federal de Alfenas foi contemplada para sediar um curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, financiado pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Ciência, Educação e Cultura) para os profissionais que já atuavam na ESF na jurisdição da Gerência Regional de Saúde de Alfenas. Entre 2008 e 2010, a mesma universidade conduziu na macrorregião Sul de Minas o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde – PDAPS, projeto elaborado e financiado pelo Governo do Estado de Minas Gerais, que visava qualificar a APS e diminuir os índices de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial.

Sendo ex-aluna do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (1996-1999), e docente da mesma desde 2006, estive inserida em alguns desses processos. Enquanto aluna, fui expectadora dos debates e das capacitações na implantação das primeiras equipes da ESF, então denominada de PSF, em Alfenas e na região; já como integrante do quadro de docentes, participei ativamente do Curso de Especialização em

Saúde da Família ministrando alguns módulos e orientando monografias. No PD-APS, exerci a função de coordenadora regional, desenvolvendo o projeto conjuntamente com as Superintendências Regionais de Saúde (SRSs) de Alfenas, de Pouso Alegre e de Varginha. O PD-APS abrangeu 129 municípios da macrorregião Sul de Minas Gerais, cuja população total é de 2.226.427⁽⁵⁾, tendo sido capacitados cerca de 5000 profissionais de nível médio e superior. A despeito de incentivos governamentais de toda ordem, da estratégia utilizada, da duração e extensão do projeto, a implantação do PDAPS ocorreu gradativamente e os municípios apresentam diferentes estágios de seu desenvolvimento. As diversas configurações na implantação da APS, ainda que sob o signo da ESF, interferem nos resultados alcançados, de maneira que nem sempre contribuem para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Considerando que: 1) a ESF é a proposta governamental para a reorganização dos cuidados primários em saúde no Brasil; e que, em função disso 2) tem havido uma expansão do número de equipes e de população coberta por essa estratégia e que 3) a ESF, se bem implementada, tem potencial para melhorar os perfis de morbimortalidade da população, pergunta-se: a ESF está sendo implementada de forma a resolver os problemas de maior incidência na APS? Os atributos que balizam o funcionamento de uma boa APS estão incorporados nas práticas das equipes de ESF?

Esses questionamentos, ocorridos durante meu processo de preparação para o doutorado, suscitou a necessidade de se implementar uma pesquisa sobre o desempenho da ESF. Após todo esse investimento das três esferas de governo na microrregião de Alfenas, ainda não foram realizadas pesquisas científicas avaliativas sobre essa temática, por isso esta pesquisa que tem a seguinte questão norteadora:

- Qual o grau de orientação das equipes da ESF em funcionamento nos municípios da microrregião de saúde Alfenas, Minas Gerais, aos atributos que balizam a realização de uma boa APS?

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA BREVE RECUPERAÇÃO HISTÓRICA

Mendes (2009)⁽⁶⁾, em uma revisão de publicações sobre APS, explica que essa expressão foi introduzida em 1961 e, ao longo do tempo, recebeu várias definições, tais como: atenção a pessoas pobres de regiões pobres por meio de tecnologias de baixa densidade; atenção voltada à promoção da saúde e à prevenção de doenças; oferta de uma cesta básica de serviços de saúde; serviços de atenção à saúde providos por certos clínicos, generalistas ou médicos de família; cuidado provido por meio de um portfólio de serviços, destinado ao manejo das doenças mais comuns; primeiro nível de atenção que funciona como porta de entrada do sistema; um conjunto de atributos – acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e transparência –; e estratégia para organizar o sistema de saúde como um todo e que orienta a atenção primária à saúde para a comunidade, que orienta os recursos para as necessidades de saúde de uma população e que coloca menos ênfase nas tecnologias mais densas voltadas aos cuidados agudos, em especial em hospitais.

A concepção e a organização do atendimento à saúde com base na APS é um movimento mundial que surgiu no século XIX. Em meados do citado século, na Alemanha, o chanceler Otto Von Bismark propôs ao governo a criação de um pacote de medidas que instituía o seguro social público compulsório aos trabalhadores das indústrias e à seus familiares, como resposta aos crescentes protestos por melhores condições de vida e trabalho. Esse sistema ficou conhecido como “bismarkiano”. Era financiado por empregadores e por empregados da indústria e dava direito a seguro desemprego, a aposentadoria, a remuneração em período de

doença, a assistência ao parto do cônjuge, a compensação por morte e a um pacote mínimo de serviços de atenção médica, ao passo que ficava a cargo de cada fundo eleger os serviços hospitalares a serem cobertos. A extensão da cobertura desse seguro aos demais grupos ocupacionais foi progressiva⁽¹⁾.

No Reino Unido, em 1920, Lord Dawson of Penn apresentou uma proposta para organizar os cuidados em saúde que se tornou um marco histórico dessa área. A proposta apresentava algumas características semelhantes ao ideário atual da APS, tais como a criação de distritos sanitários com os Centros de Saúde, a condução dos casos por médicos generalistas, o apoio da enfermagem e dos médicos especialistas. Essa estrutura serviria para favorecer o primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde, e organizar a assistência à saúde de forma regionalizada e hierarquizada, proporcionando o desenvolvimento de ações preventivas e curativas. No entanto, a implantação dessa proposta como estratégia de organização da atenção à saúde no Reino Unido só foi efetivada com a criação do *National Health System* em 1948⁽⁷⁾.

Também ocorreram propostas com base nos princípios da APS, nos anos 1950, em países do bloco comunista como a China. Nesse país, pode-se citar o modelo conhecido como “médicos dos pés descalços”⁽⁸⁾.

No Canadá, a província de Québec realizou uma reforma de caráter inovador na área de saúde. Já na década de 1970, esta província aderiu aos princípios de cobertura universal. Foram criados os *Centres Locaux des Services Communautaires*. Esses centros faziam parte de uma rede de estabelecimentos hierarquizados por regiões cujo Conselho de Administração era na maioria constituído por usuários e o atendimento deveria privilegiar a integralidade da atenção (“*la globalité des soins*”) e a dimensão familiar e comunitária dos cuidados⁽⁹⁾.

Nos Estados Unidos, na década de 1960, um dos projetos de reforma em saúde de maior repercussão foi o modelo de atenção da

medicina familiar. Esse modelo foi elaborado pela Comissão Millis (Comissão de Cidadãos) e apoiado pela Associação Americana de Médicos de Família e Associação Médica Americana⁽¹⁰⁾. O modelo de atenção proposto compunha uma das ideologias elaboradas no período pós Segunda Guerra Mundial. Visava responder aos impasses e questionamentos sobre o modelo médico hegemônico superespecializado e de alto custo e fornecer subsídios para a reformulação do processo de ensino médico⁽¹¹⁾.

Na década de 1970, a Organização Mundial de Saúde – OMS, iniciou um processo de discussão sobre as diretrizes e a implementação da APS nos diversos países. Tal estratégia culminou na realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, antiga União Soviética em 1978⁽⁷⁾. Esse evento tornou-se um marco histórico sobre os rumos da saúde mundial. Definiu-se que o desenvolvimento econômico e social fundamentado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. A estratégia eleita para atingir essa meta foi a APS, que deveria ser o núcleo do sistema nacional de saúde e fazer parte do conjunto do desenvolvimento econômico e social da comunidade e que inspirasse o sentido de justiça⁽¹²⁾.

Segundo a OMS (1978)⁽¹²⁾, os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e das famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem parte integrante tanto do sistema de

saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Esses princípios e características foram alvo de discussão e de controvérsia, por serem considerados de difícil alcance, mas influenciam na reorganização dos sistemas de saúde do mundo todo há mais de duas décadas.

Em 2005, a OMS declarou seu posicionamento de renovação da APS e do legado de Alma Ata para os 25 anos seguintes:

Um sistema de saúde com base na APS tem uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade (Organização Mundial da Saúde, 2005, p.4)⁽¹³⁾.

O documento estabelece um mecanismo de renovação da APS, com diretrizes mais operacionais, baseada na transformação dos sistemas de saúde tendo a APS como seu princípio.

A concepção do presente estudo é o da avaliação no desfecho prático da assistência ao usuário no primeiro nível de atenção, abarcando as dimensões da conquista do direito à saúde integral, da APS como ponto central da organização de uma política e de um sistema de saúde, e da APS como uma tecnologia Assistencial. A avaliação aqui proposta está fundamentada principalmente na dimensão tecnológica, proposta por Starfield

(2002)⁽²⁾, que elencou as qualidades próprias da APS, os chamados atributos essenciais e derivados.

São atributos essenciais da APS, segundo Starfield (2002)⁽²⁾:

- 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, de prevenção, de cura e de 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, 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 deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços.

Outras três características, chamadas atributos derivados, também qualificam as ações dos serviços de APS⁽²⁾:

- 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 por meio 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.

A partir dessas definições, estabeleceu-se uma forma de avaliação da APS, verificando a presença e o alcance dos mesmos.

Para constituir como porta de entrada do sistema de saúde, o serviço de APS deve ser acessível à população, constituir-se em serviço de procura regular e servir de filtro e ponto de entrada para cada nova necessidade de atenção à saúde⁽²⁾.

A construção de programas de APS ocorreu em contextos diferentes e sob ideologias diversas para cada país ou região: seja na questão da garantia de direitos do cidadão, do bem-estar social ou do emprego da tecnologia. No Brasil, essas diferentes experiências, bem como as concepções da OMS serviram de referência para a construção do arcabouço teórico, prático e político na implantação do SUS e da APS.

1.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, os princípios da APS discutidos mundialmente vieram ao encontro do que era defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, sistematizado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986⁽¹⁴⁾ e aprovado na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988⁽¹⁵⁾.

A evolução dos processos de implantação, de operacionalização e de consolidação do SUS se iniciou com a edição das Normas Operacionais Básicas – NOB 01/91⁽¹⁶⁾ 01/93⁽¹⁷⁾, e 01/96⁽¹⁸⁾. De acordo com Giovanella, Escorel, Mendonça (2009), tudo estava por fazer e, durante os anos 1990, de modo a distanciar-se da concepção seletiva de atenção primária, difundida sob a forma de uma cesta mínima de serviços para populações de baixa renda, o Ministério da Saúde passou a empregar o termo Atenção Básica – AB, para caracterizar a atenção de primeiro nível do sistema de saúde, voltada para a promoção, para a prevenção de agravos, para o tratamento e para a reabilitação da saúde.

A expressão Atenção Básica em Saúde passou a ser utilizada para caracterizar a atenção de primeiro nível, com os objetivos já citados anteriormente. Foi oficializada pelo governo brasileiro que passou a organizar assim seus documentos oficiais em contraste com a tendência internacional do uso do termo Atenção Primária à Saúde (APS)⁽¹⁹⁾.

A AB é entendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e de continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social ⁽²⁰⁾.

Devido a suas características, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde podem ser utilizados como sinônimos, sem que isso se torne um problema conceitual. No presente estudo, utilizaremos o termo “Atenção Primária à Saúde” para a referência ao conjunto Assistencial formado por unidades básicas de saúde tradicionais e unidades da ESF.

Com a finalidade de estruturar a AB no Brasil, no ano de 1994, foi lançado pelo Ministério da Saúde o PSF. Segundo Ermel e Fracoli (2006)⁽²¹⁾, o PSF tinha como objetivo reorientar a prática Assistencial em direção a uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

A partir de março de 1998, com a regulamentação da NOB/96⁽¹⁸⁾, teve início o período de maior avanço na descentralização e da municipalização previstas na lei orgânica 8.080/90⁽²²⁾. Com o processo de habilitação de estados e municípios instituído por essa normativa, 99% dos municípios brasileiros foram classificados em alguma modalidade administrativa (Gestão Plena da Assistência ou Gestão Plena da Atenção Básica) sendo que, destes, 90% estavam habilitados na segunda modalidade⁽²³⁾.

Com a NOB/96⁽¹⁸⁾, foi instituído o suporte jurídico, administrativo e financeiro para a reorganização das responsabilidades sanitárias entre os entes federativos. Além de passar efetivamente a responsabilidade pela gestão e pela execução da AB aos municípios, elegeu o PSF como estratégia de escolha para esse nível de assistência⁽²⁴⁾.

Esse processo de municipalização coordenado pelo Ministério da Saúde distanciou os estados da operacionalização da APS. Atualmente, as três esferas de gestão do SUS, Ministério da Saúde, estados e municípios, vêm discutindo a participação de cada ente na execução da APS.

Para Andrade, Bueno e Bezerra (2006)⁽¹⁰⁾, a decisão governamental de se implementar a ESF foi além de pensá-la como

um programa setorial em saúde. A ESF não foi implantada somente para reorganizar a atenção primária no SUS, mas para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve redirecionamento dos princípios das ações em saúde. Em outras palavras, houve uma mudança de paradigma de atenção à saúde e de consolidação dos princípios do SUS.

O avanço na legislação, aliado ao estímulo financeiro para a implantação do Programa de Saúde da Família promoveu uma melhora considerável no acesso da população as ações de AB⁽²³⁾.

A organização e o desenvolvimento da APS não ocorreram isoladamente dos mesmos processos nos demais níveis de assistência à saúde do SUS. Na esteira da evolução normativa e operacional do SUS, a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS 01/2001⁽²⁵⁾ foi o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde – MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Seu objetivo foi promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção⁽²⁶⁾.

Apesar de todo esse histórico, somente em 2006, com a criação do Pacto pela Saúde⁽²⁷⁾, a atual macropolítica do SUS, houve oficialmente a edição da primeira da Política Nacional da Atenção Básica – PNAB⁽²⁰⁾. Nela se reuniu o que já havia sido publicado em várias portarias, incorporaram-se os atributos da APS⁽²⁾, ampliou-se o escopo da AB com a descentralização de alguns programas para este nível assistência, e reiteraram-se a consolidação e a qualificação da ESF para organizar a AB e para coloca-la como centro coordenador das redes de atenção à saúde.

A segunda edição da PNAB⁽²⁸⁾, em 2011, foi elaborada de forma mais aberta, com o debate da sociedade e dos profissionais, viabilizado por consulta pública ao documento antes da sua edição definitiva. De forma geral, a nova PNAB manteve a essência do

documento anterior, incorporou e consolidou as portarias relacionadas a esse nível Assistencial como a dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF; as ESF ribeirinhas e unidades de saúde fluviais; e a presença das Equipes de Saúde Bucal – ESB nas Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – EACS. Também incluiu portarias que foram editadas como resposta às dificuldades no desenvolvimento da APS como a flexibilização da carga horária dos médicos. Por fim, a PNAB de 2011 regulamentou os consultórios de rua; o Programa de Saúde na Escola – PSE, e instituiu garantia de financiamento para a avaliação da qualidade a ser feito por meio do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade – PMAQ.

Fontenelle (2012)⁽²⁹⁾ elenca as forças e fraquezas da nova legislação. Para esse autor, a portaria mantém fortalecida a ESF como forma de se desenvolver a APS e com a reafirmação de que a APS se articula com os outros serviços de saúde na forma de redes de atenção à saúde. Contudo ainda há desafios, como fazer valer o limite máximo de pessoas cobertas por equipe da ESF, a valorização dos especialistas em APS, a despreciação dos vínculos de trabalho e a instituição de um plano de carreira adequado aos trabalhadores desse nível Assistencial.

Nos 20 anos de implantação e de consolidação da ESF no Brasil, muito se avançou no sentido de cobertura e de oferta de serviços. Em 1997, eram 1.600 equipes da ESF. Em abril de 2014, haviam 34.494 equipes implantadas, presentes em 95% dos municípios brasileiros, com uma cobertura de 64,66% da população⁽³⁰⁾. Todavia a expansão numérica não garante a melhora da qualidade do atendimento. Segundo Harzheim et al (2006)⁽³¹⁾, é possível caracterizar a ESF como uma estratégia de implantação de equipes de APS, mas a definição do marco legal de uma política pública em saúde não garante necessariamente sua real aplicação.

2.3 A APS E A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS

Atualmente, o Estado de Minas Gerais possui a cobertura de 72,05% da população, com 4.552 equipes em 846 dos 853 municípios mineiros⁽³²⁾.

Nesse Estado, a reestruturação da APS se iniciou em 1994 com o incentivo do governo federal para a implantação da Estratégia de Saúde da Família nas regiões Norte e Jequitinhonha. Foi uma implantação gradual, numa perspectiva de colaborar na equidade de acesso aos serviços de saúde.

Contemporaneamente, vivia-se o incentivo da municipalização da gestão da saúde, em especial da APS, por meio das NOBs, resultando no enfraquecimento da gestão pelos estados. A partir dos anos 2000, houve um reposicionamento gerencial por parte do Estado de Minas Gerais, impulsionado pelas diretrizes de regionalização das NOASs e do Pacto pela Saúde.

Essa reorganização da assistência à saúde não ficou restrita à APS. O atendimento à NOAS 01/2001⁽²⁵⁾, aliado à preocupação com a gestão, com a distribuição espacial da população, com as necessidades de saúde, com os recursos financeiros, e, sobretudo, com os recursos hospitalares que garantem o acesso do usuário à atenção secundária e terciária, resultou na elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR/MG.

Esse instrumento de gestão foi elaborado em 2003 num esforço conjunto dos municípios e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. De lá para cá, passou por revisões e, atualmente, está na sua terceira versão⁽³³⁾. O Estado e seus municípios ficaram organizados em 13 macrorregiões e em 75 microrregiões de saúde. Essa divisão teve como objetivo melhorar a acessibilidade da população aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, norteando os investimentos para a implantação de serviços e qualificação daqueles já existentes⁽³³⁾.

O PDR/MG(33) estabeleceu as bases territoriais e as responsabilidades sanitárias correspondentes (Figuras 1 e 2):

- ✓ Macrorregião: base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde para cerca de 1.000.000 de habitantes. Engloba as microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e de acesso a serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica.
- ✓ Microrregião de saúde: base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de alta complexidade, como terapia renal substitutiva. Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 150.000 habitantes que estão adstritos a um município de maior porte (município polo);
- ✓ Município: base territorial de planejamento da APS, prioritariamente no modelo da ESF.

Figura 1- Macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.

Figura 2- Microrregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.

Fonte: PDR/MG 2010⁽³³⁾.

A organização da regionalização da assistência à saúde é essencial para o funcionamento da APS, devendo cumprir três papéis essenciais: o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, que é de coordenar fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o papel de responsabilização pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estes estejam⁽⁶⁾.

A partir de 2005, a ESF recebeu o reforço de uma política estadual própria, o Programa Saúde em Casa⁽³⁴⁾, que teve como objetivo a universalidade do acesso e a garantia da continuidade da expansão das equipes da ESF no Estado, por meio do subsídio financeiro para o custeio das ações, e recursos de capital para implantação de novas unidades, para renovação e para ampliação da infraestrutura de unidades básicas de saúde, com ou sem ESF, já existentes⁽³⁵⁾.

Na esteira dessa política, como forma de impulsionar a qualidade dos serviços e das ações da APS, vieram as iniciativas de qualificação profissional com destaque para a rede estratégica multimídia a distância “Canal Minas Saúde” que tem como objetivo de fortalecer o SUS por meio da qualificação dos profissionais e dos

gestores e também na informação dos usuários; o Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde (PDAPS) desenvolvido em parceria com as universidades federais do estado, no período de 2006 a 2011, que visava qualificar as equipes de APS (ESF e UBS tradicional) e diminuir os índices de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial; a reestruturação e o fortalecimento da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP/MG, na qual são desenvolvidos qualificações em diversos níveis; e o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família, desenvolvido desde 2006.

A reorganização da atenção à saúde, com base na APS, foi realizada no Estado de Minas Gerais por meio da implantação da ESF, do aumento progressivo de cobertura da população por esse serviço, de melhorias na estrutura física dos serviços e da qualificação dos profissionais e dos gestores desse nível Assistencial. Espera-se que esse avanço se traduza em qualidade no processo de trabalho de atenção à saúde dos usuários da ESF, objeto de pesquisa deste estudo, e em melhores resultados dos indicadores de saúde.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família implantada em municípios da microrregião de saúde de Alfenas - MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar social e demograficamente a microrregião de saúde de Alfenas - MG;
- Avaliar, na perspectiva do profissional, os atributos de acesso de primeiro contato, de integralidade, da coordenação da atenção, de Longitudinalidade, de orientação familiar e de orientação comunitária na ESF;
- Avaliar a ESF por meio da identificação da presença e da extensão dos atributos de acesso de primeiro contato, de integralidade, da coordenação da atenção, de Longitudinalidade, de orientação familiar e de orientação comunitária, na perspectiva do usuário adulto e do cuidador de crianças menores de dois anos de idade;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

As crescentes tensões em torno do uso de evidências em políticas públicas, aliadas às limitações dos ensaios epidemiológicos e de conceitos administrativos na avaliação de intervenções e políticas sociais, vêm estimulando a construção de marcos teóricos avaliativos específicos ^(36–38).

De acordo com Minayo, Assis e Souza (2010)⁽³⁹⁾, o hábito de avaliar programas e projetos sociais com métodos e técnicas científicas é recente. Multiplicaram-se após a Segunda Guerra Mundial, nos países desenvolvidos, acompanhando os maciços investimentos em políticas públicas de bem-estar social. 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 na efetividade das ações.

Avaliar é 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 por qualquer que seja pode sofrer os dois tipos de avaliação⁽⁴⁰⁾.

A avaliação congrega teorias, conhecimentos e instrumentos de diversas outras áreas do conhecimento. Dessa forma, deve ser compreendida como uma área de aplicação e não como uma ciência⁽⁴¹⁾. Faria (2011)⁽⁴²⁾ complementa que a avaliação é uma área especializada de estudos e de trabalho, possui especificidades e identidade própria.

Já a pesquisa avaliativa, corresponderia ao julgamento do que é feito sobre as práticas sociais, a partir da formulação de uma pergunta não respondida, ainda, na literatura, sobre as características dessas práticas, no geral ou em um contexto particular, por meio do recurso de metodologias científicas⁽³⁶⁾.

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⁽⁴³⁾.

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 muito mais aspectos do que a avaliação para o controle seria capaz de permitir (FURTADO, 2006, p. 716)⁽⁴⁴⁾.

Atualmente, a avaliação das políticas sociais passou a ser intensamente valorizada, por ser uma seara em que as decisões de investimento são muito complexas e marcadas por fortes componentes culturais e políticos⁽³⁹⁾.

O SUS como grande projeto social do nosso País, desdobra-se e se operacionaliza em numerosos programas, ações e iniciativas que se tornam alvo constante de questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade. Pairam indignações sobre a qualidade dos serviços prestados, sobre 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⁽⁴⁵⁾.

As avaliações em saúde mais comumente realizadas se referem às avaliações de implantação ou de impacto dos programas, que 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⁽³⁷⁾.

A avaliação de 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 de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

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. Ao mesmo tempo, fazem parte da conjuntura política, econômica e social mais ampla, conjunturas essas que não são passíveis de abordagens racionalizadoras relativamente circunscritas, como são as avaliações (Novaes, 2000, p. 553)⁽⁸⁷⁾.

Tanaka e Melo (2004)⁽⁴¹⁾, referem que para quem está trabalhando em programas e/ou em serviços de saúde, a avaliação é um processo técnico administrativo destinado à tomada de decisões envolvendo momentos de medir, comparar e emitir juízo de valor.

A avaliação de programas, invariavelmente, se dá pela avaliação do serviço que os desenvolvem. Em visões mais tradicionais, o serviço é o espaço onde se localizam os profissionais e as tecnologias materiais responsáveis pela realização da atenção à saúde da população⁽⁴⁶⁾.

As concepções mais atuais de avaliação incorporam ao conceito de serviço de saúde a questão dos movimentos sociais e o conceito de Estado ampliado. Nesta perspectiva, o serviço é pensado como um campo de práticas técnicas, sociais e políticas, cuja direção e agenda de prioridades são realizadas no campo dos embates políticos entre grupos de pressão politicamente competentes e de racionalidades distintas (técnica e políticas) (Deslandes, 1997, p. 104)⁽⁴⁷⁾.

Avaliar serviços de saúde envolve a produção de conhecimento e/ou instrumentos visando à melhoria da assistência

prestada por meio das técnicas e das tecnologias desenvolvidas pelos profissionais de saúde ⁽⁴⁵⁾. Essa avaliação será feita sobre nos serviços de APS, organizados sob as diretrizes da ESF.

3.2 AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA

A avaliação de qualidade na APS abrange aspectos que a diferem dos demais níveis do sistema de saúde, como aqueles ligados aos serviços ambulatorial e hospitalar. No contexto da APS, há uma preocupação maior com a efetividade e com a identificação das necessidades de saúde dos pacientes independentemente da busca ao serviço; com o cuidado continuado aos pacientes crônicos ou, ainda, com a detecção precoce de doenças que podem ser prevenidas em estágios pré-sintomáticos ou sintomáticos. Também há o mesmo tratamento em relação à satisfação dos usuários em termos de continuidade, vínculo, adesão e relação com os profissionais de saúde de uma forma geral⁽⁴⁸⁾.

Frente à magnitude da ESF como estratégia estruturante da APS, realizar sua avaliação é uma tarefa que necessita de um esforço coletivo e contínuo. Devido a sua amplitude, 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 avaliada, permite a produção de conhecimento sobre sua efetividade⁽⁴⁹⁾.

À procura de estudos de avaliação da APS e ESF realizados no Brasil, a fim de conhecer suas características, sua abrangência, as metodologias de avaliação utilizadas, para aquisição do conhecimento necessário à configuração do desenho metodológico desta pesquisa, implementou-se uma busca na base de dados Lilacs da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, de setembro a dezembro de

2011, utilizando os descritores “atenção primária à saúde”; “cuidados primários de saúde”; “avaliação dos serviços”; “avaliação de programas e projetos de saúde”. Utilizando todos os índices, chegou-se ao número de 147 publicações, sendo 76 artigos, 40 teses, 24 monografias, 12 documentos de projetos, sete classificados como publicações não convencionais e três documentos de congressos e de conferências.

Optou-se por fazer a revisão dos 76 artigos, seguindo-se a leitura dos títulos e dos resumos para a escolha dos trabalhos. Os critérios de inclusão dos trabalhos foram: ser pesquisa oriunda dos Estudos de Linha de Base – ELB do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família – PROESF; ser estudo avaliativo empírico; ter data de publicação de 2000 a 2011; conter o verbo “avaliar” constante no objetivo geral do estudo; e ter sido realizado em serviços de atenção primária. Os critérios de exclusão foram: estudos teóricos (exceto os ELB); conter em seus objetivos os verbos “quantificar”, “conhecer”, “identificar”, “caracterizar”, “descrever”, “analisar” (exceto os ELB); ter como objeto de estudo somente a avaliação da estrutura de unidades de APS e ESF; ter como objetivo avaliar conhecimento e prática de uma única categoria profissional e, não, da equipe; ter como objetivo avaliar a implantação de disciplinas sobre a atenção primária à saúde em cursos da área da saúde; ser estudo que, mesmo publicado no intervalo de tempo delimitado anteriormente, tenham sido realizados antes de 1998 (ano em que a NOB 96 foi regulamentada e colocou o PSF como estratégia de reorganização do SUS); por fim, ser estudo sobre serviços e políticas de saúde mental, saúde bucal, assistência farmacêutica e violência contra a mulher e a criança.

Dos 76 artigos relacionados, 41 foram selecionados para esta revisão. Os mesmos foram classificados em dois grupos: Grupo 1 - Pesquisas que fizeram parte dos ELB do PROESF e Grupo 2 –

Estudos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil de 2000 a 2011.

No Grupo 1- Pesquisas que fizeram parte dos ELB do PROESF identificaram-se 15 trabalhos, todos empíricos, publicados entre 2006 e 2010.

Essas pesquisas que fizeram parte do ELB foram realizados em municípios com mais de 100.000 habitantes. Seis desenvolveram-se na região Sudeste ⁽⁵⁰⁻⁵⁵⁾; três na região Nordeste ⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾; três nas regiões Nordeste e Sul ⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾, concomitantemente; dois, na região Sul ^(62,63) e um, na região Centro Oeste ⁽⁶⁴⁾. Nesse grupo não foram realizadas pesquisas na região Norte do Brasil. A metodologia de avaliação predominante foi o estudo epidemiológico ^(50,53,54,57,59-61,63,64), utilizando-se de dados primários e secundários. Em menor número, apareceram os estudos com metodologia de avaliação qualitativa, como os estudos de caso ^(52,56), a pesquisa ação ⁽⁶²⁾ e os estudos descritivos ^(55,58). Um estudo mesclou as abordagens metodológicas ⁽⁵¹⁾, combinando inquérito de serviços, de entrevista, de estudo ecológico e de grupo focal para a coleta e a análise dos dados.

A maioria dos instrumentos utilizados para a coleta de dados desse grupo de estudos foram elaborados pelos próprios autores. Em algumas pesquisas, os autores utilizaram instrumentos validados na literatura nacional e internacional, na sua forma original ou adaptados, como o Instrumento da Pesquisa Mundial de Saúde na Atenção Básica da OMS ⁽⁵⁰⁾, e o Primary Health Care Assessment Tool – PCATool ^(53,54,64).

Luppi et al (2011) ⁽⁷⁾ citam o projeto ELB como importante conjunto de estudos de avaliação da APS. Estes mostravam experiências de implantação da ESF de todas as regiões do país. O ELB se constituiu em um dos componentes do PROESF, organizado pela Comissão de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde, em parceria com algumas universidades e centros de pesquisa no país. Tinha como finalidade fornecer subsídios

empíricos para a implantação de novas equipes de saúde da família e reorganização das existentes.

Para Figueiredo (2011)⁽⁶⁵⁾, a maioria dos Estudos de Linha de Base demonstraram avanços na atenção básica e a existência de uma superioridade de desempenho da Estratégia Saúde da Família sobre a Atenção Básica tradicional. Entretanto observou-se que a APS apresenta um desempenho regular e heterogeneidades entre os serviços e as diversas regiões do país.

Além dos ELB/PROESF, a primeira década do Século XXI apresentou um aumento do número de publicações sobre avaliação de programas e de projetos na atenção primária à saúde nos mais diferentes formatos, que não foram ancorados em projetos de avaliação governamental. Esses estudos estão representados no Grupo 2 – Estudos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil de 2000 a 2011.

São 24 estudos empíricos que cumpriram os critérios de inclusão propostos anteriormente. Foram realizados nas diferentes regiões do país e publicados entre 2002 e 2011: quatro trabalhos na região Sul^(31,66–68); quatorze, na região Sudeste^(69–82); dois, na região Nordeste^(83,84); dois, englobando as regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste e Sudeste^(85,86) e dois, envolvendo Nordeste e Sudeste^(87,88).

Os municípios com mais de 100.000 habitantes foram o *locus* da maioria dessas pesquisas^(66,68–70,73,75,78,79,81,85,88) sendo cinco estudos realizados em duas metrópoles com mais de 900.000 habitantes^(31,67,71,74,77). Contudo, nesse grupo, os municípios de pequeno e médio porte também foram cenário de algumas pesquisas^(72,76,80,82,86) e em dois trabalhos^(83,84), não há indicação do porte dos mesmos.

Sobre a abordagem metodológica, treze trabalhos tiveram enfoque quantitativo^(31,67–69,73,75–81); duas o enfoque qualitativo^(74,83) e seis investigações que combinaram as perspectivas metodológicas quantitativa e qualitativa^(66,70–72,82,85,86).

Esse segundo grupo de estudos mostrou também os avanços inegáveis na organização e nos resultados da APS com a implantação da ESF. Da mesma forma, ficou evidente que as dimensões do enfoque familiar, da participação comunitária, da integralidade, do acesso e dos programas de educação permanente necessitam ser aperfeiçoadas, sob os pontos de vista da gestão municipal, da organização do trabalho nas unidades, da formação de profissionais de saúde.

Além desses grupos de trabalhos, foram identificados, em outras fontes, três estudos importantes. Giovanella et al (2009)⁽⁸⁹⁾ realizaram 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: em Aracajú, em Belo Horizonte, em Vitória e em Florianópolis. Por meio de uma pesquisa quanti-qualitativa analisaram o contexto político e institucional da implantação da ESF; avaliaram a conformação da rede de serviços a partir da ESF; a coordenação e a continuidade das ações e serviços; examinaram as iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde para garantir a intersetorialidade e identificaram e analisaram os fatores facilitadores e limitantes da implementação da ESF, no que concerne à integração com a rede Assistencial e a coordenação dos cuidados.

Barbosa et al (2009)⁽⁹⁰⁾ e (2011)⁽⁹¹⁾ realizou duas avaliações da ESF em Minas Gerais. A Primeira em cinco municípios: Alfenas, Araçuaí, Belo Horizonte, Montes Claros e Uberlândia e a segunda, somente em Belo Horizonte. Por meio de uma metodologia quantitativa elaborada pelos próprios autores, buscou-se aferir o desempenho, o resultado das equipes e seus processos de trabalho estavam orientados para os princípios da APS definidos por Starfield (2002)⁽²⁾. No primeiro, o enfoque maior foi sobre a construção da metodologia e à sua validação e no segundo o objetivo foi de expandir a avaliação para todos os distritos sanitários de Belo Horizonte e acompanhar a evolução das equipes estudadas.

Entre as pesquisas analisadas, notou-se a diversidade entre o método de avaliação e os instrumentos empregados. O Primary Care Assessment Tool – PCATool foi o instrumento de validade nacional e internacional para a coleta de dados que apareceu com maior frequência, ainda que em duas versões diferentes, a mais antiga de Macinko, Almeida e Oliveira (2003)⁽⁶⁹⁾ e a mais recente, de Harzheim et al (2006)⁽³¹⁾. Esta última foi referendada em 2010 como instrumento de avaliação pelo Ministério da Saúde⁽⁴⁹⁾, sendo, então, o instrumento de coleta de dados escolhido para esta pesquisa.

4 METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa e de 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)⁽⁴⁵⁾

A pesquisa avaliativa, que exige uma perícia metodológica e teórica. importante, geralmente não pode ser feita por aqueles que são responsáveis pela intervenção em si. Ela é mais frequentemente confiada a pesquisadores que são exteriores à intervenção. A avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações. E até provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas (Contandriopoulos et al, 1997, p. 45)⁽⁴⁰⁾.

Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto de tempo fixo. Na pesquisa transversal não há períodos de acompanhamento (Polit, Beck, Hungler, 2004, p.180)⁽⁹²⁾.

A abordagem quantitativa é a forma proposta pelos autores da ferramenta de pesquisa PCATool⁽⁴⁹⁾ para a consolidação dos dados e apresentação dos resultados.

4.2 MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO

De acordo com Medina et al (2005)⁽⁹³⁾, o objeto da investigação científica é um conjunto da realidade passível de modelagem. Modelizar significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações, tendo por referência uma construção teórica. Despido de uma teoria que o suporte, o modelo teórico não auxilia o processo de investigação científica. Há que se enxertá-lo de uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos. Necessariamente, o modelo teórico reproduzirá as características comuns a classes de fatos ou de coisas, perdendo-se, com isso, a individualidade de um fato ou de uma coisa, mas permitindo a representatividade de toda uma classe de coisas ou de fatos.

Figura 3 - Modelo teórico-lógico de avaliação da Estratégia de Saúde da Família em municípios da microrregião de saúde de Alfenas - MG.

O modelo teórico de avaliação da ESF desta pesquisa não contém as relações de causalidade entre seus componentes, por isso necessita de um complemento textual que o siga, como propõe Hartz (2005)⁽³⁶⁾.

O modelo de avaliação desta investigação tem como marcos teóricos a atenção primária à saúde segundo Starfield⁽²⁾, a avaliação em saúde segundo Donabedian⁽⁹⁴⁾ e a promoção da saúde segundo a OMS⁽⁹⁵⁾. O marco político traz a política de atenção básica nos níveis federal⁽²⁸⁾, estadual⁽³⁴⁾ e municipal, já que é por meio destas que se define a operacionalização desse nível assistencial, caracterizado pelo desenvolvimento de serviços/ações, no âmbito individual ou coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Espera-se que esse conjunto de ações se efetuem tendo como cerne os atributos da APS de acesso, Longitudinalidade, integralidade, coordenação, enfoque familiar e orientação comunitária. O instrumento de avaliação PCATool dá unidade ao modelo, pois é validado para o Brasil e, em sua concepção, fundamentou-se nas proposições de Donabedian⁽⁹⁴⁾ que relacionam estrutura, processo e resultado. Esse instrumento busca avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS do desfecho Assistencial na ESF sob o ponto de vista do usuário do serviço para a criança de 0 a 2 anos, para o adulto e, no ponto de vista do profissional de saúde, sobre a assistência prestada.

O modelo de avaliação dessa pesquisa traduz o que Deslandes (1997)⁽⁴⁷⁾ assevera a respeito de que a avaliação de serviços deve ter uma proposta dialética para a investigação no campo organizacional, tendo como unidade de análise a totalidade que o serviço representa.

Essa análise é efetuada na compreensão do seu movimento histórico, não se restringindo somente à descrição das condições,

dos fatores ou dos mecanismos que interferem na produção daquele fenômeno ou processo social, mas buscando evidenciar as conexões existentes entre os elementos que o determinam. Afirma-se, portanto, que a unidade de análise não seja o serviço “em si”, mas a “atuação do serviço”. Essa visão contempla, além das bases empíricas das ações, as relações que fundam a estrutura do serviço, seus processos, e ainda inclui o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre a ação e sobre suas contradições⁽⁴⁷⁾.

4.3 CENÁRIO DE PESQUISA

O cenário da pesquisa é a microrregião de saúde de Alfenas - MG, definida geográfica e organizacionalmente PDR/MG⁽³³⁾. Possui 17 municípios e uma população total de 305.376, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - População dos municípios da microrregião de saúde de Alfenas - MG, de acordo com o censo demográfico de 2010.

Município	População
Alfenas	73.774
Alterosa	13.717
Areado	13.731
Bandeira do Sul	5.338
Botelhos	14.920
Campestre	20.686
Campo do Meio	11.476
Campos Gerais	27.600
Carmo do Rio Claro	20.426
Carvalhópolis	3.341
Conceição da Aparecida	9.820
Divisa Nova	5.763
Fama	2.350
Machado	38.688

(continua)

(continuação)	
Município	População
Paraguaçu	20.245
Poço Fundo	15.959
Serrania	7.542
Total	305.376
(conclusão)	

Fonte: IBGE ⁽⁵⁾.

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto deste estudo foi registrado na Pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa por meio da Plataforma Brasil com o número CAAE 00968612.5.0000.5392, e tendo sido aprovado em 1º de junho de 2012, conforme parecer consubstanciado. (ANEXO D)

Após essa etapa de aprovação, as secretarias municipais de saúde da microrregião foram apresentadas ao projeto em reunião da Comissão Intergestores Bipartite da microrregião de saúde de Alfenas e receberam uma cópia do projeto juntamente com a solicitação de autorização para a coleta de dados (Apêndice A).

4.5 PLANEJAMENTO AMOSTRAL PARA COLETA DE DADOS DE ADULTOS E CRIANÇAS

O cálculo para definir o número de participantes foi realizado pelo método de amostragem por cotas ⁽⁹⁶⁾. Inicialmente, aplicou-se o critério de inclusão de elevada cobertura populacional (maior que 50%) aos municípios da região de saúde, como proposto por Giovanella⁽⁸⁹⁾. Os treze municípios identificados na Tabela 2 cumpriram esse critério de inclusão.

Tabela 2 - Municípios da microrregião de saúde de Alfenas com cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família superior à 50% em fevereiro de 2012.

Município	Número total de Equipes da ESF	% de Cobertura da ESF	Número de Pessoas Cobertas pela ESF
Alfenas	13	60,79	44.847
Alterosa	4	100	13.717
Areado	3	50,25	6.900
Campo do Meio	5	100	11.476
Campos Gerais	6	75	20.700
Carmo do Rio Claro	3	50,67	10.350
Carvalhópolis	1	100	3.341
Conceição da Aparecida	3	100	9.820
Divisa Nova	1	59,86	3.450
Fama	1	100,00	2.350
Paraguaçu	5	85,21	17.251
Poço Fundo	5	86,47	13.800
Serrania	3	100	7.542
Total	52	-	163.194

Fonte: tabela elaborada pelos autores por meio de dados disponibilizados pela Superintendência Regional de Saúde de Alfenas.

A partir desse número de população coberta pela ESF, foi realizado o cálculo amostral por município para as entrevistas do PCATool Adulto e PCATool Criança. A Tabela 3 expõe a população estimada por idade e gênero, atendida pela ESF.

Tabela 3 - População atendida pela Estratégia de Saúde da Família segundo município, idade e gênero, na microrregião de saúde de Alfenas - MG, 2012.

Município	Crianças e Adolescentes (até 18 anos)		Adultos (18 anos ou mais)	
	F	M	F	M
Alfenas	5.668	5.803	17.255	16.220
Alterosa	1.925	1.903	4.789	4.978
Areado	586	589	1.434	1.417
Campo do Meio	1.106	1.151	3.998	3.851
Campos Gerais	2.340	2.416	6.328	6.201
Carmo do Rio Claro	1.241	1.281	3.152	3.232
Carvalhópolis	410	459	1.179	1.184
Conceição da Aparecida	1.384	1.419	3.545	3.612
Divisa Nova	514	609	1.218	1.145

(continua)

(continuação)

Município	Crianças e Adolescentes (até 18 anos)		Adultos (18 anos ou mais)	
	F	M	F	M
Fama	255	231	841	842
Paraguaçu	2.657	2.703	7.942	7.979
Poço Fundo	1.919	1.969	5.685	6.030
Serrania	1.138	1.202	2.573	2.495
Total	21.143	21.735	59.939	59.186

(conclusão)

Fonte: tabela elaborada pelos próprios autores com dados disponíveis no DATASUS em Junho de 2012.

O tamanho amostral dos adultos é de 546, para a estimativa da média com desvio padrão de 1,2 para um erro de mais ou menos 0,1 entre os adultos, considerando que esta faixa etária possui uma população de quase 120 mil pessoas nos municípios da microrregião de Alfenas. O tamanho amostral para as crianças, considerando a população dessa faixa etária em aproximadamente 40 mil é de 549. Ou seja, como a população é grande, o efeito para populações finitas é ínfimo e se supõe que a população é “infinita” para facilitar os cálculos e retirar um número “igual” de crianças e adultos da população, uma vez que a estimativa de seus escores é independente.

O número total de cada amostra foi dividido entre as cidades e gêneros, proporcional ao tamanho da população atendida. As tabelas 4 e 5 mostram a alocação das amostras caso escolha um erro de 0,1 na estimativa das médias.

Tabela 4 - Amostra estimada de adultos maiores de 18 anos classificado por gênero e município, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Município	Adultos (18 anos ou mais)		
	F	M	Total
Alfenas	80	75	155
Alterosa	22	23	45
Areado	7	7	14
Campo do Meio	19	18	37

(continua)

(continuação)

Município	Adultos (18 anos ou mais)		
	F	M	Total
Campos Gerais	29	29	58
Carmo do Rio Claro	15	15	30
Carvalhópolis	5	6	11
Conceição da Aparecida	16	17	33
Divisa Nova	6	5	11
Fama	4	4	8
Paraguaçu	37	37	74
Poço Fundo	26	28	54
Serrania	12	12	24
Total	278	276	554

(conclusão)

Fonte: tabela elaborada pelos próprios autores.

Tabela 5 - Amostra estimada de crianças e adolescentes classificado por gênero e município, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Município	Criança e Adolescente (até 18 anos)		
	F	M	Total
Alfenas	73	75	148
Alterosa	25	25	50
Areado	8	8	16
Campo do Meio	14	15	29
Campos Gerais	30	31	61
Carmo do Rio Claro	16	17	33
Carvalhópolis	5	6	11
Conceição da Aparecida	18	18	36
Divisa Nova	7	8	15
Fama	3	3	6
Paraguaçu	34	35	69
Poço Fundo	25	25	50
Serrania	15	16	31
Total	273	282	555

Fonte: elaborada pelos próprios autores

As estimativas do tamanho amostral se basearam na teoria exposta em Cochran (1977)⁽⁹⁷⁾ para um intervalo de confiança de 95%. Para os cálculos, utilizou-se o pacote *samplingbook* do *software* estatístico R 2.14.1⁽⁹⁸⁾.

O cálculo amostral da criança não foi realizado dentro da faixa etária delimitada pelo instrumento de pesquisa, contudo esta referência de população de 0 a 18 anos foi utilizada por ter informações completas e atualizadas de todos os municípios com mais de 50% de cobertura pela ESF. No ato da coleta de dados, foram utilizados os dados disponíveis *in locus* de cada equipe, registrados na ficha SSA2 do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

5.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DAS EQUIPES DE SELEÇÃO DA ESF QUE INTEGRAM O ESTUDO

Após ter selecionado os municípios e estimado a amostra, procedeu-se à seleção das equipes participantes do estudo. As mesmas deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão: ter iniciado seu funcionamento há pelo menos cinco anos sem descontinuidade do atendimento, como propôs Giovanella ⁽⁸⁹⁾ e atender à população da zona urbana. Este último critério foi incluído por condições logísticas da equipe de pesquisa, visto que os municípios participantes possuem extensa área rural e são banhados pelo lago de Furnas. As equipes que atenderam a esses dois critérios estão enumeradas na Tabela 6.

Tabela 6 - Equipes da Estratégia de Saúde da Família que cumpriram os critérios de inclusão nos municípios da microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Município	Equipes da ESF
Alfenas	10
Alterosa	3
Areado	1
Campo do Meio	5
Campos Gerais	5
Carmo do Rio Claro	2
Conceição Aparecida	2
Divisa Nova	1

(continua)

(continuação)	
Município	Equipes da ESF
Paraguaçu	1
Poço Fundo	1
Serrania	2
Total	33

(conclusão)

Fonte: Tabela elaborada pelos próprios autores.

A partir da definição das equipes participantes, procedeu-se ao planejamento amostral dos profissionais de saúde.

5.6 PLANEJAMENTO AMOSTRAL PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Para os profissionais de saúde, o critério de inclusão foi integrar a equipe da ESF selecionada há pelo menos um ano, tendo como referência o registro dos profissionais constante no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e confirmado em cada unidade. A figura 4 mostra a trajetória da definição da amostra.

Figura 4 - Algoritmo de definição da amostra dos profissionais de saúde das equipes da Estratégia de Saúde da Família da microrregião de saúde de Alfenas MG, 2012 .

* Na UESF de Divisa Nova não havia médico contratado/concursado em exercício.

Fonte: Figura elaborada pelos próprios autores.

5.7 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

5.7.1 Procedimento para coleta de dados secundários

Para cumprir o primeiro objetivo deste estudo, a caracterização da microrregião de Alfenas - MG, foram acessados os bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, do CNES e de busca nos documentos oficiais da SES/MG. Essa fase da coleta de dados foi realizada nos meses de março a junho de 2013, e estes foram organizados de forma descritiva no *software Microsoft Excel*.

5.7.2 Procedimentos para coleta de dados primários

Passo 1: A partir da definição das equipes, foi realizado contato telefônico solicitando o envio por e-mail do consolidado de famílias por microárea, referente ao mês de maio de 2012.

Passo 2: Consulta ao consolidado de famílias por microárea fornecido pelas equipes, com a identificação do número de famílias e do número de pessoas maiores de 18 anos. Com o auxílio de uma planilha do *software Excel for Windows*, distribuiu-se proporcionalmente a amostra de usuários maiores de 18 anos (um usuário respondente por família) por equipe e por microárea, bem como dos profissionais de saúde. O número de crianças de 0 a 2 anos só foi confirmado no momento da visita a cada equipe de saúde.

Passo 3: Recrutamento e seleção de pesquisadores de campo no âmbito da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas. Foram selecionadas 17 pessoas dentre alunos de graduação, pós-graduação e enfermeiros para participar da capacitação.

Passo 4: Realização de reunião com os pesquisadores de campo selecionados, para os quais apresentou-se o projeto de pesquisa e seus objetivos, a forma e a duração da coleta de dados.

Passo 5: Capacitação dos pesquisadores de campo sobre o PCATool Adulto, Criança e Profissional com duração de oito horas.

Passo 6: Agendamento e visita às equipes da ESF para informá-las sobre o projeto e obter a colaboração para a realização das entrevistas.

Passo 7: Organização da logística para a realização das entrevistas (transporte; horário de saída e de chegada; alimentação; itinerário; divisão dos pesquisadores por equipes e distribuição de material das entrevistas – crachá; prancheta; questionários; lápis; caneta; borracha)

Passo 8: Visitas às equipes da ESF e realização das entrevistas. As visitas eram feitas no início do expediente, permitindo reunião com os enfermeiros e os ACSs na qual o mapa da área de cobertura da ESF era apresentada à equipe de pesquisa, seguido da distribuição do número de entrevistas por microárea.

Os critérios de inclusão dos usuários adultos foram ser maior de 18 anos, ser morador da área de adstrição e ser cadastrado na ESF selecionada, há mais de um ano.

As crianças menores de 2 anos de idade deveriam cumprir os critérios de serem moradores/usuários cadastrados da área de adstrição da ESF selecionada, há mais de um ano. O respondente da entrevista sobre a assistência da criança deveria ser o responsável pelo cuidado diário da criança e ter passado pelos mesmos critérios de inclusão que os usuários adultos.

Os ACS indicaram moradores da área que cumpriam esses critérios, em número 100% maior que o determinado na amostra, para evitar retornos desnecessários à unidade, caso os primeiros indicados não fossem encontrados.

Essa parte da composição da amostragem por cotas foi feita de forma intencional, em consulta aos ACS, pois, na experiência das

responsáveis pela pesquisa, a população residente na área de cobertura corresponde a um número de pessoas, que pode ser maior que a população cadastrada, bem como pode ser diferente do número de pessoas/famílias que realmente utilizam serviço da ESF na unidade e no domicílio.

Os ACS acompanhavam os pesquisadores até as microáreas, mas não acompanharam as entrevistas, a fim de evitar interferências na mesma. Os participantes que eram convidados a participar da pesquisa receberam as informações sobre o projeto por meio da leitura do termo de consentimento informado, contendo os objetivos, procedimentos, garantia de sigilo, privacidade dos sujeitos e confidencialidade dos dados, assim como a possibilidade de retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa (Apêndices B, C e D).

A coleta de dados ocorreu somente em dias úteis e no horário de funcionamento da ESF. As entrevistas com os moradores foram feitas exclusivamente por meio de visita domiciliar, sendo abordada apenas uma pessoa por casa. Com os responsáveis das crianças de 0 a 2 anos que responderam ao PCATool Criança, as entrevistas tiveram a duração média de 22 minutos e com os participantes que responderam ao PCATool Adulto, a duração média da entrevista foi de 40 minutos.

As entrevistas com os profissionais médicos e enfermeiros aconteceram dentro da unidade de saúde, com duração média de 40 minutos.

Essa fase de coleta de dados teve a duração de 5 semanas no período de 11 de junho de 2012 a 12 de julho de 2012.

Passo 11: Ao final de cada dia foi feita a recepção, a conferência, a classificação e o armazenamento dos questionários preenchidos em uma sala cedida a este projeto na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – MG.

5.8 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados dessa pesquisa o PCATool Brasil ⁽⁴⁹⁾ nas versões profissional, adulto e criança (anexo A, B e C). No momento da coleta de dados, a versão para profissionais estava em processo de validação de novos itens, por isso foi utilizada o que consta no Manual do PCATool Brasil, que é o espelho da versão para Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da Versão para Criança, da mesma forma como é realizado com o instrumento original, nos Estados Unidos⁽⁴⁹⁾.

O PCATool foi desenvolvido em 1997 na John Hopkins University como um instrumento de avaliação para a saúde da criança na APS⁽²⁾. Em 2001, foi elaborada uma versão do instrumento para a avaliação da assistência aos adultos na APS. Ambos foram produzidos tendo como base os atributos de primeiro contato, de Longitudinalidade, de coordenação, de integralidade, de orientação familiar e de orientação comunitária.

Figueiredo (2011) ⁽⁶⁵⁾ relata que a necessidade de avaliação da APS foi motivada pelas reformas nos sistemas de saúde do mundo inteiro, ocorridas no final dos anos 90 do século passado. Nelas, o debate sobre a importância da atenção primária ganhou novas forças. A partir daí, foram desenvolvidos instrumentos de avaliação para aferir a qualidade, a extensão e a efetividade da APS.

Segundo Harzheim et al (2006)⁽⁹⁹⁾, o PCATool foi criado com base no modelo de avaliação de qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966)⁽⁹⁴⁾, o qual se baseia na mensuração de aspectos de estrutura, de processos e de resultados dos serviços.

Em revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação da atenção primária, Malouin, Starfield, Sepulveda (2009)⁽¹⁰⁰⁾ concluíram que o PCATool foi o único instrumento que obteve bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e de processo.

No Brasil, ocorreram duas adaptações desse instrumento. A primeira foi realizada por Almeida e Macinko (2006)⁽⁴⁾ no município de Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro (RJ), a qual resultou na validação de versões usuário criança, usuário adulto e profissionais de saúde. Apesar de manter os mesmos atributos, essa versão utilizou escalas diferentes do instrumento original. A segunda adaptação foi feita no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul por Harzheim et al (2006)⁽³¹⁾, que avaliou a validade das versões usuário criança e usuário adulto do PCATool.

Os instrumentos validados por Harzheim et al (2006)⁽³¹⁾ foram referendados pelo Ministério da Saúde e receberam o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool Brasil, sendo este utilizado para atingir os objetivos do presente estudo. Sua contribuição está em favorecer o esforço científico na busca de evidências sobre a real efetividade da APS, com consequências importantes sobre a definição de políticas públicas e no fato da atual inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais⁽⁴⁹⁾.

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 da ESF avaliados permite a produção de conhecimento sobre sua efetividade, evitando a utilização da ESF como uma categoria geral de análise (Brasil, 2010 p. 11)⁽⁴⁹⁾.

O PCATool Brasil apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a criança (PCATool Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão adulto), a profissionais de saúde e também a coordenador/gerente do serviço de saúde (PCATool Profissional).

A versão do PCATool Brasil destinada aos profissionais possui 77 questões divididas em 8 componentes correspondentes

aos atributos da APS: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A); Longitudinalidade (B); Coordenação – Integração de Cuidados (C); Coordenação – Sistema de Informações (D); Integralidade – Serviços Disponíveis (E); Integralidade – Serviços Prestados (F); Orientação Familiar (G) e Orientação Comunitária (H) (BRASIL, 2010).

O instrumento aplicado aos adultos é composto por 88 itens divididos em duas partes. A primeira possui três questões para identificar o profissional/serviço de saúde e o grau de afiliação do usuário a esse serviço e a segunda parte possui 85 perguntas distribuídas nos atributos da APS: Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C); Longitudinalidade (D); Coordenação – Integração de Cuidados (E); Coordenação – Sistema de Informações (F); Integralidade – Serviços Disponíveis (G); Integralidade – Serviços Prestados (H); Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J)⁽⁴⁹⁾.

O PCATool Brasil Versão Criança também é composto por duas partes. A primeira com o objetivo de identificar o profissional/serviço de saúde onde a criança de até 2 anos de idade é atendida e o grau de afiliação a este estabelecimento. A segunda parte constitui-se dos atributos da atenção primária a serem avaliados, para tal são elencadas 53 questões distribuídas em: Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B); Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C); Longitudinalidade (D); Coordenação – Integração de Cuidados (E); Coordenação – Sistema de Informações (F); Integralidade – Serviços Disponíveis (G); Integralidade – Serviços Prestados (H); Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J)⁽⁴⁹⁾.

As respostas possíveis para cada item de todas as versões do PCATool Brasil são: “com certeza sim” (valor=4); “provavelmente sim” (valor=3); “provavelmente não” (valor=2); “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média

aritmética simples dos valores das respostas dos itens que os compõem⁽⁴⁹⁾.

A sua aplicação e a consolidação dos resultados permite a construção de escores para cada dimensão e subdimensão. Cada atributo essencial é formado por duas subdimensões; uma expressa questões de estrutura e a outra, questões de processo relacionadas ao serviço de saúde avaliado. A partir do conjunto de escores de cada atributo, é gerado um escore global que caracteriza o grau de orientação do serviço ou do sistema de saúde à atenção primária.

Por meio de entrevistas, o PCATool – Brasil permite identificar aspectos de estrutura e processos dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade para o planejamento e para a execução das ações de APS⁽⁴⁹⁾. O fato de as perguntas e escalas do PCATool serem iguais para cada pessoa entrevistada facilita a comparação entre as diferentes unidades, programas e níveis⁽⁴⁾.

5.9 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, utilizando o *software Microsoft Excel*, foram elaborados e preenchidos os bancos de dados referentes a cada população: PCATool Profissional, PCATool Adulto e PCATool Criança.

As análises estatísticas dos resultados foram feitas no *software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 14.0 e estão organizadas em quatro partes no capítulo de resultados.

5.10 BENEFÍCIOS E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O principal benefício deste estudo é a produção de informações por meio de uma fonte externa de avaliação. Essas informações são subsídios para os gestores de saúde e profissionais da ESF na tomada de decisão, no sentido de consolidar os pontos fortes e desenvolver os pontos frágeis apontados. Atualmente, os gestores contam com os dados numéricos do monitoramento dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e dos resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para sua orientação.

A divulgação dos resultados será feita por meio da elaboração de relatórios a serem enviados a cada uma das secretarias municipais de saúde, conselhos municipais de saúde e unidades da ESF participantes da pesquisa, de modo que a informação também esteja disponível ao usuário dos serviços avaliados. Pretende-se, com o apoio e com a participação da Superintendência Regional de Saúde de Alfenas, realizar uma rodada de discussões sobre esses resultados a ser feita em reunião da Comissão Intergestores Bipartite - CIB Micro Regional e em um seminário aberto a toda a população no segundo semestre de 2014.

O meio acadêmico será informado dos resultados da pesquisa por relatório de pesquisa enviado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pela disponibilização *online* desta tese, pela apresentação dos resultados em eventos científicos nacionais e internacionais e pela publicação de artigos em periódicos de mesmo nível de alcance.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com os resultados apresentados daqui por diante, procura-se responder a todos objetivos propostos para este estudo. Eles estão divididos em cinco seções: caracterização da microrregião de saúde de Alfenas – MG; resultados da avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS por meio da aplicação do PCATool aos profissionais de saúde; resultados da avaliação da presença e extensão dos atributos da APS por meio da aplicação do PCATool aos usuários adultos; resultados da avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS por meio da aplicação do PCATool aos usuários adultos responsáveis por crianças de até dois anos de idade e comparação entre os resultados de todos os participantes.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIAO DE SAÚDE DE ALFENAS - MG

A apresentação dos resultados deste item foi organizada na sequência: indicadores sociais, demográficos, econômicos e de infraestrutura urbana nas tabelas 7 a 9; indicadores de morbidade e mortalidade hospitalar; mortalidade infantil e materna nas tabelas 10 e 11, e, por fim, os indicadores de cobertura dos serviços de saúde nas tabelas de 12 a 18.

A microrregião de saúde de Alfenas está localizada na macrorregião Sul do Estado de Minas Gerais e é composta por 17 municípios cujas características populacionais estão expostas na Tabela 7.

Tabela 7 - Características demográficas da microrregião de saúde de Alfenas – MG, de acordo com o censo de 2010.

Município	Total	Urbana		Rural		Feminino		Masculino	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Alfenas	73.774	69.176	93,77	4.598	6,23	37.692	51,09	36.082	48,91
Machado	38.688	32.068	82,89	6.620	17,11	19.346	50,01	19.342	49,99
Campos Gerais	27.600	19.156	69,41	8.444	30,59	13.537	49,05	14.064	50,96
Campestre	20.686	10.959	52,98	9.627	46,54	9.923	47,97	10.764	52,04
Carmo do Rio Claro	20.426	14.362	70,31	6.064	29,69	9.944	48,68	10.483	51,32
Paraguaçu	20.245	16.679	82,39	3.566	17,61	10.067	49,73	10.177	50,27
Poço Fundo	15.959	9.281	58,16	6.678	41,84	7.746	48,54	8.213	51,46
Botelhos	14.920	11.336	75,98	3.554	23,82	7.448	49,92	7.472	50,08
Areado	13.731	11.525	83,93	2.206	16,07	6.806	49,57	6.925	50,43
Alterosa	13.717	10.002	72,92	3.715	27,08	6.735	49,10	6.981	50,89
Campo do Meio	11.476	10.059	87,65	1.417	12,35	5.647	49,21	5.829	50,79
Conceição da Aparecida	9.820	6.199	63,13	3.621	36,87	4.812	49,00	5.008	51,00
Serrania	7.542	6.576	87,19	966	12,81	3.739	49,58	3.802	50,41
Divisa Nova	5.763	4.659	80,84	1.104	19,16	2.781	48,26	2.982	51,74
Bandeira do Sul	5.338	4.870	91,23	468	8,77	2.597	48,65	2.741	51,35
Carvalhópolis	3.341	2.459	73,60	882	26,40	1.637	49,00	1.704	51,00
Fama	2.350	1.515	64,47	835	35,53	1.170	49,79	1.180	50,21
Total	305.376	240.881	78,88	64.365	21,08	151.627	49,65	153.749	50,35

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do IBGE ⁽⁵⁾.

A maioria dos municípios, tem população de pequeno porte 1, até 20.000 habitantes, e de pequeno porte 2, de 20.001 a 50.000 habitantes, de acordo com a classificação do IBGE⁽¹⁰¹⁾. Há um importante contingente populacional residente na zona rural (21,08%), maior que a média do estado de Minas Gerais (14,71%) e que a do Brasil (15,10%). A distribuição entre os gêneros é equilibrada, com discreta predominância do masculino (50,35%), como também observado em Minas Gerais (50,80%) e no Brasil (50,82%)^(101, 102).

A distribuição etária da região evidencia predominância de adultos (56,39%), seguida de crianças e de adolescentes (30,46%) e de idosos (13,15%). Resultados semelhantes foram observados no Estado de Minas Gerais (57,01%; 31,19%; 11,79%) e no país (56,22%; 32,99%; 10,79%)^(101,104).

Tabela 8 - Características sociais e econômicas da população da microrregião de saúde de Alfenas – MG, de acordo com o censo demográfico de 2010 e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013:

Municípios	< 1/2 Salário Mínimo %	Alfabetização %	Desemprego 16 anos e mais %	IDHM*	Renda per Capita
Alfenas	21,35	87,74	6,87	0,761	R\$ 467,90
Machado	26,8	85,19	4,79	0,715	R\$ 475,00
Campos Gerais	34,77	83,09	2,44	0,682	R\$ 401,25
Campestre	27	86,10	2,27	0,698	R\$ 447,00
Carmo do Rio Claro	27,58	85,32	3,86	0,733	R\$ 442,50
Paraguaçu	24,84	86,58	3,7	0,715	R\$ 500,00
Botelhos	25,6	85,58	4,42	0,702	R\$ 510,00
Areado	24,15	86,68	4,37	0,727	R\$ 456,66
Alterosa	38,11	83,82	3,83	0,668	R\$ 417,50
Campo do Meio	34,69	84,31	6,07	0,683	R\$ 383,66
Conceição da Aparecida	28,66	84,50	3,89	0,691	R\$ 446,25
Serrania	38,17	80,03	1,99	0,677	R\$ 366,66
Divisa Nova	30,96	79,66	2,83	0,670	R\$ 478,47
Bandeira do Sul	18,58	84,94	3,89	0,692	R\$ 495,00
Carvalhópolis	25,72	86,71	3,61	0,724	R\$ 456,66
Fama	28,06	85,36	1,55	0,717	R\$ 508,33
Média	28,19	84,88	3,71	0,703	R\$ 456,34

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do IBGE⁽⁵⁾ e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM com base nos dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento(PNUD)⁽¹⁰³⁾.

Nos indicadores socioeconômicos da região, se destaca positivamente a taxa de desemprego baixa (3,71%) em relação a Minas Gerais (6,53%) e ao país (7,42%). Contudo, os demais indicadores apresentaram-se piores: o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM da microrregião de Alfenas (0,703) comparado ao de Minas Gerais (0,731) e ao do Brasil (0,727)⁽¹⁰³⁾; a renda *per capita* da região de Alfenas (R\$ 456,34) foi distinta da de Minas Gerais (R\$733,24) e do Brasil (R\$767,02); a taxa de alfabetização da região (84,88%) é inferior à de Minas Gerais (89,10%) e à do Brasil (90%). A população que vive com menos de meio salário mínimo por mês é de 28,19% do total, sendo esse percentual mais que o dobro da média do Estado (12,81%)^(101,102).

Tabela 9 - Cobertura de serviços de infraestrutura urbana da microrregião de saúde de Alfenas – MG, de acordo com o censo demográfico de 2010.

Município	Abastecimento de água urbano		Iluminação Pública urbano		Rede de Esgoto urbano		Coleta de lixo urbano	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alfenas	68.206	98,59	67.900	98,15	67.487	97,55	66.557	96,21
Machado	18.433	57,48	30.817	96,09	30.965	96,56	31.009	96,69
Campos Gerais	18.785	98,06	18.447	96,29	18.725	97,75	16.916	88,30
Campestre	11.281	102,93	11.112	101,39	11.218	102,36	11.241	102,57
Carmo do Rio Claro	14.176	98,70	14.153	98,54	14.144	98,48	14.135	98,41
Paraguaçu	16.253	97,44	16.183	97,02	16.204	97,15	16.101	96,53
Poço Fundo	9.040	97,40	8.876	95,63	8.978	96,73	9.040	97,40
Botelhos	11.136	98,23	10.078	88,90	11.015	97,16	10.996	97,00
Areado	11.372	98,77	11.337	98,36	11.331	98,31	10.807	93,77
Alterosa	9.899	98,97	9.889	98,87	9.890	98,88	9.890	98,88
Campo do Meio	9.102	90,48	8.990	89,37	9.077	90,23	9.077	90,23
Conceição da Aparecida	6.032	97,30	5.890	95,01	5.992	96,66	6.027	97,22
Serrania	6.468	98,35	6.381	97,03	6.404	97,38	6.417	97,58
Divisa Nova	4.608	98,90	4.535	97,33	4.600	98,73	4.368	93,75
Bandeira do Sul	4.688	96,26	4.667	95,83	4.678	96,05	4.594	94,33
Carvalhópolis	2.430	98,82	2.398	97,51	2.376	96,62	2.430	98,82
Fama	1.495	98,67	1.486	98,08	1.495	98,67	1.489	98,28

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do IBGE ⁽⁵⁾.

Os dados mostram uma boa infraestrutura urbana de serviços básicos. A média do abastecimento de água (95,61%) é superior à do Estado de Minas Gerais (94,44%) e à do Brasil (92,72%), sendo apenas o município de Machado com baixa cobertura (57,48%). As médias de iluminação pública (96,44%), de rede de esgoto (97,37%), de coleta de lixo (96,23%) são superiores à do Estado de Minas Gerais (93,73%; 92,96%; 91,01%) e de rede de esgoto do Brasil (79%)^(101,102). Em Campestre, todos os valores ultrapassam 100% de cobertura devido ao grande contingente populacional residente na área rural (46,54%) que é contígua ao perímetro urbano do município, usufruindo desses serviços⁽⁵⁾.

Para Giovanella (2003)⁽⁸⁵⁾, o critério de monitoramento e de análise espacial de indicadores sociais e de ambiente (água, esgoto, lixo, poluição, escolaridade, renda, Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, e Índice de Condições de Vida – ICV é tomado como indicativo de preocupação com a atuação intersectorial e pressupõe uma concepção abrangente dos determinantes dos agravos à saúde.

Sobre a morbidade hospitalar nessa região, analisou-se o período de 2009 a 2011. O número total de internações no período foi crescente, predominando quatro grupos de doenças: do aparelho respiratório, do aparelho circulatório, do aparelho digestivo e de lesões por envenenamento. Do total de internações, o percentual médio referente às doenças do aparelho respiratório foi 14,58%, maior na região em comparação aos dados de Minas Gerais (12,46%) e do Brasil (13,04%). O percentual médio de internações do aparelho digestivo no período foi de 12,25%, também superior ao percentual de Minas Gerais (9,44%) e Brasil (9,09%). O percentual médio de internações por lesões e por envenenamento foi de 6,64 %, menor na microrregião do que em Minas Gerais (9,38%) e no Brasil (8,23%). O número de internações por doenças do aparelho circulatório foi de 12,46%, menor do que em Minas Gerais (13,09%) e maior do que no Brasil (10,22%)^(104,105).

Também no período de 2009 a 2011, a mortalidade hospitalar na microrregião de Alfenas foi crescente. As causas se concentraram em quatro grupos: do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, das neoplasias e das causas externas. Analisando o comportamento de cada causa no período citado, verifica-se que o percentual de mortalidade hospitalar por causas do aparelho circulatório foi decrescente, porém sua média foi de 37,28%, maior que a do Estado de Minas Gerais (27,46%) e que a do Brasil (28,78%). Na mortalidade hospitalar por causas do aparelho respiratório (14,63%), e de neoplasia (19,14%), os percentuais médios da microrregião também foram superiores aos do Estado de Minas Gerais (10,78%; 11,16%) e aos do Brasil (10,57%; 12,54%). Na mortalidade hospitalar por causas externas o percentual médio da microrregião no período foi de 7,98%, inferior ao de Minas Gerais (14,33%) e ao do Brasil (15,70%)⁽¹⁰⁶⁾.

Tabela 10 - Taxa de mortalidade infantil de 2009 a 2011 distribuída por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.

Municípios	2009	2010	2011
Alfenas	11,26	13,46	3,22
Machado	17,86	18,48	17,75
Campos Gerais	20,06	3,04	7,97
Campestre	22,62	17,17	28,44
Carmo do Rio Claro	0*	5,43	0*
Paraguaçu	0*	8,85	24,1
Poço Fundo	0*	0*	0*
Botelhos	24,39	6,49	16,95
Areado	16,39	4,83	11,36
Alterosa	13,79	0*	5,88
Campo do Meio	8,55	26,09	19,23
Conceição da Aparecida	0*	15,63	0*
Serrania	0*	11,12	9,8
Divisa Nova	15,15	11,9	14,71
Bandeira do Sul	36,36	0*	32,79
Carvalhópolis	0*	0*	0*
Fama	55,56	0*	43,48
Média**	22,00	11,87	18,13

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do DATASUS ⁽¹⁰⁷⁾

Notas: *Não possui informação no DATASUS. **A média foi calculada somente com os Municípios cujos dados foram informados.

A média da Taxa de Mortalidade Infantil da região (17,33) foi muito superior à do Estado de Minas Gerais (13,34) e à do Brasil (14,08). Destacam-se os municípios de Bandeira do Sul e de Fama pelos altos valores nesse indicador e o município de Alfenas pelo decréscimo em sua taxa ⁽¹⁰⁷⁾.

Tabela 11 - Óbitos maternos de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.

Municípios	Total de óbitos de mulheres			Óbitos Maternos					
				2009		2010		2011	
	2009	2010	2011	N	%	N	%	N	%
Alfenas	206	212	237	0	0,00	1	0,47	1	0,42
Machado	95	90	109	0	0,00	1	1,11	0	0,00
Campos Gerais	73	68	73	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Campestre	64	51	67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Carmo do Rio Claro	47	68	50	0	0,00	1	1,47	0	0,00
Paraguaçu	53	65	67	0	0,00	1	1,54	0	0,00
Poço Fundo	46	49	36	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Botelhos	49	33	53	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Areado	26	33	55	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Alterosa	31	37	45	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Campo do Meio	34	41	32	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Conceição da Aparecida	29	29	25	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Serrania	21	22	23	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Divisa Nova	6	15	14	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Bandeira do Sul	11	11	21	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Carvalhópolis	8	11	12	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Fama	7	3	6	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	806	838	925	0	0,00	4	0,48	1	0,11

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do DATASUS ⁽¹⁰⁸⁾.

O total de óbitos em mulheres foi crescente na região, e a média de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil não difere da média estadual e da nacional. Chama a atenção o fato de que, no segundo indicador avaliado, os municípios de Alterosa, Carmo do Rio Claro, Botelhos e Conceição da Aparecida mantêm o percentual abaixo de dois dígitos e em Serrania e Campo do Meio, o mesmo indicador é crescente ⁽¹⁰⁸⁾.

Na Tabela 12, são apresentados os valores da cobertura vacinal dos municípios da região de saúde de Alfenas.

Tabela 12 - Taxa de cobertura vacinal por tetravalente de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.

Municípios	2009	2010	2011
Alfenas	84,9	87,72	91,81
Machado	98,02	94,64	92,66
Campos Gerais	112,15	95,42	104,3
Campestre	100	105,43	90,95
Carmo do Rio Claro	96	76,61	73,39
Paraguaçu	116,37	93,07	114,29
Poço Fundo	102,21	92,06	86,24
Botelhos	116,46	121,14	157,72
Areado	99,37	103,83	111,48
Alterosa	106,29	124,83	108,28
Campo do Meio	111,3	108,55	109,4
Conceição da Aparecida	145,97	108,59	110,94
Serrania	111	89,08	85,71
Divisa Nova	89,66	133,33	124,24
Bandeira do Sul	200	143,64	163,64
Carvalhópolis	120,51	109,76	104,88
Fama	133,33	100	122,22
Média	114,3	105,16	108,95

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do DATASUS ⁽¹⁰⁹⁾.

Para interpretar esse resultado, consultaram-se as notas técnicas do DATASUS⁽¹¹⁰⁾, as quais informam que o cálculo da cobertura vacinal para população menor de um ano, a partir de 2006, foi feito com base nos dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, que tem como fonte de dados principais a Declaração de Nascidos Vivos – DNV. Esta é emitida pelos estabelecimentos de saúde e pelas secretarias de saúde em casos de partos domiciliares. Logo, nos municípios que possuem setores com obstetrícia clínica e cirúrgica como Machado, Alfenas e Carmo do Rio Claro, e que possuem pactuação de referência para gestantes de outras localidades sem o mesmo serviço, apresentam índices inferiores ao indicado pelo Ministério da Saúde (acima de 95%). Esse desempenho também é agravado pelo fato de os dois últimos municípios citados possuírem extensa área territorial, tendo grande parte tomada pelo lago de Furnas que se constitui em uma barreira geográfica importante para o acesso a

algumas localidades rurais. Já municípios que não possuem tal serviço, como Divisa Nova, Carvalhópolis, Bandeira do Sul e Fama, apresentam valores muito superiores a 100%⁽¹⁰⁹⁾.

Tabela 13 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.

Municípios	2009	2010	2011
Alfenas	71,44	70,39	73,82
Machado	65,28	66,32	72,58
Campos Gerais	61,6	70,82	60,56
Campestre	97,29	93,13	81,99
Carmo do Rio Claro	80,24	78,8	84,16
Paraguaçu	67,1	71,24	75,9
Poço Fundo	90,48	96,2	93,33
Botelhos	65,04	68,83	61,86
Areado	78,14	71,01	71,02
Alterosa	62,76	78,61	90,59
Campo do Meio	58,12	62,61	60,58
Conceição da Aparecida	70,31	80,47	81,65
Serrania	60,5	59,6	82,35
Divisa Nova	59,09	73,81	79,41
Bandeira do Sul	61,82	74,19	72,13
Carvalhópolis	75,61	70	77,5
Fama	50	64	78,26
Média	69,11	73,53	76,33

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do DATASUS⁽¹¹¹⁾.

O pré-natal feito, com o número de consultas preconizado, foi pauta prioritária para o fortalecimento da atenção básica no Pacto pela Saúde de 2007 a 2011⁽²⁷⁾. Nota-se que na região a média dessas consultas é maior do que a média do Estado de Minas (68,32%) e a do país (59,92%). A média de consultas foi crescente no intervalo de tempo estudado em 11 municípios, contudo, em seis cidades, houve variação negativa⁽¹¹¹⁾.

Tabela 14 - Razão de exame citopatológico de colo de útero em mulheres de 25 a 59 anos e mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, de 2009 a 2011, distribuídos por local de residência, microrregião de saúde de Alfenas – MG.

Municípios	Exame cito patológico			Mamografia		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Alfenas	0,24	0,22	0,17	0,23	0,20	0,34
Machado	0,22	0,19	0,20	0,10	0,11	0,06
Campos Gerais	0,26	0,18	0,14	0,01	0,05	0,13
Campestre	0,16	0,18	0,16	0,04	0,11	0,16
Carmo do Rio Claro	0,18	0,22	0,20	0,14	0,39	0,29
Paraguaçu	0,26	0,25	0,24	0,08	0,12	0,18
Poço Fundo	0,30	0,31	0,27	0,06	0,15	0,17
Botelhos	0,25	0,21	0,17	0,02	0,11	0,13
Areado	0,17	0,16	0,11	0,03	0,21	0,19
Alterosa	0,37	0,31	0,28	0,04	0,30	0,27
Campo do Meio	0,23	0,25	0,18	0,01	0,14	0,23
Conceição da Aparecida	0,21	0,18	0,24	0,05	0,12	0,25
Serrania	0,29	0,32	0,30	0,11	0,13	0,24
Divisa Nova	0,34	0,33	0,23	0,14	0,22	0,34
Bandeira do Sul	0,17	0,17	0,13	0,01	0,15	0,22
Carvalhópolis	0,20	0,18	0,20	0,04	0,33	0,24
Fama	0,32	0,33	0,23	0,12	0,12	0,28
Média	0,25	0,23	0,20	0,07	0,17	0,22

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do DATASUS⁽¹¹²⁾

A detecção precoce das formas de câncer que mais acometem as mulheres é feita pelo exame citopatológico de colo de útero e da mamografia. Aqui, no período de tempo estudado, a razão de realização do exame cito patológico apresenta decréscimo na média da microrregião, especificamente em 11 municípios, tendo Areado e Bandeira do Sul com os piores resultados. Os municípios de Poço Fundo, Alterosa e Serrania possuem os melhores resultados, ainda que nos dois últimos haja uma variação negativa. Apenas o município de Conceição da Aparecida apresentou uma variação positiva nessa razão. Já a cobertura dos exames de mamografia, apresentou um amplo crescimento em todos os municípios da microrregião, com exceção de Machado. Alfenas destaca-se nessa cobertura por possuir os dois serviços da micro⁽¹¹²⁾.

Tabela 15 - Distribuição dos serviços de atenção primária à saúde e percentual de cobertura pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de saúde de Alfenas – MG, maio de 2013.

Município	Unidades Básicas/Centro de Saúde	Posto de Saúde	Número de Equipes da ESF	% de Cobertura da ESF
Alfenas	5	1	13	60,79
Machado	3	18	3	26,75
Campos Gerais	1	2	7	75
Campestre	1	0	1	16,68
Carmo do Rio Claro	1	1	3	50,67
Paraguaçu	0	0	5	85,21
Poço Fundo	0	0	5	86,47
Botelhos	0	0	1	23,12
Areado	1	0	3	50,25
Alterosa	0	0	4	100
Campo do Meio	0	0	5	100
Conceição da Aparecida	0	0	3	100
Serrania	0	0	3	100
Divisa Nova	0	0	1	59,86
Bandeira do Sul	1	0	0	0
Carvalhópolis	0	0	1	100
Fama	0	0	1	100
Total	13	22 ¹	59	66,75

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados disponíveis no CNES⁽¹³⁾.

Notas: ¹ De acordo com os registros do CNES esses postos não possuem profissionais cadastrados

Sobre a distribuição de serviços de atenção primária, verifica-se a alta cobertura da ESF, sendo que 76,47% dos municípios possuem mais de 50% da população atendida nessa modalidade e em 10 municípios, foi modalidade de escolha organizar a assistência de saúde da população.

A ESF foi a forma de escolha do Ministério da Saúde para a organização da AB⁽²⁰⁾, também foi a escolha da maioria dos gestores municipais do território estudado. Em Minas Gerais, a Estratégia de Saúde da Família recebe o reforço de uma política estadual própria, o Programa Saúde em Casa⁽³⁴⁾, que co-financia e incentiva os municípios na organização da atenção básica.

A despeito da alta cobertura pela ESF e do apoio estadual, alguns indicadores relacionados à atenção primária à saúde não são favoráveis. A alta taxa de mortalidade infantil, de óbito materno, de óbito de mulheres em idade fértil e a baixa taxa de realização de exame citopatológico de colo de útero depõem contra a qualidade da assistência prestada na atenção básica nessa região.

Sobre a rede hospitalar e a distribuição de leitos do *locus* de estudo, tem-se o seguinte quadro: três municípios sem hospital; 13 municípios detêm hospitais gerais de pequeno porte e baixa complexidade e um município possui dois hospitais gerais de médio porte e de média e de alta complexidade, classificados de acordo com o número de leitos. A microrregião possui 667 leitos hospitalares que estão majoritariamente distribuídos na respectiva ordem decrescente: clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria clínica e concentrados nos hospitais gerais das cidades de Alfenas e Machado ⁽¹¹³⁾. A internação eletiva e de urgência em todos os hospitais da microrregião, bem como da Macrorregião Sul de Minas, é regulada pela Central Macrorregional que opera dentro da Superintendência Regional de Saúde de Alfenas.

Para estudos, gestão e planejamento em saúde, tem-se o pressuposto de que a organização da assistência à saúde por meio da regionalização é fundamentada nos serviços de atenção primária à saúde, os quais são de responsabilidade sanitária do município ⁽³³⁾, o que é contemplado nessa região de saúde.

Sobre a rede hospitalar, a quantidade de leitos aferida ainda é suficiente para suprir a necessidade de atendimento nas especialidades citadas no texto. Para essa inferência, utilizou-se como referência a portaria n.º 1101/2002 ⁽¹¹⁴⁾ que institui os parâmetros de cobertura Assistencial no âmbito do SUS. No entanto não foi objeto desta pesquisa a avaliação da complexidade de atendimento credenciado nesses hospitais/leitos.

No atendimento em terapia intensiva, há na região 20 leitos de Unidade Terapia Intensiva - UTI adulto; dez leitos de UTI

pediátrica; seis leitos de UTI neonatal e seis leitos de Unidade de Cuidados Intermediários - UCI neonatal⁽¹¹³⁾.

Segundo os parâmetros da portaria citada, o número de leitos de TI adulto é inferior ao mínimo recomendado, que seria de 27 leitos (4% do número total de leitos hospitalares). Ainda de acordo com a portaria SAS/MS Nº 650 de 5 de outubro de 2011, que estabelece os cálculos de conformação da Rede Cegonha⁽¹¹⁵⁾, 6% dos leitos de UTI adulto devem ser destinados ao atendimento obstétrico. Devem-se dimensionar dois leitos de UTI neonatal e três leitos de UCI neonatal na região para cada 1000 nascidos vivos. De acordo com o DATASUS⁽¹¹¹⁾, a média de nascidos vivos na região no período de 2009 a 2011 foi de 3661, portanto deveriam existir 7,32 leitos de UTI neonatal e 11 leitos de UCI neonatal. Conclui-se que a atual capacidade instalada na região atende parcialmente a necessidade estimada.

A base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde é a macrorregião, que engloba microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e de acesso a serviços de saúde, de serviços ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica. Pressupõe-se que na microrregião de Alfenas não deveria ocorrer essa defasagem Assistencial de AC citada anteriormente, já que sua cidade maior cidade está qualificada como polo Assistencial de microrregião e de macrorregião. A regulação Assistencial de referência para os níveis secundário e terciário é feita por meio de acordos regionais na Programação Pactuada Integrada da Assistência a Saúde – PPI/AS), seguindo o previsto no PDR/MG.

Tabela 16 - Distribuição de consultório/sala e leito/equipos nas unidades urgências e emergências da microrregião de Alfenas - MG, maio de 2013.

Município	Cons./sala		Leito/Equipo	
	N	%	N	%
Alfenas	34	17,09	13	16,25
Machado	23	11,56	9	11,25
Campos Gerais	7	3,52	3	3,75
Campestre	19	9,55	5	6,25
Carmo do Rio Claro	7	3,52	3	3,75
Paraguaçu	17	8,54	16	20
Poço Fundo	12	6,03	4	5
Botelhos	9	4,52	2	2,50
Areado	15	7,54	6	7,50
Alterosa	11	5,53	7	8,75
Campo do Meio	14	7,04	8	10
Conceição da Aparecida	10	5,03	1	1,25
Serrania	8	4,02	3	3,75
Divisa Nova	1	0,00	0	0,00
Bandeira do Sul	13	6,53	0	0,00
Carvalhópolis	0	0,00	0	0,00
Fama	0	0,00	0	0,00
Total	200	100,00	80	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do CNES⁽¹¹³⁾.

De acordo com os registros do CNES⁽¹¹³⁾, os serviços de urgência e de emergência das cidades de Machado, Campestre, Campos Gerais e Paraguaçu são desvinculadas das instituições hospitalares, estando identificados como Pronto Atendimento Municipal/ Pronto Socorro Geral. Nas cidades de Fama e de Carvalhópolis, não existe esse tipo de unidade de atendimento; nas demais cidades, as unidades de urgência e de emergência são setores anexos aos hospitais gerais.

Não foram encontrados registros no CNES de Serviço de Atenção Móvel de Urgência e Emergência – SAMU ou da central de regulação de urgência. Na cidade de Alfenas, esse atendimento é feito pelo Corpo de Bombeiros, não se encontrando referência desta instituição nas demais cidades.

A atenção às urgências e emergências é desarticulada, não existe central de regulação própria ou um serviço de atendimento

móvel de urgência – SAMU, como prevê a portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011⁽¹⁴⁾. Logo, uma das importantes portas de entrada para o SUS não está em conformidade com as características da população, haja vista que dentre as principais causas de morbidade e mortalidade estão as lesões por envenenamento e causas externas, respectivamente.

Tabela 17 - Distribuição dos serviços de apoio diagnóstico na microrregião de Alfenas MG, maio de 2013.

Município	Raio X		Diagnóstico por Laboratório Clínico	
	N	%	N	%
Alfenas	5	25,00	4	21,05
Machado	1	5,00	1	5,26
Campos Gerais	1	5,00	1	5,26
Campestre	1	5,00	1	5,26
Carmo do Rio Claro	1	5,00	1	5,26
Paraguaçu	3	15,00	1	5,26
Poço Fundo	1	5,00	3	15,79
Botelhos	1	5,00	1	5,26
Areado	1	5,00	1	5,26
Alterosa	1	5,00	1	5,26
Campo do Meio	1	5,00	1	5,26
Conceição da Aparecida	1	5,00	1	5,26
Serrania	1	5,00	1	0,00
Divisa Nova	0	0,00	1	5,26
Bandeira do Sul	1	5,00	1	5,26
Carvalhópolis	0	0,00	0	0,00
Fama	0	0,00	0	0,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do CNES⁽¹¹³⁾.

Os serviços de apoio diagnóstico da microrregião acompanham a rede hospitalar. Os pontos de atenção à saúde em nível secundário são espaços e estruturas dos hospitais e de seus respectivos ambulatorios de especialidades e de serviços de apoio diagnóstico, localizados principalmente nas cidades de Alfenas e de Machado, polos da microrregião. Também compõe a rede de atenção secundária o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos – CISLAGOS que é uma

associação entre municípios para a realização desse nível Assistencial, prevista na legislação estruturante do SUS. Esse consórcio oferece aos seus municípios consultas e exames especializados regulados por central própria e também coordena o transporte para tratamento eletivo fora do domicílio⁽¹¹³⁾.

Giovanella (2003)⁽⁸⁵⁾ considera que a presença de consórcios intermunicipais de saúde é um importante indicativo de articulação entre os diversos níveis de sistema de saúde público, garantindo a referência para outros níveis assistências e a integralidade.

Para melhor caracterização dos serviços públicos de atenção secundária⁽¹¹³⁾ na microrregião, estes foram agrupados em categorias com o respectivo quantitativo de unidades disponíveis: exames clínicos laboratoriais⁽⁵⁾; de imagem⁽³²⁾; de função cardíaca e pulmonar⁽⁸⁾; eletroencefalograma⁽¹⁾; serviços de fisioterapia⁽²⁰⁾; serviço odontológico⁽¹⁹⁾; serviço oftalmológico⁽⁵⁾; atenção auditiva⁽⁵⁾; serviço de atendimento psicossocial⁽⁴⁾; hemoterapia e medicina transfusional⁽⁴⁾; atenção domiciliar⁽²⁾; cirurgia vascular⁽¹⁾; controle do tabagismo⁽¹⁾; medicina nuclear⁽¹⁾; órtese e prótese e materiais em gastroenterologia⁽¹⁾; pneumologia⁽¹⁾ e práticas integrativas complementares⁽¹⁾. Não foi objeto de estudo elencar os vazios Assistenciais da microrregião.

Essa organização regional teve um resultado positivo, pois, seguindo os parâmetros da Portaria n.º 1101/2002⁽¹¹⁴⁾, a distribuição dos exames e de terapias como Raio X, de mamografia, de diálise, de ultrassonografia e de ressonância magnética são suficientes, enquanto que de densitometria óssea e de tomografia computadorizada apresentam quantidade inferior à necessidade.

No território em análise as condições de vida, de assistência à saúde, de adoecimento e de morte da população parecem ainda não sofrido melhoria a despeito da ampla cobertura da APS e das boas condições da infraestrutura urbana. Esse resultado é contrário ao que é demonstrado na literatura a qual afirma que a expansão da Estratégia Saúde da Família tem relação com a diminuição das

taxas de mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial como diabetes e problemas respiratórios^(116,117).

A regionalização da assistência à saúde para o atendimento secundário e terciário é um processo consolidado na microrregião de Alfenas, mas que ainda necessita de aperfeiçoamento tendo em vista investimento em infra estrutura e gestão para terapia intensiva e para urgência e emergência.

Por meio da avaliação da ESF feita pelo usuário, pelo profissional e pelo usuário responsável/cuidador de crianças de 0 a 2 anos apresentada a seguir, será possível buscar mais subsídios para a compreensão desse quadro no tocante a assistência a saúde na atenção primária.

6.2 AVALIAÇÃO DA APS POR MEIO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONARIO PCATool AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os resultados da avaliação da APS por meio da aplicação do PCATool – Brasil, versão dirigida aos profissionais de saúde estão ordenados na caracterização dos sujeitos participantes e na apresentação do desempenho dos atributos avaliados pelos mesmos.

Participaram dessa avaliação 34 profissionais de saúde sendo 19 enfermeiros e 15 médicos. O perfil dos participantes está caracterizado na tabela 18.

Tabela 18 - Caracterização dos profissionais de saúde participantes do estudo, na microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Categorias	Variáveis	N	%
Tipo	ESF	34	100,00
Cidade	Alfenas	10	29,40
	Alterosa	5	14,70
	Campo do Meio	8	23,50
	Campos Gerais	4	11,80
	Carmo do Rio Claro	1	2,90
	Conceição da Aparecida	2	5,90
	Divisa Nova	1	2,90
	Paraguaçu	1	2,90
	Poço Fundo	1	2,90
	Serrania	1	2,90
Sexo	Feminino	23	67,60
	Masculino	11	32,40
Faixa Etária	20 a 29 anos	9	26,50
	30 a 39 anos	13	38,20
	40 a 49 anos	7	20,60
	50 a 59 anos	4	11,80
	60 a 69 anos	1	2,90
Cor	Branca	32	94,10
	Parda	2	5,90
Estado Civil	Solteiro	12	35,30
	Casado/amasiado	19	55,90
	Separado/divorciado	3	8,80
Profissão	Médico	15	44,10
	Enfermeiro	19	55,90
Tempo de Formação	De 1 a 5 anos	8	23,50
	De 6 a 10 anos	11	32,40
	De 11 a 15 anos	4	11,80
	De 16 a 20 anos	6	17,60
	Mais de 20 anos	5	14,70
Número de Locais de Trabalho	1	19	55,90
	2	8	23,50
	3	4	11,80
	4	3	8,80
Horas Trabalhadas na Semana	40	21	61,80
	60	11	32,40
	80	1	2,90
	100	1	2,90
Tempo de Trabalho no Serviço de Saúde	De 1 a 5 anos	19	55,90
	De 6 a 10 anos	12	35,30
	De 11 a 15 anos	3	8,80
Carga Horária Semanal no Serviço de Saúde Atual	30 horas	1	2,90
	40 horas	33	97,10

A amostra inicial, em conformidade com os critérios de inclusão era de 44 profissionais (22 médicos e 22 enfermeiros). Desse quantitativo, houve 21% de perdas de participantes da pesquisa. A não realização das entrevistas ocorreu por recusa do profissional, por troca do profissional de unidade, por afastamento por motivo de saúde, por gozo de férias, por impossibilidade de agendamento da entrevista, por erro na modalidade de preenchimento do questionário e por demissão.

Sobre os participantes deste estudo, destaca-se que 76,5% deles têm tempo de formação superior a cinco anos, 64,7 %, têm entre 20 e 39 anos; o serviço de saúde da APS é o único vínculo empregatício (55,9%), no qual perfazem carga horária semanal de 40 horas de trabalho, e possuem entre um e cinco anos de tempo de trabalho no serviço de saúde da atenção primária (55,9%).

Alfenas possui maior número de entrevistados por ser o único município de médio porte da microrregião e com o maior número de unidades, seguido pelos municípios de Campo do Meio e de Alterosa.

Tabela 19 - Qualificação no nível de pós graduação *latu sensu* dos profissionais de saúde na microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Especialidade	Enfermeiro		Médico	
	f	%	f	%
Área da APS	17	89,48	2	13,33
Outros	1	5,26	10	66,67
Sem Especialidade	1	5,26	3	20
Total	19	100	15	100

Sobre as características dos profissionais entrevistados, constantes nas tabelas 18 e 19, destaca-se que grande parte dos enfermeiros possuem alguma especialização na área de APS, ao contrário do pequeno percentual de médicos com a mesma qualificação. Neste estudo, foram consideradas especializações na área da APS as que os participantes identificaram como: saúde pública, atenção básica, saúde da família, programa de saúde da

família e medicina de família. Índices semelhantes aos deste estudo foram encontrados em outros trabalhos^(118,119). Os mesmos autores consideram investimento na formação profissional em APS, tanto especialização quanto programa de educação continuada que alcance todos os profissionais é uma forma de qualificar a atenção nesses serviços⁽¹¹⁸⁾. Essa qualificação visa distanciar a atenção à saúde do modelo médico e aprimorar as habilidades e as competências dos profissionais à uma assistência integral.

Em estudo realizado na cidade de Montes Claros⁽⁷⁹⁾, avaliando a associação da qualificação de médicos e enfermeiros e a qualidade percebida pelo usuário, concluiu-se que a especialização na modalidade de residência de medicina da família e comunidade para médico e residência em saúde da família para enfermeiros apresenta potencialidade para a transformação do modelo de atenção a partir dos atributos da APS.

O baixo índice de profissionais especialistas em APS nesta microrregião não é condizente com o histórico de programas de qualificação dos profissionais de saúde, desde a década de 2000 até hoje.

Essa característica do grupo de profissionais participantes reforça a informação que apareceu na definição da amostra: o critério “tempo de serviço de no mínimo um ano na unidade” foi o que mais excluiu os profissionais da participação neste estudo.

Infere-se que não tal situação se deve à falta de uma efetiva política de fixação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, já que 100% dos Enfermeiros participantes do estudo responderam que possuem especialização na área.

Estudos mostram que, dentre as maiores causas de rotatividade de profissionais, estão os vínculos precários de trabalho⁽¹²⁰⁾, ausência de capacitação adequada, o tempo de locomoção e a falta de materiais para realização do trabalho⁽¹²¹⁾. A alta rotatividade dos profissionais constitui-se em um fator enfraquecedor da integração da equipe, da construção do vínculo

com a comunidade, com a família e com o usuário, além da manutenção da Longitudinalidade da assistência à saúde, consequentemente afetando negativamente a atuação da ESF. Nesta região, ainda não foram realizados estudos sobre rotatividade dos profissionais da ESF.

Tabela 20 - Valores médios e desvios padrão dos atributos da Atenção Primária à Saúde conferidos pelos profissionais de saúde da microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributos	Mínimo	Máximo	Média	DP
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	2,22	7,04	4,13	1,25
Longitudinalidade	5,13	9,74	7,86	1,17
Coordenação - Integração de Cuidados	4,44	10,00	6,91	1,49
Coordenação - Sistema de Informação	4,44	10,00	8,95	1,37
Integralidade - Serviços Disponíveis	4,29	9,39	6,80	1,22
Integralidade - Serviços Prestados	4,89	10,00	8,01	1,24
Orientação Familiar	4,44	10,00	8,82	1,39
Orientação Comunitária	3,89	10,00	7,68	1,44
Escore Essencial	5,84	8,40	7,12	0,77
Escore Geral	5,95	8,73	7,40	0,77

O escores dos atributos da APS, aferidos pela aplicação do PCATool, possuem duas categorias de resultado definidas pela valor médio de 6,6: os resultados acima deste valor se classificam como alto escore e abaixo dele, como baixo escore⁽⁴⁹⁾.

Pela avaliação dos profissionais de saúde, a maioria dos atributos recebeu avaliações positivas, destacando-se Coordenação – Sistema de Informações, Orientação Familiar e Longitudinalidade. Apenas o atributo de Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade ficou classificado como baixo escore.

Resultado semelhante foi encontrado em estudos realizados na APS, comparando-se a ESF com a AB tradicional. O atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade apresentou o menor escore médio na opinião dos profissionais, nas modalidades avaliadas, tanto em municípios de grande porte em diferentes regiões do país^(53,54,64,118,119,122–124) quanto na avaliação da ESF em municípios de pequeno porte⁽¹²⁵⁾. Somente em um estudo⁽¹²⁶⁾, o

referido atributo apresentou alto escore médio nas modalidades avaliadas pelos profissionais, com uma diferença significativa a favor da ESF. Em grande parte dos estudos, os profissionais de saúde da ESF avaliaram com altos escores a maioria dos atributos da APS constantes no PCATool^(40,41,121,124,125).

Obtiveram baixos escores médios na avaliação dos profissionais da ESF os atributos de Longitudinalidade^(118,119) e Integralidade⁽¹¹⁸⁾, Orientação Familiar^(64,126), Coordenação – Integração de Cuidados⁽¹²⁶⁾, Integralidade – Serviços Disponíveis⁽¹²⁶⁾ e Orientação Comunitária⁽¹²⁶⁾.

Em trabalhos que utilizaram a versão do PCATool, na qual não houve a divisão do atributo Coordenação, este foi bem avaliado tanto na modalidade de atenção básica tradicional quanto na ESF^(53,54,64,69,123,125).

O componente Integralidade - Serviços Disponíveis tem a proposta de avaliar a estrutura da unidade de saúde por meio de um rol de serviços a serem prestados. Ainda que o resultado desse componente tenha sido classificado como alto escore, o valor médio obtido (6,8) foi muito próximo ao valor limite de classificação que é 6,6. No estudo de Castro et al (2012)⁽¹¹⁸⁾ os profissionais da ESF avaliaram o componente em 6,53 (baixo escore), também muito próximo ao valor limite. Em outros estudos^(119,122,125), o componente Integralidade - Serviços Disponíveis recebeu altos escores médios na avaliação dos profissionais de saúde, muito acima do valor limite.

Na opinião dos profissionais, o atributo Orientação Comunitária recebeu avaliação classificada como alto escore. Resultados análogos apareceram em outros estudos^(54,64,118,119,122,123,125). Em contrapartida, nos estudos de Ibanez et al (2006)⁽⁵³⁾ e Cunha (2006)⁽¹²⁶⁾, o atributo de Orientação Comunitária recebeu um baixo escore na avaliação dos profissionais, embora com valores muito próximos ao valor limite de classificação.

Na região de saúde de Alfenas, a estrutura e os processos relacionados ao atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade devem receber prioridade nas iniciativas para a qualificação da APS, de acordo com a avaliação dos profissionais de saúde participantes deste estudo.

Para a análise dos dados, considerou-se que há diferença estatística entre as médias se houver valor de $p < 0,05$. Utilizando-se as variáveis profissão e sexo, para comparação das médias dos atributos da APS com a aplicação do teste T de Student e com o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, não foram encontradas diferenças estatísticas.

Comparando-se as médias dos atributos da APS das variáveis tempo de formação, tempo de trabalho no serviço de saúde e número de locais de trabalho, utilizando o teste Jonckheere-Terpstra, obtiveram-se resultados considerados iguais.

Comparando-se os diferentes estados civis dos profissionais participantes da pesquisa por meio do teste Wilcoxon-Mann-Whitney, não houve diferenças significativas entre os valores médios de cada atributo.

No estudos de Chomatas⁽¹²²⁾ e Kolling⁽¹²⁵⁾, não houve associações entre escores mais elevados de cada atributos da APS e tempo de formado, idade, tempo de serviço e carga horária semanal no serviço de saúde. Na tabela 21, demonstra-se o único resultado de cruzamento entre as variáveis nas quais houve significância estatística.

Tabela 21 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com a qualificação no nível *latu sensu* pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributos da APS	Especialidade	Média	DP	Valor-p ¹
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Sim	3,93	1,13	0,020
	Não	5,65	1,22	
Longitudinalidade	Sim	7,79	1,21	0,469
	Não	8,32	0,77	

(continua)

(continuação)				
Atributos da APS	Especialidade	Média	DP	Valor-p ¹
Coordenação - Integração de Cuidados	Sim	6,70	1,44	0,022
	Não	8,47	0,83	
Coordenação - Sistema de Informação	Sim	8,93	1,41	0,885
	Não	9,17	1,06	
Integralidade - Serviços Disponíveis	Sim	6,73	1,23	0,380
	Não	7,42	1,06	
Integralidade - Serviços Prestados	Sim	7,93	1,19	0,260
	Não	8,67	1,54	
Orientação Familiar	Sim	8,89	1,30	0,734
	Não	8,33	2,13	
Orientação Comunitária	Sim	7,67	1,39	0,871
	Não	7,78	1,98	
Escore Essencial	Sim	7,00	0,71	0,019
	Não	7,98	0,66	
Escore Geral	Sim	7,32	0,73	0,134
	Não	7,99	0,93	
(conclusão)				

Nota: ¹Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney

Comparando-se as avaliações dos profissionais que possuem especialização e as dos que não possuem, houve diferenças significativas nos atributos Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, Coordenação – Integração de Cuidados e no Escore Essencial. Nesses atributos, foram mais altos os escores médios das avaliações feitas pelos profissionais que não possuem especialização.

Esse resultado é contrário à literatura, na qual estudos sugerem que os profissionais com maior qualificação na área de APS avaliam melhor os atributos da APS. No estudo de Castro et al.⁽¹¹⁸⁾, possuir especialização em APS aumentou a prevalência de alto escore geral. No estudo de Chomatas et al.⁽¹²²⁾, houve associação positiva entre possuir especialização em APS e melhor avaliação dos escores somente para os enfermeiros, mas, não, para os médicos. Associando a especialização dos profissionais médicos e enfermeiros aos escores médios dos atributos da APS concedidos pelos cuidadores de crianças de 0 a 2 anos, o estudo de Leão e Caldeira (2011)⁽⁷⁹⁾ encontrou que, em equipes em que atuavam

profissionais com residência e ou especialização em saúde da família, estes apresentaram escores mais altos do que equipes nas quais os profissionais não possuíam tal qualificação.

No estudo de Kolling (2008)⁽¹²⁵⁾, não houve associação entre possuir algum tipo de especialização ou residência e conceder escores médios mais altos aos atributos da APS.

Os resultados apresentados nas tabelas 22 a 28 são referentes aos itens que compõem cada atributo da atenção primária. Assim, pôde-se avaliar, tendo como referência o percentual 66,6 %, qual das dimensões que compõem o atributo encontra-se enfraquecida ou potencializada, compreendendo-se melhor o resultado conferido ao atributo em si.

Os itens de cada atributo da APS, propostos no instrumento PCATool, tiveram a consistência interna e a confiabilidade avaliada pelo método Alfa de Cronbach (o teste afere essas características e o seu valor varia entre 0,00 e 1,00; quanto mais alto o coeficiente, mais consistente é a medida)⁽⁹²⁾.

Tabela 22 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo acesso de primeiro contato – acessibilidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,501, N = 34).

Avaliação	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	2,94	2,94	61,76	64,71	29,41	8,82	5,88	67,65	5,88
Provavelmente, sim	0,00	11,76	38,24	26,47	2,94	2,94	0,00	29,41	20,59
Provavelmente, não/não sei não lembro	8,82	2,94	0,00	2,94	8,82	17,65	11,76	0,00	47,06
Com certeza, não	88,24	82,35	0,00	5,88	58,82	70,59	82,35	2,94	26,47
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: 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 as 20 horas? A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, 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 o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? 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? A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? 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? 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)?

Os itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade foram propostos para avaliar a estrutura e o processo de trabalho. No que diz respeito à disponibilidade de horário de funcionamento, de meios de atendimento e de comunicação, os itens A1, A2, A5, A6 e A7 receberam maiores percentuais de resposta negativa, o que contribuiu para o baixo escore do atributo.

A forma de organização dos serviços é definida pelas normas da administração municipal, com pouco ou nenhum controle por parte dos profissionais, o que contribuiu para esse resultado desfavorável na opinião deste grupo.

Confrontando com o resultado do item A4, relata-se que houve dificuldade no processo de agendamento das visitas para a coleta de dados, já que muitas unidades desta microrregião eram desprovidas de telefone.

Para Chomatas (2013)⁽¹²²⁾, tal resultado reflete a (in)disponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários fora do atendimento normal da unidade de saúde, como períodos noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos. O autor reflete que, como na realidade brasileira a maioria dos serviços de APS funciona de segunda a sexta feira em período diurno, existem dois caminhos para melhorar esse resultado: a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação ou de uma mudança no modelo de atenção, aumentando a disponibilidade do serviço ao cidadão, mantendo o vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto-atendimento.

Reforçando as considerações acima, outros estudos^(85,127) afirmam que, para que a ESF se efetive como porta de entrada do sistema de saúde, é necessário, dentre outras questões, que se repensem os horários de funcionamento das unidades. Na

microrregião de Alfenas, de maneira geral, as unidades da ESF funcionam em horário comercial nos dias úteis da semana, visto que a coleta de dados só pôde ser realizada nesses períodos.

A questão da melhoria do acesso na APS passa por decisão política e administrativa que envolve muito além da extensão do horário de funcionamento da unidade ou da instalação de telefones para facilitar o acesso e a comunicação dos usuários com o serviço. As condições de melhor execução do trabalho pela equipe de saúde deve ser o ponto central dessa mudança como: a segurança necessária para o período vespertino; o dimensionamento adequado de profissionais; a remuneração condizente aos horários e à jornada de trabalho; a implantação de protocolos para aconselhamento via telefone; a organização da programação dos serviços; o planejamento das ações a serem realizadas; a previsão dos insumos adequados e a capacitação técnica e ética necessárias para tal.

Referindo-se ao processo de trabalho da equipe da ESF, os itens que versam sobre o tempo de espera para o atendimento no serviço de saúde (A3), a comunicação por telefone entre profissionais e usuários (A8) e a facilidade na marcação de consultas (A9) obtiveram avaliações positivas por parte dos profissionais de saúde.

Tabela 23 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,764, N = 34).

Avaliação	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12	B13
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	88,24	76,47	44,12	41,18	76,47	70,59	79,41	29,41	50,00	32,35	23,53	32,35	20,59
Provavelmente, sim	8,82	23,53	55,88	41,18	23,53	29,41	14,71	44,12	44,12	32,35	32,35	58,82	52,94
Provavelmente, não/não sei não lembro	0,00	0,00	0,00	8,82	0,00	0,00	5,88	17,65	2,94	29,41	38,24	8,82	26,47
Com certeza, não	2,94	0,00	0,00	8,82	0,00	0,00	0,00	8,82	0,00	5,88	5,88	0,00	0,00
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	97,1	100	100	100	100

Notas: 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? B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles? B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor? B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? 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? B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente? B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas? B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

Dentre os atributos da APS, o da Longitudinalidade, além de reafirmar o serviço como uma fonte continuada de atenção ao longo do tempo, é o que mais versa sobre a relação interpessoal profissional/paciente.

Os itens B2, B3, B5 e B6 obtiveram 100% de avaliações positivas. Os profissionais consideram que a forma de conduzir seu processo de trabalho favorece a comunicação com o usuário do serviço de saúde.

Para Chomatas et al (2013)⁽¹²²⁾, esse atributo revela a capacidade dos profissionais em reconhecer melhor sua população eletiva. O trabalho de Macinko, Almeida e Oliveira (2003)⁽⁶⁹⁾ evidenciou que o vínculo mais claro com o cliente e a ESF se deve, em parte, ao arranjo organizacional que garante um maior tempo durante a consulta, o que lhe permite esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional.

Por outro lado, os itens B10 e B11 tiveram avaliações negativas. Eles tratam do quanto o profissional de saúde conhece o histórico de saúde e o trabalho dos usuários do serviço. Esse resultado evidencia que o profissional reconhece fragilidades importantes em sua atuação, do ponto de vista de determinantes de saúde.

Na PNAB⁽²⁸⁾, a Longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuário.

Starfield(2002)⁽²⁾, complementa que o conhecimento da população por parte do profissional deve acontecer independentemente da ocorrência de problemas de saúde. Mas também é esperado que os benefícios desse conhecimento resultassem em menos consultas, pois muitos problemas já conhecidos poderiam ser manejados por telefone. Outro resultado esperado, segundo a autora, seria menos hospitalizações, já que os

profissionais, provavelmente, seriam mais capazes de averiguar se o problema poderia ser manejado em casa.

Inferiu-se que o alto escore obtido no atributo da Longitudinalidade está relacionado ao tempo de trabalho no serviço de saúde atual da maioria dos profissionais participantes da pesquisa (de um a cinco anos), sendo um ponto forte para o desenvolvimento da relação profissional - usuário, haja vista a alta rotatividade de profissionais nessa área. Apesar desse resultado, ficou evidente que o (re)conhecimento do usuário do serviço pelos profissionais da ESF na microrregião de Alfenas ainda é uma questão a ser aperfeiçoada.

Tabela 24 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,546, N = 34).

Avaliação	C1	C2	C3	C4	C5	C6
	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	20,59	50,00	79,41	79,41	8,82	38,24
Provavelmente, sim	41,18	29,41	20,59	11,76	8,82	41,18
Provavelmente, não/não sei	29,41	20,59	0,00	2,94	41,18	14,71
não lembro						
Com certeza, não	8,82	0,00	0,00	5,88	41,18	5,88
Total	100	100	79,41	100	100	100

Notas: C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? C2 – Quando seus pacientes necessitam de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado? C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?

Na versão do PCATool utilizada para este estudo, o atributo *Coordenação* é dividido em *Coordenação – Integração de Cuidados* e *Coordenação – Sistema de Informação*. O propósito dessa divisão é a melhor compreensão dos resultados (Brasil, 2010)⁽⁴⁹⁾.

Na avaliação do componente *Coordenação – Integração de Cuidados*, o item C1 não alcançou o percentual de referência para

avaliação positiva e o item C5 obteve alto percentual de avaliação negativa. Esses itens abordam, respectivamente, o conhecimento do profissional sobre as consultas realizadas fora da atenção primária e a contrarreferência dos atendimentos nos níveis de maior complexidade.

Sobre a contrarreferência, Cunha (2006)⁽¹²⁶⁾ encontrou resultado semelhante para o mesmo item do PCATool, para o qual houve somente a média 16,7% de avaliações positivas.

Nos resultados de Macinko, Almeida e Oliveira 2003⁽⁶⁹⁾, tanto os profissionais da ESF quanto os das unidades básicas tradicionais referem que em cerca de metade dos casos encaminhados para outros níveis Assistenciais existem problemas para receber informações e resultados de consultas no processo de contrarreferência.

Estudando os principais nós críticos sobre referência e contrarreferência em duas regiões de saúde do Rio de Janeiro, a partir da visão dos profissionais de saúde da ESF, Serra e Rodrigues (2010)⁽¹²⁸⁾ encontraram como resposta que nunca ou quase nunca ocorre a contrarreferência dos pacientes encaminhados ao nível secundário. O estudo de Vitoria et al (2013) realizado em um município de grande porte em Santa Catarina, também cita a adequação do sistema de contrarreferência como uma das questões a serem aperfeiçoadas na estrutura do sistema de saúde.

Em pesquisas realizadas em Curitiba^(122,123), os profissionais avaliaram o componente Coordenação – Integração de Cuidados com altos escores. Os autores atribuíram esse resultado favorável à existência de um sistema de prontuário eletrônico integrado existente no município, que torna possível acessar resultados de exames e relatórios clínicos emitidos por outros profissionais de outros níveis Assistenciais nos demais estabelecimentos Assistenciais da rede de saúde.

Na microrregião em estudo, nenhum município possui um sistema de prontuário eletrônico. Em Alfenas, todas as unidades de

saúde próprias ou conveniadas ao SUS são interligadas por um sistema informatizado com o cadastro dos usuários, mas que não possui características de prontuário eletrônico, portanto não favorece o fluxo das informações clínicas entre os níveis Assistenciais.

Pela avaliação dos profissionais participantes deste estudo, o conhecimento sobre as consultas especializadas realizadas pelos usuários e a contrarreferência de outros níveis assistências para ESF, visando à continuidade do cuidado estão deficitárias na microrregião de Alfenas.

A ESF tem propósito se conformar como porta de entrada e como filtro do fluxo para o sistema de saúde. Ademais, deve cumprir o objetivo de ter no profissional da APS a figura do coordenador dos cuidados ao usuário, conduzindo-o pela rede Assistencial na busca da melhor qualidade Assistencial disponível possível, de acordo com sua necessidade de saúde. Para isso, necessita-se estabelecer e fortalecer o fluxo de informação na rede de serviços⁽⁸⁵⁾.

A coordenação 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⁽²⁾.

Tabela 25 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,073, N=34).

Avaliação	D1	D2	D3
	%	%	%
Com certeza, sim	67,65	82,35	88,24
Provavelmente, sim	20,59	5,88	11,76
Provavelmente, não/não sei não lembro	5,88	8,82	0,00
Com certeza, não	5,88	2,94	0,00
Total	100	100	100

Notas: D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim o quisessem? D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

Na validação do PCATool - Brasil, o componente Coordenação – Sistema de Informações não atingiu o ponto de corte estatístico necessário para sua validação mas, devido a sua importância conceitual, foi mantido⁽⁴⁹⁾.

Dentre os atributos avaliados pelos profissionais esse foi o que obteve escore médio mais alto. Em outros estudos de avaliação da APS utilizando o PCATool^(118,122) o componente Coordenação – Sistema de Informações também recebeu altos escores dos profissionais de saúde da APS.

Da mesma forma, a totalidade dos profissionais da ESF participantes do estudo de Macinko, Almeida e Oliveira (2003)⁽⁶⁹⁾ responderam que os prontuários estão sempre disponíveis durante o atendimento aos usuários.

Tabela 26 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,721, N=33).

Avaliação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	69,70	45,45	62,50	75,76	75,76	78,79	30,30	48,48	0,00	93,94	60,61	45,45	18,18	3,03	93,94	63,64	81,82	0,00	69,70	69,70	96,97	66,67
Provavelmente, sim	6,06	12,12	28,13	6,06	3,03	18,18	45,45	42,42	6,06	6,06	15,15	21,21	6,06	6,06	0,00	12,12	9,09	9,09	21,21	24,24	3,03	15,15
Provavelmente, não/não sei não lembro	6,06	6,06	6,25	3,03	3,03	0,00	12,12	3,03	3,03	0,00	9,09	9,09	9,09	3,03	3,03	12,12	0,00	3,03	3,03	6,06	0,00	6,06
Com certeza, não	18,18	36,36	3,13	15,15	18,18	3,03	12,12	6,06	90,91	0,00	15,15	24,24	66,67	87,88	3,03	12,12	9,09	87,88	6,06	0,00	0,00	12,12
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? E1 – Aconselhamento nutricional. E2 – Imunizações. E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social. E4 – Avaliação da saúde bucal. E5 – Tratamento dentário. E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos. E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. E11 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). E12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). E14 – Remoção de verrugas. E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou). E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. E17 – Cuidados pré-natais. E18 – Remoção de unha encravada. E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma). E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair). E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama. E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

Neste atributo, a Integralidade também sofreu divisão de seus itens em duas partes: Integralidade - Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados.

A análise dos itens do componente Integralidade - Serviços Disponíveis mostra que o alto escore médio obtido, porém pouco acima do limite de classificação sofreu influência do alto percentual de avaliações negativas dos itens que se referem a procedimentos classificados como cirúrgicos e invasivos (E9, E14, E18) e de ortopedia (E13). Outrossim, o estudo de Cunha (2006)⁽¹²⁶⁾ obteve resultados similares nos itens desse atributo que citam procedimentos cirúrgicos e invasivos como as suturas.

No item E2, que trata da imunização, 42,1% das respostas foram negativas. Esse resultado é convergente à observação feita pelos pesquisadores durante a coleta de dados de que em muitas unidades da ESF existe espaço físico para sala de imunização, mas ela não está equipada nem em funcionamento.

Esse resultado evidencia uma lacuna importante da oferta de serviços na APS, divergindo do objetivo de constante ampliação da cobertura do Programa Nacional de Imunização – PNI⁽¹²⁹⁾, e do que foi proposto por organismos internacionais desde os anos 1990, para que a oferta de vacinação seja um dos componente da “cesta básica” de serviços a serem ofertados por esse nível Assistencial⁽⁵³⁾.

Outros três itens que receberam importantes percentuais de avaliações negativas foram a identificação de problemas visuais no item E12 (32,3%), o aconselhamento/tratamento para o uso de drogas lícitas e ilícitas no item E7 (23,6%) e o aconselhamento/tratamento de cessação do tabagismo avaliada no item E16 (23,6%).

A abordagem desses temas e a oferta de tratamento ao usuário de drogas não é uma responsabilidade exclusiva da atenção primária. As ações da Política de Atenção Integral para a Usuário de Álcool e Outras Drogas⁽¹³⁰⁾ prevê a participação de outras instâncias públicas como educação, segurança, assistência social e justiça.

Mas essa política tem nas equipes da ESF um dos principais executores do cuidado à saúde, nos aspectos de promoção e de proteção à saúde e de prevenção de agravos, devido a sua forma de organização e da proximidade com a população. Outros estudos também apontam que, na opinião dos profissionais de saúde, o atendimento aos usuários de drogas não está bem desenvolvido na ESF⁽¹³¹⁾ e, quando existente, por vezes, é centrado no tratamento dos sintomas da intoxicação aguda⁽¹³²⁾.

O tabagismo é sabidamente relacionado a maior ocorrência de doenças pulmonares, e estas ocupam uma das primeiras causas de morbidade e mortalidade hospitalar nessa microrregião. Embora a metodologia aqui utilizada não seja adequada para inferir uma relação de causa e efeito entre a indisponibilidade do serviço ao cidadão e as taxas supracitadas, considera-se que essa lacuna rebaixa a qualidade do serviço, já que as doenças respiratórias fazem parte da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária⁽¹³³⁾ também utilizada para a avaliação da assistência na APS.

Essa indisponibilidade de serviços também vai contra o que é estabelecido no elenco de ações estratégicas da Política Nacional de Promoção da Saúde⁽¹³⁴⁾, dentre as quais, destacam-se a prevenção e o controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Nos estudos nos quais não houve a divisão dos itens do atributo Integralidade^(53,54,64,123), este foi denominado Elenco de Serviços, e os profissionais de saúde o avaliaram com altos escores médios.

Acerca do que foi exposto na avaliação deste componente do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, retoma-se Starfield (2002)⁽²⁾:

A atenção primária é o ponto de entrada para atenção à saúde individual, o *locus* de responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde. Entretanto, a atenção primária é apenas um componente (embora seja o componente fundamental) dos sistemas de saúde. Seu papel é prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidos em outros lugares (p. 314).

Tabela 27 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,811, N=34).

Avaliação	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	85,29	79,41	26,47	70,59	88,24	94,12	88,24	52,94	5,88	50,00	61,76	64,71	82,35	58,82	73,53
Provavelmente, sim	14,71	17,65	20,59	23,53	11,76	0,00	11,76	23,53	0,00	29,41	29,41	17,65	14,71	26,47	23,53
Provavelmente não/ não sei não lembro	0,00	2,94	32,35	5,88	0,00	2,94	0,00	17,65	17,65	14,71	5,88	14,71	2,94	8,82	2,94
Com certeza, não	0,00	0,00	20,59	0,00	0,00	2,94	0,00	5,88	76,47	5,88	2,94	2,94	0,00	5,88	0,00
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: Antes de passar às questões sobre esse atributo, os profissionais de saúde responderam as seguintes questões:- Você atende pacientes (leia as alternativas): a) de todas as idades; b) somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos); e somente adultos. Conforme a resposta acima, o entrevistado era orientado 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.- As perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias. Todos os entrevistados responderam que atendem a todas as faixas etárias e, por isso, responderam as perguntas de F1 a F15. Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.

F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando. F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente. F11 – Como prevenir quedas. F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres. F13 – Cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou à menopausa. F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. F15 – Mudanças do crescimento e do desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.

A segunda etapa do atributo Integralidade – Serviços Prestados obteve a terceira melhor média na avaliação dos profissionais de saúde, evidenciando que o profissional da ESF valoriza a sua própria atuação. Contudo a maioria avaliou que os serviços prestados por eles não contemplam o aconselhamento sobre segurança no transporte de automóvel para adultos, crianças e quedas (F3) e sobre segurança com armas de fogo (F9). Destaca-se também o percentual de avaliações negativas no item F8 (23,5%) que trata da prevenção de exposição à substâncias intoxicantes.

Esse resultado contrasta com os dados epidemiológicos da microrregião de Alfenas no período de 2009 a 2011. Nesse intervalo de tempo, a incidência de morte por causas externas (acidentes no transporte, homicídios, suicídios e intenção indeterminada) tem o quarto maior percentual dentre o total de óbitos. Da mesma forma, as lesões por envenenamento se constituíram na quarta causa mais frequente de internação.

No âmbito nacional, as causas das questões apontadas no parágrafo anterior têm sido associadas ao uso indevido de álcool e de drogas ilícitas, à ampla disponibilidade de armas de fogo, aos determinantes socioculturais e ao modelo escolhido para o sistema de transporte que deu prioridade às estradas e ao uso de carros particulares sem oferecer infraestrutura adequada⁽¹³⁵⁾.

Segundo Mendes (2011)⁽¹³⁶⁾, nos países em desenvolvimento com rápida transição demográfica, as condições crônicas convivem com causas externas e com doenças infecciosas, compondo um mosaico epidemiológico denominado de dupla ou tripla carga de doenças. O descompasso entre a situação de saúde e a organização do sistema de atenção à saúde é diagnosticado como o principal problema contemporâneo dos sistemas de atenção à saúde, em todo o mundo e também no Brasil.

A organização da assistência na APS, visando ao desenvolvimento da integralidade pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para

um processo centrado no usuário, em que o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica⁽²⁸⁾.

Sobre esses resultados, Starfield (2002)⁽²⁾ esclarece que:

A integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. A variedade de serviços disponíveis e prestados na atenção primária pode, assim, variar de comunidade para comunidade conforme incidência ou prevalência de problemas forem diferentes (p. 315).

Nos resultados desse componente do atributo Integralidade – Serviços Prestados reafirma-se o resultado anterior, de importante percentual de avaliações negativas em itens que se referem às ações estratégicas propostas pela Política Nacional Promoção da Saúde⁽¹³⁴⁾. Estas incluem a redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito e a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Em última análise, a respeito das estratégias para as mudança dos determinantes do processo saúde doença, destaca-se que a integralidade é resultado da integração das políticas públicas, da intersetorialidade, ou seja, as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados aos determinantes do processo de saúde-doença⁽¹³⁷⁾.

Tabela 28 - Distribuição percentual das resposta dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach= 0,548, N= 34).

Avaliação	G1 %	G2 %	G3 %
Com certeza, sim	47,06	85,29	85,29
Provavelmente, sim	35,29	11,76	11,76
Provavelmente, não/não sei não lembro	17,65	2,94	2,94
Com certeza, não	0,00	0,00	0,00
Total	100	100	100

Notas: G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou um problema familiar?

No atributo Orientação Familiar, todas as avaliações foram positivas. As questões buscaram captar se o entrevistado trabalha de forma a incluir os pacientes nas decisões de seu tratamento ou de seus familiares. Segundo os profissionais de saúde, a inclusão dos familiares na conduta terapêutica é de extrema importância.

Avaliações de profissionais e gestores, tendo como resultado altos escores médios para o atributo Orientação Familiar, também foram encontrados em outros estudos^(53,54,64,69,118,119,122,123,125). Apenas no estudo de Cunha (2006)⁽¹²⁶⁾, os profissionais avaliaram esse atributo com baixos escores médios.

As três perguntas não englobam, contudo, a complexidade desse atributo, que conforme a definição proposta por Starfield (2002)⁽²⁾, 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, o que não foi contemplado pelo instrumento.

Tabela 29 - Distribuição percentual das respostas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,453, N= 34).

Avaliação	H1	H2	H3	H4	H5	H6
	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	100,00	70,59	61,76	23,53	41,18	44,12
Provavelmente, sim	0,00	29,41	35,29	32,35	29,41	26,47
Provavelmente, não/não sei não lembro	0,00	0,00	2,94	23,53	14,71	11,76
Com certeza, não	0,00	0,00	0,00	20,59	14,71	17,65
Total	100	100	100	100	100	100

Notas: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? 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? H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria

conhecer? H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).

Conforme exposto na Tabela 29, o item H4 que avalia se há meios para aferir a satisfação do usuário quanto ao serviço obteve percentual negativo e os dois últimos itens sobre o conhecimento dos problemas de saúde da comunidade (H5), e a participação comunitária no controle social (H6) obtiveram um notável percentual de avaliações negativas. Esse resultado evidencia que a prática dos profissionais entrevistados está muito voltada para as ações técnico-Assistenciais e distante das questões organizacionais e da atuação do serviço para a coletividade.

No estudo de Cunha (2006)⁽¹²⁶⁾, o baixo escore nesse atributo foi influenciado pelo percentual de avaliações negativas nos itens que tratam da existência de mecanismos de pesquisas para monitorar a efetividade dos programas e dos serviços oferecidos e da participação comunitária no controle social.

A PNAB⁽²⁸⁾ cita como princípios da APS 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 na orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

No estudo de Macinko, Almeida e Oliveira (2003)⁽⁶⁹⁾, na avaliação da Orientação Comunitária, comparando-se as unidades da ESF com as UBS tradicionais, as primeiras realizaram mais enquetes para saber dos problemas da comunidade; ofereceram mais visitas domiciliares; mais frequentemente reportaram realizar trabalhos intersetoriais e reportaram maior autonomia para reorganizar os serviços com base nos problemas identificados na comunidade.

Na opinião dos profissionais de saúde da ESF que participaram desta investigação na microrregião de Alfenas, os

horários de funcionamento e os meios de comunicação com o serviço/profissional são aspectos negativos para o Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade, por outro lado o acolhimento e tempo de espera para o atendimento são pontos fortes nesse atributo.

Sobre a Longitudinalidade os profissionais consideram que a forma de conduzir seu processo de trabalho na ESF fortalece a comunicação com o usuário, embora reconheçam que o conhecimento sobre o seu cliente como pessoa e sobre suas questões de saúde é superficial, o que, segundo a literatura, é impeditivo de melhores resultados na assistência ao longo do tempo.

A contrarreferência foi um ponto negativo na avaliação do atributo Coordenação, o que desvela um sistema de comunicação ineficiente não exclusivo da APS mas da rede de serviços da região nos seus diversos níveis Assistenciais. Na ESF, os prontuários existem e estão sempre disponíveis para o médico e para os usuários, porém não foi questionada a qualidade dos registros desses documentos.

O atributo Integralidade é dividido em duas etapas Serviços Disponíveis e Serviços Prestados. Sua avaliação revelou importantes pontos de baixa qualidade a serem superadas na ESF. Existe um descompasso entre o que é oferecido à população, respeitando o que tange à competência desse nível Assistencial, e o que foi evidenciado nos dados epidemiológicos regionais. Esse resultado revelou uma faceta enfraquecida da ESF, longe do que está nas suas bases políticas e teóricas.

Os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, que se constituem nos principais diferenciais entre a ESF e a Atenção Básica tradicional, receberam avaliações muito positivas por parte dos profissionais.

6.3 AVALIAÇÃO DA APS POR MEIO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PCATool AOS PARTICIPANTES ADULTOS

Os resultados da avaliação da APS por meio da aplicação do PCATool – Brasil, versão adulto, estão ordenados na caracterização dos sujeitos participantes e na apresentação do desempenho dos atributos avaliados pelos mesmos.

As entrevistas ocorreram em 11 cidades, com 591 adultos. Deste número total de participantes, 586 questionários foram considerados válidos. A caracterização dos participantes da pesquisa está exposta na Tabela 30.

Tabela 30 - Caracterização dos usuários adultos participantes de acordo com o tipo de serviço identificado no Grau de Afiliação, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Variáveis Sociais	Estratégia Saúde Família		Unidade Básica Saúde		Ambulatório de Especialidade		Hospital Pronto Atendimento Pronto Socorro	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo								
Feminino	454	86,148	8	100,00	7	100,00	36	81,82
Masculino	73	13,852	0	0	0	0	8	18,18
Idade								
18 a 19	10	1,90	0	0,00	0	0,00	1	2,27
20 a 29	35	6,64	0	0,00	1	14,29	6	13,64
30 a 39	54	10,25	0	0,00	0	0,00	9	20,45
40 a 49	96	18,22	1	12,50	2	28,57	7	15,91
50 a 59	120	22,77	1	12,50	3	42,86	9	20,45
60 a 69	123	23,34	4	50,00	1	14,29	8	18,18
70 a 79	63	11,95	2	25,00	0	0,00	3	6,82
80 e mais	23	4,36	0	0,00	0	0,00	1	2,27
Não declarado	3	0,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cor								
Branca	331	62,81	5	62,50	5	71,43	22	50,00
Negra	59	11,20	0	0,00	0	0,00	3	6,82
Amarela	17	3,23	1	12,50	0	0,00	4	9,09
Parda	110	20,87	1	12,50	2	28,57	15	34,09
Indígena	4	0,76	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Não declarado	6	1,14	1	12,50	0	0,00	0	0,00

(continua)

(continuação)

Variáveis Sociais	Estratégia Saúde Família		Unidade Básica Saúde		Ambulatório de Especialidade		Hospital Pronto Atendimento Pronto Socorro	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Estado Civil								
Solteiro	78	14,80	0	0,00	1	14,29	11	25,00
Casado/vive com companheiro	316	59,96	6	75,00	3	42,86	27	61,36
Separado/divorciado	43	8,16	1	12,50	1	14,29	2	4,55
Viúvo	87	16,51	1	12,50	2	28,57	4	9,09
Não declarado	3	0,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Filhos								
Sim	444	84,25	5	62,50	6	85,71	33	75,00
Não	76	14,42	3	37,50	1	14,29	11	25,00
Não declarado	7	1,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Número de Filhos								
0	76	14,42	3	37,50	1	14,29	11	25,00
1	57	10,82	0	0,00	0	0,00	5	11,36
2	115	21,82	0	0,00	1	14,29	9	20,45
3	92	17,46	1	12,50	5	71,43	9	20,45
4	61	11,57	1	12,50	0	0,00	5	11,36
5 e mais	117	22,20	3	37,50	0	0,00	5	11,36
Não declarado	9	1,71	0	0,00	0	0,00	0	0,00

(conclusão)

Os participantes do estudo têm como características principais serem predominantemente do sexo feminino, casados, de cor branca, com idade média de 53 anos e com até três filhos. A média de idade das mulheres foi de 51,61 anos e dos homens, foi de 60,48.

Tabela 31 - Distribuição dos usuários adultos participantes do estudo por cidade e por tipo de serviço, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Cidade	Estratégia Saúde Família		Unidade Básica Saúde		Ambulatório de Especialidade		Hospital Pronto Atendimento Pronto Socorro		Total por cidade	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alfenas	183	87,14	7	3,33	3	1,43	17	8,10	210	35,84
Alterosa	55	93,22	0	0,00	0	0,00	4	6,78	59	10,07
Areado	23	95,83	0	0,00	0	0,00	1	4,17	24	4,10

(continua)

(continuação)										
Cidade	Estratégia Saúde Família		Unidade Básica Saúde		Ambulatório de Especialidade		Hospital Pronto Atendimento Pronto Socorro		Total por cidade	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Campo do Meio	59	89,39	0	0,00	2	3,03	5	7,58	66	11,26
Campos Gerais	71	95,95	0	0,00	1	1,35	2	2,70	74	12,63
Carmo do Rio Claro	32	86,49	1	2,70	1	2,70	3	8,11	37	6,31
Conceição da Aparecida	24	75,00	0	0,00	0	0,00	8	25,00	32	5,46
Divisa Nova	13	81,25	0	0,00	0	0,00	3	18,75	16	2,73
Paraguaçu	21	95,45	0	0,00	0	0,00	1	4,55	22	3,75
Poço Fundo	18	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	18	3,07
Serrania	28	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	28	4,78
Total por tipo de unidade	527	89,93	8	1,37	7	1,19	44	7,51	586	100,00
(conclusão)										

A coleta de dados se deu somente em áreas urbanas, adscritas às unidades da ESF previamente selecionadas. As entrevistas foram realizadas com usuários maiores de 18 anos, moradores da área de cobertura da ESF selecionada, cadastrados na mesma e indicados pelos ACS. Não obstante a metodologia, a tabela 32 mostra que 59 participantes (10,07%) responderam sobre outros serviços. Destaca-se que, com exceção dos municípios de Conceição da Aparecida e de Divisa Nova, em todos os outros municípios, mais de 85% da população indicaram afiliação a um serviço da ESF. No período de coleta de dados, o município de Divisa Nova estava sem profissional médico na única equipe de ESF.

Os questionários respondidos sobre outros serviços não foram descartados, pois essa afiliação a outros serviços também faz parte da avaliação da ESF.

Tal resultado é possível devido a uma particularidade do instrumento de entrevista. O questionário PCATool inicia a entrevista com o item “Grau de Afiliação”. Esse item é pontuado de 1 a 4 e não se constitui num atributo, mas é utilizado para o cálculo do Escore Geral. São três perguntas que visam identificar em qual serviço de

saúde adulto entrevistado se sente reconhecido como pessoa e deposita a responsabilidade pelo seu atendimento, conforme as opções abaixo:

- 1) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?
- 2) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?
- 3) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? As opções de resposta são “sim”, “não” e o “nome e endereço do serviço/profissional de saúde”.

A identificação do serviço que será avaliado e a pontuação do grau de afiliação é feita por meio de um algoritmo, da seguinte forma: se a resposta para todas as perguntas forem “não”, o grau de afiliação é igual a 1; se uma, duas ou três respostas forem “sim”, porém identificando médico/enfermeiro/serviço de saúde diferentes, o grau de afiliação é igual a 2 e o serviço avaliado será o que foi identificado na resposta “sim” ou na resposta de A1; se duas respostas forem “sim”, identificando o mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde, o grau de afiliação é igual a 3; todas as respostas “sim”, identificando o mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde tem o grau de afiliação é igual a 4. Dessa forma, é possível que o morador de área adscrita à ESF e usuário cadastrado na mesma indique que se sente afiliado a outro serviço.

Os usuários entrevistados indicaram em média um alto grau de afiliação a todos os serviços de saúde indicados, conforme mostra a tabela 32, na qual também estão expostos o resultado dos escores médios dos de cada atributo e a comparação entre estes.

Tabela 32 - Comparativo entre escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde conferidos pelos usuários adultos de acordo com o tipo de serviço, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributo da APS	Tipo de Serviço	N	Média	DP	Valor-p ¹	Agrupamento
Grau de Afiliação	ESF	527	3,67	0,62	< 0.001	a
	UBS	8	3,63	0,52		ab
	Ambulatório especializado	7	3,00	1,15		bc
	Hospital/Pronto socorro	44	2,75	1,01		c
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	ESF	527	8,59	1,97	< 0.001	a
	UBS	8	7,36	2,78		ab
	Ambulatório especializado	7	8,41	1,80		ab
	Hospital/Pronto socorro	44	6,54	2,48		ab
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	ESF	524	3,21	1,49	< 0.001	b
	UBS	8	3,06	1,24		b
	Ambulatório especializado	7	3,01	1,25		b
	Hospital/Pronto socorro	44	5,39	1,62		a
Longitudinalidade	ESF	527	7,26	1,96	< 0.001	a
	UBS	8	7,71	1,17		a
	Ambulatório especializado	7	7,86	1,44		a
	Hospital/Pronto socorro	44	4,68	2,49		b
Coordenação de Integração de Cuidados	ESF	259	6,10	2,67	0,049	a
	UBS	6	8,82	1,28		a
	Ambulatório especializado	3	7,92	2,92		a
	Hospital/Pronto socorro	15	5,64	2,78		a
Coordenação de Sistema de Informação	ESF	510	6,41	2,16	< 0.001	a
	UBS	8	6,95	1,86		a
	Ambulatório especializado	7	6,03	2,30		ab
	Hospital/Pronto socorro	41	3,93	2,58		b
Integralidade Serviços Disponíveis	ESF	460	5,22	1,56	0,009	a
	UBS	8	5,28	1,34		a
	Ambulatório especializado	7	4,15	2,31		a
	Hospital/Pronto socorro	39	4,45	1,77		a
Integralidade Serviços Prestados	ESF	508	4,92	2,50	< 0.001	b
	UBS	8	5,77	2,07		a
	Ambulatório especializado	7	5,20	3,65		ab
	Hospital/Pronto socorro	44	3,28	2,50		b

(continua)

(continuação)						
Atributo da APS	Tipo de Serviço	N	Média	DP	Valor-p ¹	Agrupamento
Orientação Familiar	ESF	511	5,69	2,93		ab
	UBS	8	7,08	2,37		a
	Ambulatório especializado	7	6,51	2,17		ab
	Hospital/Pronto socorro	44	3,76	2,63		b
< 0.001						
Orientação Comunitária	ESF	464	5,88	2,48		a
	UBS	4	7,22	1,63		a
	Ambulatório especializado	7	2,30	2,86		b
	Hospital/Pronto socorro	40	1,97	2,43		b
< 0.001						
Escore Essencial	ESF	527	5,96	1,09		a
	UBS	8	5,98	0,78		a
	Ambulatório especializado	7	5,52	1,05		ab
	Hospital/Pronto socorro	44	4,46	1,40		b
< 0.001						
Escore Geral	ESF	527	5,92	1,20		a
	UBS	8	6,16	0,89		a
	Ambulatório especializado	7	5,28	1,14		ab
	Hospital/Pronto socorro	44	4,15	1,39		b
< 0.001						

(conclusão)

Notas:¹ Modelo de ANOVA com *post hoc* pelo método de Tukey. Médias seguidas de mesma letra na coluna são estatisticamente iguais a 5%.

Os participantes que apontaram a ESF e UBS tradicional como serviço de saúde de referência para o cuidado têm maior grau de afiliação do que os usuários do ambulatório especializado e pronto socorro. Nos atributos acesso de primeiro contato – utilização, coordenação – integração dos cuidados, integralidade – serviços disponíveis, todos os serviços de saúde receberam avaliações estatisticamente iguais.

O Hospital/pronto socorro obteve avaliação média maior em relação aos outros serviços no atributo de acesso de primeiro contato - acessibilidade. Os atributos de Longitudinalidade, coordenação – sistema de informação e orientação familiar obtiveram melhores avaliações na ESF, UBS tradicional e ambulatório especializado do que pronto socorro, bem como na

média geral dos atributos, representado pelo escore Essencial e Geral.

A UBS tradicional e o ambulatório especializado receberam melhor avaliação no atributo Integralidade – serviços prestados do que ESF e hospital/pronto socorro.

Embora se tenha encontrado diferenças estatísticas dentre os grupos de participantes, esse resultado pode ser considerado apenas uma característica das pessoas que compõem a amostra, que, mesmo sendo moradoras e área adscrita, usuárias cadastradas na equipe da ESF e indicadas pelo ACS, decidiram apontar que se sentem mais afiliadas a outros serviços/profissionais. Por esse motivo, não pode ser considerada uma comparação válida, pois, para isso o planejamento amostral deveria ter sido feito de outra forma, com o intuito de comparação entre os grupos, o que não ocorreu aqui. Esse resultado não será, portanto, debatido com os achados de outros estudos de comparação.

As avaliações constantes das tabelas 33 a 44 referem-se aos dados coletados junto aos 527 participantes que responderam o PCATool sobre a estratégia de saúde da família.

Tabela 33 - Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, escore essencial e escore geral, conferidos pelos usuários adultos na avaliação da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributo da APS	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	527	0,00	10,00	8,59	1,97
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	524	0,00	7,50	3,21	1,49
Longitudinalidade	527	0,71	10,00	7,26	1,96
Coordenação - Integração de Cuidados	259	0,00	10,00	6,10	2,67
Coordenação - Sistema de Informação	510	0,00	10,00	6,41	2,16
Integralidade - Serviços Disponíveis	460	0,45	9,24	5,22	1,56
Integralidade - Serviços Prestados	508	0,00	10,00	4,92	2,50
Orientação Familiar	511	0,00	10,00	5,69	2,93
Orientação Comunitária	464	0,00	10,00	5,88	2,48
Escore Essencial	527	2,37	8,43	5,96	1,09
Escore Geral	527	2,21	8,75	5,92	1,20

O valor médio do grau de afiliação do usuário da ESF de 3,67 é próximo do valor máximo de 4,0, informando que o usuário prioriza utilizar e depositar a responsabilidade pelo seu atendimento na ESF.

O PCATool - Brasil⁽⁴⁹⁾, versão adulto, tem o atributo Acesso de Primeiro Contato dividido nas dimensões Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade.

O atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização que mede a busca do usuário pelo serviço, recebeu o mais alto escore médio na avaliação dos usuários da ESF na microrregião de Alfenas - MG, corroborando com o resultado do grau de afiliação. Estudos mostraram que os usuários da ESF em diferentes partes do Brasil também avaliaram esse atributo com altos escores^(53,64,77,81,124,138–142).

O Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade recebeu um resultado divergente do anterior por parte dos usuários da microrregião de Alfenas – MG, tendo a pior avaliação dentre os demais atributos. A falta dessa qualidade na atenção primária não é uma característica apenas dos municípios deste estudo, pois recebeu baixos escores em outras pesquisas de avaliação com usuários da ESF^(53,54,64,77,81,124,138–142).

O atributo Longitudinalidade recebeu o segundo maior escore médio na avaliação dos usuários, assim como recebeu boa avaliação por parte dos usuários em outros trabalhos^(53,54,64,77,81,124,139–142). Já no estudo de Oliveira (2007)⁽¹³⁸⁾, o atributo Longitudinalidade alcançou baixos escores médios. A autora atribuiu o resultado encontrado ao baixo percentual de profissionais médicos com residência em saúde da família e comunidade nos serviços avaliados.

As médias dos escores dos atributos Coordenação – Sistemas de Informação e Coordenação – Integração de Cuidados obtiveram um valor negativo, porém próximo do valor limite de classificação 6,66. Oliveira (2013)⁽¹⁴²⁾, avaliando a APS sob a ótica do idoso, também encontrou para as unidades da ESF baixos

escores médios próximos do valor limite para ambos os atributos Coordenação – Sistemas de Informação e Coordenação – Integração de Cuidados. No estudo de Viana (2012)⁽¹⁴¹⁾, somente o componente Coordenação Sistemas de Informação atingiu alto escore. Segundo o autor essa avaliação que foi feita somente com usuárias do sexo feminino teve esse resultado influenciado pela avaliação das usuárias não gestantes e das gestantes do primeiro trimestre de gravidez, uma vez que o contato das mesmas com o serviço de saúde é realizado de maneira menos intensa, geralmente com o intervalo de tempo maior entre as consultas e condutas menos representativas para a usuária.

Nos estudos em que o atributo Coordenação não foi dividido, os usuários da ESF concederam altos escores médios^(64,77,81,139); já em dois, apresentou resultado desfavorável^(53,138).

Os escores médios dos atributos Integralidade – Serviços Disponíveis, Integralidade – Serviços Prestados alcançaram baixos escores médios na avaliação dos usuários da APS na microrregião de Alfenas - MG. A Integralidade também foi mal avaliada em estudos que utilizaram a versão do PCATool que divide esse atributo em duas dimensões Integralidade – Serviços Disponíveis, Integralidade – Serviços Prestados^(138,141), e no estudo de Ibanez et al (2006)⁽⁵³⁾ que utilizou o PCATool na versão que trata da integralidade como um único atributo nominado Elenco de Serviços. Em outras investigações, o atributo Elenco de Serviços obteve avaliação de alto escore por parte dos usuários da ESF^(54,64,77,81,124,139).

A avaliação do atributo Orientação Familiar recebeu um baixo escore médio por parte dos usuários da microrregião de Alfenas-MG. O resultado negativo para esse atributo foi unanimidade nos estudos realizados no Brasil, que utilizaram o PCATool, independentemente da versão proposta ^(53,54,64,77,81,124,138,139,141,142), mostrando que as práticas de saúde na ESF ainda não valorizam aspectos dessa natureza.

O atributo Orientação Comunitária recebeu avaliação considerada de baixo escore, assim como em outros estudos realizados com usuários sobre a assistência com adultos^(53,54,77,81,138,139), mulheres⁽¹⁴¹⁾ e idosos⁽¹⁴²⁾. O estudo de Macinko, Almeida e Sá (2007)⁽¹²⁴⁾ obteve avaliação positiva dos usuários para esse atributo da APS.

O Escore Essencial e Escore Geral obtiveram valores médios classificados como de baixos na avaliação dos usuários adultos, na microrregião de Alfenas – MG. Esses dois índices são formados por diferentes médias dos atributos da APS investigados no PCATool.

O Escore Essencial é medido pela soma dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato – Utilização; Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados; Coordenação – Sistema de Informação; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados, dividido pelo número de componentes. O Escore Geral é composto pela soma dos escores dos componentes dos atributos essenciais citados, acrescida dos escores dos atributos derivados de Orientação Familiar e de Orientação Comunitária, dividido pelo número total de componentes.

Alguns estudos não realizaram essa aferição^(53,77,81). Os que realizaram a soma dos escores atingiram o Escore Geral e o Essencial baixos^(138,141,142). Nos estudos que realizaram o chamado Índice da Atenção Básica, que consiste em realizar média única dos escores, os resultados foram altos^(54,64,124,139).

A maioria dos atributos da APS, referentes aos serviços da ESF, avaliados pelos usuários, não atingiram o valor indicativo de alta qualidade. Os usuários têm os serviços de APS como fonte regular de atenção às suas necessidades de saúde ao longo da vida, mas têm dificuldades no acesso aos mesmos e avaliam a qualidade dos serviços prestados como baixa. Os usuários não reconhecem sua participação na organização das ações dos

serviços nem que estes tenham a família como unidade central do cuidado ou que atendam às necessidades da localidade na qual está inserido. Os usuários valorizam a posição da APS como centro coordenador do cuidado nos demais níveis Assistenciais, no entanto a avaliação indica que esse atributo ainda necessita de aperfeiçoamentos.

Tabela 34 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Estratégia de Saúde da Família pelos usuários adultos, de acordo com o estado civil, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributo	Estado Civil	N	Média	DP	Valor-p	Agrupamento
Grau de Afiliação	Solteiro	78	3,64	0,66	0,967	a
	Casado/amasiado	316	3,67	0,62		a
	Separado/divorciado	43	3,70	0,60		a
	Viúvo	87	3,66	0,61		a
Utilização	Solteiro	78	8,38	1,98	0,233	a
	Casado/amasiado	316	8,60	2,02		a
	Separado/divorciado	43	8,32	2,05		a
	Viúvo	87	8,93	1,71		a
Acessibilidade	Solteiro	78	3,33	1,71	0,032	a
	Casado/amasiado	314	3,14	1,43		ab
	Separado/divorciado	43	2,79	1,45		ab
	Viúvo	86	3,54	1,48		b
Longitunalidade	Solteiro	78	6,88	2,09	0,080	a
	Casado/amasiado	316	7,28	1,94		a
	Separado/divorciado	43	7,01	1,98		a
	Viúvo	87	7,63	1,87		a
Coordenação - Integração de Cuidados	Solteiro	43	6,32	2,84	0,666	a
	Casado/amasiado	153	5,96	2,66		a
	Separado/divorciado	19	5,99	2,62		a
	Viúvo	43	6,47	2,64		a
Coordenação - Sistemas de Informação	Solteiro	76	6,15	2,29	0,221	a
	Casado/amasiado	307	6,56	2,12		a
	Separado/divorciado	43	6,56	2,08		a
	Viúvo	81	6,11	2,15		a
Integralidade - Serviços Disponíveis	Solteiro	68	5,40	1,48	0,704	a
	Casado/amasiado	281	5,20	1,61		a
	Separado/divorciado	37	5,33	1,64		a
	Viúvo	72	5,12	1,39		a

(continua)

(continuação)						
Atributo	Estado Civil	N	Média	DP	Valor-p	Agrupamento
Integralidade – Serviços Prestados	Solteiro	75	4,83	2,50	0,336	a
	Casado/amasiado	307	4,83	2,49		a
	Separado/divorciado	43	4,95	2,81		a
	Viúvo	81	5,39	2,34		a
Orientação Familiar	Solteiro	76	6,33	3,03	0,132	a
	Casado/amasiado	306	5,48	2,94		a
	Separado/divorciado	43	5,97	2,87		a
	Viúvo	83	5,77	2,77		a
Orientação Comunitária	Solteiro	69	6,14	2,21	0,332	a
	Casado/amasiado	277	5,86	2,57		a
	Separado/divorciado	38	5,26	2,85		a
	Viúvo	78	6,04	2,20		a
Escore Essencial	Solteiro	78	5,56	1,18	0,291	a
	Casado/amasiado	316	5,63	1,10		a
	Separado/divorciado	43	5,54	1,06		a
	Viúvo	87	5,84	1,01		a
Escore Geral	Solteiro	78	5,68	1,30	0,433	a
	Casado/amasiado	316	5,64	1,20		a
	Separado/divorciado	43	5,57	1,24		a
	Viúvo	87	5,86	1,07		a

(conclusão)

Notas: ¹Modelo de ANOVA com *post hoc* pelo método de Tukey. Médias seguidas de mesma letra na coluna são estatisticamente iguais a 5%.

A comparação dos escores médios dos atributos da APS por grupos classificados segundo o estado civil mostrou que o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade é mais bem avaliado pelos participantes solteiros, casados/amasiados e viúvos do que pelos participantes divorciados.

Nos escores médios dos atributos da ESF, não foi encontrada diferença estatística, comparando-se os grupos por sexo, cor e presença de filhos.

Das tabelas 35 a 44, cada atributo avaliado pelo usuários foi analisado considerando cada item separadamente, tendo como referência o percentual de 66,6%, adotado no PCATool como limite entre alto e baixo escore. Essa análise teve a consistência interna e a confiabilidade avaliadas pelo método Alfa de Cronbach (o teste

afere essas características e o seu valor varia entre 0,00 e 1,00; quanto mais alto o coeficiente, mais consistente é a medida)⁽⁹²⁾.

Tabela 35 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,529, N= 527).

Avaliação	B1	B2	B3
	%	%	%
Com certeza, sim	81,97	68,88	73,24
Provavelmente, sim	12,14	15,18	14,04
Provavelmente não/não sei não lembro	1,90	7,97	8,35
Com certeza, não	3,98	7,97	4,36
Total	100	100	100

Notas: B1: Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) você vai ao seu serviço de saúde/médico/enfermeiro antes de ir a outro serviço de saúde? B2: Quando você tem um novo problema de saúde você vai ao seu serviço de saúde/médico/enfermeiro antes de ir a outro serviço de saúde? B3: Quando você tem que consultar um especialista o seu serviço de saúde/médico/enfermeiro tem que encaminhar você obrigatoriamente?

Os itens que compõem esse atributo mostram a prioridade dada pelo usuário adulto participante da pesquisa em utilizar a ESF. Na microrregião de Alfenas, todos os itens tiveram altos índices de avaliações positivas.

A população enxerga a ESF como uma porta de entrada para o sistema de saúde, seja por problemas crônicos, por ações preventivas ou por novas necessidades de saúde, como já demonstrado em outros estudos ^(53,64,77,81,124,138–142).

Giovanella e Mendonça (2003)⁽⁸⁵⁾ sugerem que, nas localidades onde ocorreu a substituição de rede básica tradicional pela ESF, há maior probabilidade de esta se constituir em uma fonte habitual de atenção. No caso dos municípios da microrregião de Alfenas, a ESF foi a estratégia de escolha na ampliação da rede de serviços da APS, possuindo alta cobertura populacional (retomando os dados da tabela 15), fortalecendo a ESF como serviço de procura regular pela população.

Tabela 36 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,683, N = 524).

Avaliação	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	0,19	0,76	20,46	25,10	8,97	1,72	0,95	43,30	10,69	38,93	32,89	50,38
Provavelmente, sim	0,19	0,76	21,99	14,69	5,34	1,53	0,38	27,20	9,54	24,43	23,71	9,73
Provavelmente não/não sei não lembro	5,53	7,44	22,94	25,76	11,64	6,30	6,87	11,88	21,95	17,75	19,50	14,89
Com certeza, não	94,08	91,03	34,61	34,35	74,05	90,46	91,79	17,62	57,82	18,89	23,90	25,00
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: C1 - O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? C2 - O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C9 – Quando você chega ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário? C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

O Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade recebeu o pior resultado dentre os demais atributos da APS, na avaliação dos usuários adultos da microrregião de Alfenas. Os itens propõem a avaliação de quanto o serviço de saúde da APS é disponível ao usuário, sua capacidade de atendimento de rotina, de demanda espontânea, de uma doença aguda ou de agudização de uma doença crônica⁽⁴⁹⁾. Os itens C1, C2, C4 a C7 buscaram captar como o atendimento está estruturado: os dias da semana de atendimento ao público, os horários de funcionamento, as formas e a agilidade de comunicação com o serviço, e se existe a possibilidade de atendimento por profissionais daquele serviço quando o mesmo não está em funcionamento. Todos esses itens tiveram avaliação média negativa. Os itens C3, C8, C9 a C12 avaliam o processo de trabalho na unidade de saúde referente ao tempo, do agendamento até o atendimento, e as mudanças que esse atendimento gera na rotina das pessoas. Nesse atributo, apenas os itens C8 e C9 receberam avaliações médias positivas.

Os achados da avaliação na microrregião de Alfenas corroboram com outros estudos sobre a indisponibilidade de atendimento pela ESF ou pelos profissionais ligados ao serviço durante os finais de semana^(77,81,140,141) e após as 18 horas^(77,140,141), bem como a ausência de mecanismos de aconselhamento ou de agendamento por telefone no horário normal de funcionamento da ESF ou quando o serviço se encontra fechado^(81,140,141).

A rigidez do horário de funcionamento do serviço de saúde no período diurno nos dias úteis da semana faz com que as pessoas falem ao trabalho ou à escola para receberem atendimento. Em outros estudos, o horário de atendimento estendido culminou em um resultado diferente, no qual as pessoas não precisam mudar sua rotina para receber atendimento de saúde na ESF^(77,140).

Como apontam estudos em diversas cidades do país, a maioria das pessoas da microrregião de Alfenas não consegue

agendar uma consulta para o mesmo dia nas unidades da ESF^(77,81,140,141), mas afirmam que é fácil marcar uma consulta de rotina^(77,140), contudo, para consegui-la, é necessário falar com muitas pessoas ou esperar muito tempo⁽¹⁴¹⁾.

Para receber o atendimento já agendado, os usuários adultos da microrregião de Alfenas esperam menos que trinta minutos, o que não foi referido pelos usuários de outros trabalhos^(77,81,141). Esse resultado expressa qualidade no planejamento do atendimento, pois O “tempo de espera” é adotado como parâmetro para medir a barreira de acessibilidade organizacional⁽²⁾ e exceder o limite de trinta minutos implica comprometimento do desempenho do serviço⁽⁸¹⁾.

Um aumento no número de barreiras ao acesso foi associado a menos atenção no primeiro contato e continuidade mais baixa, mesmo depois do controle de várias características influentes do paciente, tipos de centros de atenção primária e tipos de profissionais de atenção primária (Starfield, 2002, p.211)⁽²⁾.

A análise dos itens mostra que há várias barreiras para o acesso à assistência na ESF da microrregião de Alfenas, sobretudo nas formas de comunicação e nos horários de funcionamento das mesmas. A estrutura e o processo de trabalho nas unidades da ESF favorece apenas os atendimentos de rotina, durante a semana, para os quais a presença da pessoa é imprescindível para informação e agendamento. Esses resultados levam a inferir que, a despeito da alta cobertura dos serviços da ESF na microrregião de Alfenas, a mesma se constitui numa porta de entrada, entreaberta, para o SUS.

Tabela 37 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,834, N = 527).

Avaliação	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	72,49	78,33	84,79	31,18	80,46	80,27	42,88	54,37	50,57	63,38	40,04	37,21	72,30	47,44
Provavelmente, sim	15,94	16,16	11,79	7,60	8,54	9,11	15,94	10,46	15,27	15,37	15,56	24,24	13,66	14,61
Provavelmente não/ não sei não lembro	6,07	3,23	2,28	25,48	3,80	2,66	19,17	15,97	16,22	8,54	17,08	18,70	5,69	9,30
Com certeza, não	5,50	2,28	1,14	35,74	7,21	7,97	22,01	19,20	17,94	12,71	27,32	19,85	8,35	28,65
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: D1 – Quando você vai ao seu nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes? D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta? D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda? D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”? D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você? D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você? D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa? D11 – O seu “médico/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 que você precisa? D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? D14 – Você mudaria o “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?

Esse atributo foi classificado como alto escore na avaliação dos usuários adultos da microrregião de Alfenas. Para Elias et al (2006)⁽⁵⁴⁾, o resultado positivo na avaliação da Longitudinalidade é esperado, já que a ESF tem no seu ideário o estabelecimento de vínculo entre a família e os profissionais da unidade.

Os itens D1 e D4 versam sobre a estrutura, já que a permanência dos profissionais na unidade é dependente da forma de gestão de pessoas na administração municipal e a comunicação via telefone demanda recursos operacionais. Os demais itens se propõem a avaliar o processo de trabalho na assistência à saúde por uma fonte continuada de atenção, ao longo do tempo, bem como a relação entre a população e os profissionais de saúde.

Metade dos itens obtiveram alto desempenho (D1, D2, D3, D5, D6, D10, D13). Para Pereira et al (2011)⁽⁸¹⁾, esses resultados apontam que a organização do trabalho nas unidades avaliadas favorece o vínculo dos trabalhadores com os usuários, tanto por indicar a existência de um profissional de referência ao longo do tempo, como pela possibilidade desse profissional conhecer o usuário que atende.

O item D4 apresentou avaliação negativa, o que expressa uma barreira da comunicação no atributo Longitudinalidade. A mesma já abordada no atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, que também foi encontrada em outros estudos (53,64,141).

Os itens D8, D9, D11, D12 receberam avaliações desfavoráveis. Estas versam sobre o reconhecimento por parte do serviço/profissional das dimensões de vida do usuário, para além da doença, como sua individualidade, trabalho, família e condições financeiras para adquirir medicamentos. Esses itens também tiveram avaliações negativas em outras avaliações (77,81,141).

Para Pereira et al (2011)⁽⁸¹⁾, o paradoxo entre o percentual considerável de avaliações negativas para os itens do parágrafo anterior e as avaliações positivas para “tempo suficiente para

consulta” e “responde claramente às perguntas” traz à reflexão sobre qual o espaço que é destinado à escuta das necessidades desses usuários, apontando que essa escuta pode se dar no sentido de abordagens voltadas para os aspectos biológicos, fato que pode ter contribuído para o usuário considerar o tempo da consulta suficiente.

O resultado do item D14 não atingiu o percentual de referência para ser considerado de baixo escore, mas indica que cerca de 60% dos entrevistados trocariam de serviço se isso fosse fácil, o que sinaliza uma grande insatisfação com o serviço pela maior parte dos usuários entrevistados. Viana (2012)⁽¹⁴¹⁾ obteve uma avaliação diferente, com baixo percentual de pessoas que gostariam de mudar de serviço.

Sendo um dos atributos principais da APS, a Longitudinalidade está relacionada com resultados positivos desse nível assistência, contudo a sua presença, segundo Cunha e Giovanella (2011)⁽¹⁴³⁾, não é de aquisição simples. Para essa autora, ainda que o estabelecimento do vínculo longitudinal esteja no âmbito da prática do profissional, o atendimento a tal atributo só é possível se for uma prioridade da gestão, na medida em que envolve questões como a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do profissional na unidade de saúde.

Embora o atributo Longitudinalidade tenha recebido um alto escore, os resultados demonstram que parte dos usuários vivenciam um vínculo fraco em relação ao serviço e aos profissionais, e que, estes últimos, em sua atuação, não atingiram o (re)conhecimento do usuário como uma pessoa com suas particularidades.

Tabela 38 - Distribuição da frequência e percentual das respostas dos usuários adultos para a pergunta: “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?’” Alfenas – MG, 2012).

E1	f	%
Sim	257	48,81
Não	262	49,80
Não sei, não lembro	8	1,39
Total	527	100,0

O objetivo do item E1 foi identificar os usuários encaminhados para um especialista pela unidade da ESF, os que, então, estavam aptos a responderem as questões de E2 a E9. Nota-se o elevado percentual de usuários a referir a utilização de serviços especializados na microrregião de Alfenas, resultado contrário aos achados de Sala et al (2011). Esse percentual elevado é um forte indicativo de baixa resolubilidade e qualidade da ESF. Almeida, Fausto e Giovanella (2011) elencam que, dentre os fatores que indicam o fortalecimento da ESF como centro coordenador da assistência ao usuários está a alta resolubilidade, de no mínimo 80% dos atendimentos. Dentre as estratégias de aumento da resolatividade da ESF, os autores destacam o aumento da cobertura populacional, a extensão do horário de funcionamento, a minimização de barreiras geográficas, e o incremento do papel de filtro dos médicos generalistas com a ampliação do apoio diagnóstico e terapêutico, a capacitação profissional e a presença de profissionais de apoio como o NASF ou de profissionais médicos como pediatras e ginecologistas. Ao comparar esses fatores com os dados do presente estudo, é possível inferir que a microrregião é dotada de ampla cobertura populacional pela ESF, que os horários de funcionamento não favorecem o amplo acesso, que não foram identificadas barreiras geográficas importantes, e que existe uma estrutura de serviços de apoio diagnóstico à ESF numericamente compatível com as diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro. A partir desses resultados, caberia a outro trabalho investigar os motivos desse percentual elevado de encaminhamentos junto aos usuários e aos profissionais.

Tabela 39 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,782, N= 259).

Avaliação	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	73,46	86,87	28,19	58,37	44,79	55,60	40,93	35,91
Provavelmente, sim	5,00	5,02	5,79	10,12	12,36	8,88	8,11	6,18
Provavelmente, não/não sei não lembro	4,23	2,70	13,90	2,72	9,27	10,04	13,13	13,90
Com certeza, não	17,31	5,41	52,12	28,79	33,59	25,48	37,84	44,02
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: E2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? E3 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado? E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o/a marcar esta consulta? E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? E7 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta? E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? 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)?

O atributo Coordenação foi dividido em duas dimensões Coordenação – Integração de Cuidados e Coordenação – Sistema de Informação. A primeira dimensão trata da avaliação do usuário sobre a ESF como centro coordenador da assistência no sistema de saúde. Os itens E2, E3 e E5 tiveram avaliações positivas, o que confirma a ESF como porta de entrada para serviços especializados⁽⁸¹⁾ e também fala a favor da organização do sistema regional de serviços de saúde.

Na definição de Pereira et al (2011, p. 52)⁽⁸¹⁾ “a coordenação ou integração de serviços refere-se ao esforço conjunto de uma ação comum, visando à continuidade da atenção”. Na complementação da compreensão conceitual e prática do atributo de Coordenação, Starfield (2002, p. 365) destaca que:

A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Tratando do fluxo da informação para a continuidade do cuidado e da qualidade deste em outros níveis Assistenciais, os itens E4, E6, E7, E8 e E9 receberam avaliações negativas.

Compondo um paralelo com outras avaliações de mesma metodologia, destaca-se que a avaliação de Sala et al (2011)⁽⁷⁷⁾, realizada na maior cidade do país, obteve resultados positivos para esses itens, com exceção do item que versa sobre o interesse do profissional pela qualidade da consulta com o especialista. Em outros dois estudos realizados em cidades de grande porte populacional ^(81,141) a maioria desses itens não obtiveram um resultado satisfatório, com exceção dos itens E7 e E8 ⁽¹⁴¹⁾. A partir disso, é possível refletir que o resultado ruim para a maioria dos itens do atributo Coordenação – Integração de Cuidados não é prerrogativa dos pequenos municípios pela estrutura de saúde existente, mas sim, pela fragilidade da comunicação entre profissional/serviço e usuário durante o atendimento inicial e na continuidade do cuidado, corroborando o resultado do atributo Longitudinalidade.

Por outro lado, Ibanez et al (2006)⁽⁵³⁾ afirmam que o atributo Coordenação não faz parte das dimensões historicamente valorizadas nos serviços de saúde, não compondo o aprendizado que a população construiu em suas relações com os serviços, embora a Coordenação seja um dos pilares da concepção estruturante e complexa da atenção primária em um sistema de saúde. Transformar essa experiência vivida pelo usuário requer investimento forte e duradouro não somente em capacitação, mas um esforço de mudança cultural de profissionais e de gestores e sustentabilidade das propostas implantadas.

Tabela 40 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informação, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,191, N=510).

Avaliação	F1	F2	F3
	%	%	%
Com certeza, sim	47,45	86,86	20,20
Provavelmente, sim	8,82	10,00	13,53
Provavelmente, não/não sei não lembro	12,35	0,78	35,69
Com certeza, não	31,37	2,35	30,59
Total	100	100	100

Notas: F1. Quando você vai ao “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). F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

A dimensão Coordenação – Sistema de Informação obteve baixo escore, contudo ficou muito próximo ao valor limite de classificação. Na análise dos itens, sobressai F2 com avaliação positiva referida por quase todos os usuários entrevistados sobre disponibilidade de prontuário no momento da consulta, e com avaliação negativa os itens F1 e F3, com destaque para este último, o qual mostra que o usuário não se reconhece como proprietário do prontuário de saúde, tendo no serviço de saúde o repositório dessa documentação.

Confrontando com os estudos que expuseram os resultados por itens dos atributos do PCATool, os resultados dos itens F1 e F2 da tabela 40 foram piores do que em outros estudos que também apresentaram os resultados percentuais por item^(77,81,141), bem como o resultado do item F3, no qual apenas um estudo⁽¹⁴¹⁾ mostrou resultados semelhantes.

Infere-se que nessa microrregião os usuários da ESF necessitam compreender mais sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde, devendo este ser um ponto crucial da educação em saúde, criando condições para a autonomia do sujeito.

Tabela 41 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, microrregião de Alfenas – MG, 2012 (Alfa de Cronbach = 0,807, N=460).

Avaliação	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	G12	G13	G14	G15	G16	G17	G18	G19	G20	G21	G22
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	45,77	32,75	25,81	74,78	61,82	62,17	53,28	23,26	26,09	6,75	25,05	13,02	12,58	6,74	4,12	83,70	38,70	66,45	5,68	36,18	54,45	35,29
Provavelmente, sim	20,17	15,40	13,23	4,13	7,38	9,13	17,69	16,09	20,65	3,92	20,26	18,00	16,05	2,61	1,30	7,17	24,78	10,24	2,18	17,98	18,22	18,08
Provavelmente, não/não sei não lembro	13,88	27,11	31,02	9,13	9,76	9,78	21,40	41,30	35,87	24,18	35,51	28,63	26,46	25,65	23,21	6,30	21,96	13,29	27,51	22,37	13,45	29,41
Com certeza, não	20,17	24,73	29,93	11,96	21,04	18,91	7,64	19,35	17,39	65,14	19,17	40,35	44,90	65,00	71,37	2,83	14,57	10,02	64,63	23,46	13,88	17,21
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: 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: G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos). G4 – Vacinas (imunizações). G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário). G6 – Tratamento dentário. G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir). G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). G15 – Remoção de verrugas. G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. G18 – Cuidados pré-natais. G19 – Remoção de unha encravada. G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama. G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).

Para melhor compreensão dos resultados, na versão do PCATool utilizada nesse estudo⁽⁴⁹⁾, o atributo Integralidade foi dividido em duas dimensões, a saber, Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados.

Na primeira dimensão avaliada, os itens se propõem a captar a experiência do entrevistado com o que é ofertado no serviço de saúde. Não necessariamente ele deve ter recebido esses serviços, podendo ser algum familiar, mas o entrevistado deve, sim, saber ou não sobre sua disponibilidade⁽⁴⁹⁾. Os itens G1, G2, G7, G8, G9, G11, G17, G18, G20, G21, G22 abordaram os aspectos relativos aos processo de trabalho para se alcançar a integralidade. Os demais itens trataram da estrutura que dá suporte aos serviços oferecidos.

A maior parte dos itens obtiveram avaliações negativas, dentre as quais destacam-se os percentuais mais baixos para os itens que tratam de procedimentos considerados cirúrgicos e invasivos (G15, G19, G14 e G10). Os itens que tratam da saúde mental, do aconselhamento e do tratamento do uso de drogas e do aconselhamento e tratamento para a cessação do tabagismo, também receberam avaliações, assim como em outras avaliações da APS^(77,81,141). O não reconhecimento da ESF como porta de entrada para esses problemas de saúde é um obstáculo para a consecução da Integralidade na visão ampliada de saúde e da intersetorialidade, considerando a importância epidemiológica desses temas, bem como do impacto que eles têm sobre a família e a sociedade, seus desdobramentos em violência urbana, violência doméstica e incapacitação para o trabalho.

Os profissionais que atuam na ABS carregam a responsabilidade de lidar com uma clientela portadora de uma diversidade de sofrimentos, entre eles, os psíquicos. A estrutura atual do SUS ainda é insuficiente na oferta de respostas a ocorrências de violência e necessita ampliar o olhar sobre a diversidade de situações que permeiam o processo saúde-doença (Pereira et al 2011, p. 52)⁽⁸¹⁾.

Ter-se a maior parte das avaliações negativas, no conjunto dos itens do atributo Integralidade, mostra a condição de enfraquecimento do que Paim (2004)⁽¹⁴⁴⁾ considera um dos traços fundamentais da APS, em qualquer de seus modelos de organização das ações.

Dentre os itens que obtiveram avaliações positivas, distinguem-se os que foram computados com elevados percentuais pelos usuários, respectivamente, o exame de Papa Nicolau (G16), a imunização (G4), o pré-natal (G18), as orientações sobre cuidados no domicílio (G21). Resultados com altos percentuais de avaliação positiva para esses itens também foram encontrados em outras avaliações da APS ^(77,81,141).

Os serviços reconhecidos como disponíveis expõem uma prática bastante tradicional centrada na saúde da mulher e da criança. Por outro lado, os dados da tabela 14 mostraram que na maioria dos municípios da microrregião de Alfenas não se obtiveram bons resultados para a coleta do exame citopatológico de colo de útero.

Tabela 42 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,882, H1 a H11 N= 508; H12 e H13 N = 438).

Avaliação	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	59,14	42,24	18,11	21,02	60,90	68,84	62,13	16,50	4,72	23,23	30,18	40,63	40,32
Provavelmente, sim	12,18	13,36	5,91	12,38	12,18	8,68	16,37	8,25	2,56	14,17	14,20	11,74	14,41
Provavelmente não/não sei não lembro	8,64	11,59	25,79	22,20	7,86	7,10	6,11	23,18	11,81	12,01	9,27	8,58	8,33
Com certeza, não	20,04	32,81	50,20	44,40	19,06	15,38	15,38	52,06	80,91	50,59	46,35	39,05	36,94
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações de 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: H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança. H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). H11 – Como prevenir quedas. H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou da menopausa.

Nessa dimensão Integralidade – Serviços Prestados, a abordagem dos itens é voltada ao processo de trabalho da equipe do serviço de saúde na prestação da assistência utilizada pelo usuário ou por alguém de sua família, com exceção do item H6 que é sobre a estrutura disponível.

Parte dos itens que tiveram avaliação positiva visam à promoção da saúde (H1 e H5) e a outra parte está voltada para ações curativas (H6 e H7). A maioria dos itens desse atributo receberam avaliações negativas, com destaque para os menores índices relacionados à segurança: no acondicionamento de arma de fogo(H9); cinto de segurança e dispositivo de retenção para crianças (H3); exposição a substâncias tóxicas em casa ou trabalho (H8) e prevenção de queimaduras (H10). Esses resultados coincidem com os achados de Viana (2012)⁽¹⁴¹⁾; Sala et al (2011)⁽⁷⁷⁾ e Pereira et al (2011)⁽⁸¹⁾, com exceção do item sobre cinto de segurança e dispositivos de retenção para criança, que não consta do instrumento da versão utilizada pelos dois últimos autores.

Reitera-se que a mortalidade hospitalar por causas externas, que engloba morte por acidentes no transporte, homicídios e suicídios, é a quarta maior causa de mortalidade hospitalar na microrregião de Alfenas.

Referindo-se às ações educativas e de aconselhamento, Pereira et al (2011)⁽⁸¹⁾, dizem que as ações relativas à prevenção de doença e à promoção da saúde ainda são incipientes, revelando uma manutenção do modelo Assistencial centrado em práticas curativas.

Para Starfield (2002, pág. 314)⁽²⁾, a integralidade “exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-la”.

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como atendimento integral, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços Assistenciais (Sala et al 2011 p. 950)⁽⁷⁷⁾.

Esse resultado de baixo escore da Integralidade na microrregião em estudo contraria a afirmação de Sala et al (2011) de que o modelo de organização da APS nos moldes da ESF apresenta, em tese, melhores características para a efetivação dos princípios da integralidade, uma vez que baseia as ações em um território estruturado, permitindo um planejamento das ações a partir das condições de vida e de saúde da população adscrita, e, não, a partir da demanda por assistência.

Fechando a análise dos resultados que compõem o atributo Integralidade, apresentados aqui nas dimensões Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade – Serviços Prestados, fica a reflexão de que essa avaliação ruim por parte dos usuários pode ser interpretada de duas formas: a primeira, é que embora o instrumento tenha sido validado no Brasil, o rol serviços apresentados para avaliação não está adequada à realidade das ESF participantes do estudo. A segunda é de que as ações e serviços propostos estão aquém das necessidades dos usuários, e não contemplam todo o espectro da atuação da APS, ficando as práticas de prevenção e de promoção subjugadas às práticas tradicionais de tratamento e de reabilitação. Outrossim, para o usuário que reside na microrregião de Alfenas, o modelo de organização da APS nos moldes do ESF não se mostrou comprometido com a integralidade e com a clínica ampliada.

Tabela 43 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, na Microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach 0,589, N = 511).

Avaliação	I1 %	I2 %	I3 %
Com certeza, sim	24,07	61,64	35,42
Provavelmente, sim	16,05	10,76	25,24
Provavelmente, não/não sei não lembro	12,33	5,48	27,01
Com certeza, não	47,55	22,11	12,33
Total	100	100	100

Notas: 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? I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

Os itens que avaliam o atributo de Orientação Familiar apresentaram avaliação positiva apenas para o item I2, e que, ainda assim, teve um percentual importante de avaliações negativas. A maioria dos itens desse atributo também foi avaliada de forma ruim por usuários em outros estudos^(77,81,141), tendo as piores avaliações no item sobre a participação do usuário no tratamento.

Esse resultado evidencia como na atenção primária o processo de trabalho do cuidado ainda está centrado no profissional de saúde, não criando condições para o paciente exercer sua autonomia na elaboração do plano terapêutico. Cabe aqui uma crítica ao instrumento de pesquisa que tratou com apenas três itens, centrados na atenção curativos e orientado para a doença, de um dos atributos mais importantes e que mais dão identidade à ESF.

Demonstra-se, assim, que o usuário não experimenta/percebe a qualidade de Orientação Familiar nas ações do serviço de saúde. Mais importante do que verificar o não alcance de um índice numérico que meça a qualidade Assistencial, é refletir sobre paradoxo contido nesses resultados. Ocorre entre o que é praticado na APS e o que foi proposto na mudança de modelo Assistencial a ser efetivada pelo SUS, a partir da reorganização da APS com a

Estratégia de Saúde da Família, no qual a unidade de cuidado mais importante está expressa na própria denominação da mesma.

Portanto, esse resultado da Orientação Familiar não deve ser visto isoladamente, pois todos os atributos contribuem para o alcance de uma assistência de qualidade na APS. Neste estudo, os atributos que tiveram um desempenho ruim guardam relação entre si. Segundo Starfield(2002)⁽²⁾, o atributo Orientação Familiar acontece quando o alcance da Integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados.

Tabela 44 - Distribuição percentual das respostas dos usuários adultos da Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,807, N=515).

Avaliação	J1	J2	J3	J4	J5	J6
	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	80,19	52,43	33,20	30,68	26,99	21,83
Provavelmente, sim	7,18	21,94	20,19	11,46	14,95	5,65
Provavelmente, não/não sei não lembro	4,66	16,31	22,91	20	21,55	11,7
Com certeza, não	7,96	9,32	23,69	37,86	36,5	60,82
Total	100	100	100	100	100	100

Notas: J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 – O seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? 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? J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

O atributo Orientação Comunitária foi avaliado com média negativa pelos participantes. Seus itens abordam como se efetua o

reconhecimento por parte do serviço/equipe das necessidades de saúde da população, por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços⁽²⁾.

O item J1 foi mais bem avaliado. Este talvez seja, dentre os demais, o que tem maior visibilidade e impacto junto à população, já que a visita domiciliar por parte dos membros da ESF, sobretudo do ACS, faz parte da rotina das atividades dos serviços. O item J2, cujo objetivo foi avaliar se os profissionais do serviço de saúde reconhecem os problemas de saúde da comunidade, também recebeu avaliação positiva.

Os itens J3, J4, J5 e J6, cujo objetivo foi analisar se o serviço de saúde pesquisa os problemas de saúde e a satisfação da comunidade sobre os serviços ofertados, e se de que forma estimula a participação da mesma no controle social também receberam percentual alto de avaliações negativas. O estudo de Viana (2012)⁽¹⁴¹⁾ encontrou resultados semelhantes, evidenciando a baixa orientação para a comunidade das ESF das quais os usuários foram entrevistados. Pereira et al (2011)⁽⁸¹⁾ e Sala et al (2011)⁽⁷⁷⁾ que utilizaram uma versão diferente do PCATool também encontraram baixos percentuais para os itens em comum do atributo Orientação Comunitária.

Elias et al (2006)⁽⁵⁴⁾ chama a atenção para o fato de um estudo de avaliação encontrar como resultado o valor baixo atribuído ao atributo Orientação Comunitária, pois é um dos componentes essenciais da ESF. Para esse autor, o resultado esperado seria uma boa avaliação.

Concorda-se com Pereira et al (2011 p.53)⁽⁸¹⁾ na reflexão de que esse resultado negativo “sinaliza a necessidade de uma revisão do processo de trabalho, onde aquele que utiliza o serviço tenha efetivamente participação na formulação de propostas e intervenções”.

Van Stralen (2008, p. S153)⁽⁶⁴⁾ ressalta que as questões do PCATool privilegiam a atuação dos profissionais, leia-se dos médicos e enfermeiros, e não traduzem a atuação de agentes comunitários.

Infere-se que os usuários dos serviços de APS da microrregião de Alfenas percebem a verticalização das práticas de saúde; que a participação e o controle sociais não estão incorporadas nas ações na ESF ou a população não se reconhece nesse movimento; e que a satisfação do usuário não está no rol das questões a serem trabalhadas pela equipe.

Sintetizando os resultados da avaliação dos adultos usuários das unidades da ESF na microrregião de Alfenas – MG, estes a reconhecem e a priorizam como porta de entrada para o sistema de saúde, embora a estrutura e o processo de trabalho nas unidades favoreça os atendimentos de rotina, e a acessibilidade, no geral, seja prejudicada pelos horários convencionais de funcionamento e pela insuficiência de meios de comunicação com as mesmas.

O vínculo do usuário com a unidade é forte, mas os resultados destacam que existe uma deficiência no emprego e no desenvolvimento das tecnologias leves e relacionais para o atendimento à população, gerando no usuário a experiência de não ser reconhecido e valorizado como pessoa, como parte de uma família e de uma comunidade, não encontrando momento na escuta do profissional para sua opinião no planejamento do tratamento, na utilização de outros níveis Assistenciais e para a continuidade do cuidado quando necessário.

No cuidado, persistem as práticas consolidadas das quais se destacam a saúde da mulher e da criança, com incipiente valorização de novas práticas expressa na avaliação positiva do cuidado no domicílio. Evidenciou-se uma insuficiência nas práticas educativas, de promoção da saúde e de prevenção de doenças e de agravos, bem como o não acolhimento para os problemas de saúde mental, para o uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e

ilícitas, comuns na região, não atingindo, assim, o nível desejado de uma prática de saúde integrada.

As necessidades de saúde da população adscrita à unidade não são consideradas no planejamento, na execução e na avaliação das ações. Não há meios para a expressão da satisfação do usuário com a unidade da ESF e esse serviço também não o estimula a participar no controle social. Essas questões perpassaram a maioria dos atributos avaliados, contribuindo para os resultados desfavoráveis encontrados.

6.4 AVALIAÇÃO DA APS POR MEIO DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PCATool AOS PARTICIPANTES ADULTOS RESPONSÁVEIS POR CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS

Os resultados da avaliação da APS, por meio da aplicação do PCATool aos usuários adultos sobre a assistência à criança de 0 a 2 anos, estão ordenados na caracterização dos sujeitos participantes e na apresentação do desempenho dos atributos avaliados pelos mesmos.

As entrevistas ocorreram em 11 cidades, com 586 adultos responsáveis/cuidadores de crianças de 0 a 2 anos. Todos os questionários gerados nas entrevistas foram considerados válidos para o estudo. A caracterização dos participantes da pesquisa está exposta na Tabela 45.

Tabela 45 - Caracterização dos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos de idade e sua distribuição de acordo com o tipo de serviço identificado no item grau de afiliação, na microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Variáveis Sociais		ESF		UBS		Ambulatório especializado		Hospital/Pronto socorro	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Feminino	326	98,79%	54	98,18%	145	97,97%	52	98,11%
	Masculino	4	1,21%	1	1,82%	3	2,03%	1	1,89%

(continua)

(conclusão)

A maioria dos responsáveis ou cuidadores que responderam ao PCATool são do sexo feminino (98,46%); de cor branca (53,44%); mães (86,50%); na faixa etária de 20 a 39 anos (59,73%); casadas/amasiadas (75,65%) e que têm entre 1 e 2 filhos (65,22%).

Tabela 46 - Distribuição dos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos de idade por cidade e por tipo de unidade da microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Cidade	ESF		UBS		Ambulatório especializado		Hospital/ Pronto socorro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alfenas	131	49,62	55	20,83	49	18,56	29	10,98	264	45,05
Alterosa	48	94,12	0	0,00	0	0,00	3	5,88	51	8,70
Areado	11	91,67	0	0,00	0	0,00	1	8,33	12	2,05
Campo do Meio	23	32,39	0	0,00	42	59,15	6	8,45	71	12,12
Campos Gerais	50	67,57	0	0,00	21	28,38	3	4,05	74	12,63
Carmo do Rio Claro	13	38,24	0	0,00	21	61,76	0	0,00	34	5,80
Conceição Aparecida	2	11,76	0	0,00	14	82,35	1	5,88	17	2,90
Divisa Nova	2	16,67	0	0,00	0	0,00	10	83,33	12	2,05
Paraguaçu	15	93,75	0	0,00	1	6,25	0	0,00	16	2,73
Poço Fundo	21	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	21	3,58
Serrania	14	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	2,39
Total	330	56,31	55	9,39	148	25,26	53	9,04	586	100,00

A coleta de dados se deu somente em áreas urbanas, adscritas às unidades da ESF, previamente selecionadas. As entrevistas foram realizadas com usuários maiores de 18 anos, moradores da área de cobertura da ESF selecionada, cadastrados na mesma e indicados pelos ACS. Não obstante a metodologia, a tabela 46 mostra que os participantes da pesquisa da microrregião de Alfenas apontaram como fonte regular de cuidado em saúde da criança as equipes da ESF (56,31%), seguida do ambulatório especializado (25,26%), da UBS (9,39%) e do Pronto Socorro (9,04%).

Analisando os dados por cidade, a maior parte da população dos municípios de Conceição da Aparecida, Carmo do Rio Claro e Campo do Meio priorizam a busca pelo cuidado nos ambulatórios

especializados. Na visita a esses municípios para a coleta de dados, foi possível perceber que o fato ocorre porque os municípios mantêm atendimento semanal de pediatria nas chamadas “policlínicas”, locais onde também se localizam as salas de vacina. No município de Divisa Nova, a maioria da população indicou o Hospital/Pronto Socorro. Na época da coleta de dados, a única ESF da cidade encontrava-se sem profissional médico, logo a outra opção de atendimento no município é o que foi indicado. No município de Alfenas, a soma das opções UBS tradicional/Ambulatório Especializado/Hospital é superior ao percentual dos entrevistados que apontou a ESF como fonte prioritária de atenção à saúde. Tal fato é influenciado pelo arranjo organizacional de saúde da cidade, a qual possui o atendimento de pediatra uma vez por semana em parte das equipes da ESF, e possui há duas décadas, e em vários bairros da cidade, UBSs ligadas a um hospital universitário, credenciado ao SUS, que mantém cursos de medicina e de enfermagem e provê a população com atendimento diário nas clínicas básicas de ginecologia e de obstetrícia, de clínica médica e de pediatria.

Os questionários respondidos sobre outros serviços não foram descartados, pois esse percentual de afiliação a outros serviços também faz parte da avaliação da ESF.

Tal resultado é possível devido a uma particularidade do instrumento de entrevista. O questionário PCATool inicia a entrevista com o item “Grau de Afiliação”. Esse item é pontuado de 1 a 4 e não se constitui num atributo, mas é utilizado para o cálculo do Escore Geral. São três perguntas que visam identificar em qual serviço de saúde adulto entrevistado se sente reconhecido como pessoa e deposita a responsabilidade pelo seu atendimento, conforme as opções seguintes:

- 1) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o(a) (nome da criança) quando ele(a) fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

2) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o(a) (nome da criança) como pessoa?

3) Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) (nome da criança)? As opções de resposta são “sim”, “não” e o “nome e endereço do serviço/profissional de saúde”.

A identificação do serviço que será avaliado e a pontuação do grau de afiliação são feitas por meio de um algoritmo, da seguinte forma: se a resposta para todas as perguntas forem “não”, o grau de afiliação é igual a 1; se uma, duas ou três respostas forem “sim”, porém identificando médico/enfermeiro/serviço de saúde diferentes, o grau de afiliação é igual a 2 e o serviço avaliado será o que foi identificado na resposta “sim” ou na resposta de A1; se duas respostas forem “sim” identificando o mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde o grau de afiliação é igual a 3; todas as respostas “sim” identificando o mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde têm o grau de afiliação é igual a 4. Dessa forma, é possível que o morador de área adscrita à ESF e usuário cadastrado na mesma indique que se sente afiliado a outro serviço.

Em outras avaliações que utilizaram a mesma metodologia, o percentual de responsáveis a indicarem a ESF como principal fonte de cuidados por crianças de 0 a 2 anos, foi bem superior. No estudo de Ribeiro et al (2010)⁽⁷⁶⁾ foram 77,6% dos entrevistados e no de Leão, Caldeira e Oliveira (2011)⁽⁷⁸⁾ foram 77,7 %.

Os usuários entrevistados na região de saúde de Alfenas - MG indicaram em média um alto grau de afiliação a todos os serviços de saúde indicados, conforme mostra a tabela 47, na qual também estão expostos o resultado dos escores médios dos de cada atributo e a comparação entre estes.

Na avaliação dos adultos responsáveis ou dos cuidadores de crianças de zero a dois anos, a maioria dos atributos da APS recebeu avaliações classificadas como baixo escore (< que 6,66);

somente os atributos Acesso de Primeiro Contato – Utilização, Coordenação – Sistema de Informação e Integralidade foram classificadas como alto escore. O grau de afiliação obteve escore médio próximo ao valor máximo.

Tabela 47 - Escores obtidos na avaliação dos atributos da APS pelos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos de idade, classificados e comparados de acordo com o tipo de serviço, na Microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Escala	Tipo de unidade	N	Média	DP	Valor-p ¹	Agrupamento
Grau de Afiliação	ESF	330	3,55	0,73	< 0.001	a
	UBS	55	3,42	0,71		a
	Ambulatório especializado	148	3,30	0,91		a
	Hospital/Pronto socorro	53	2,89	1,03		b
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	ESF	329	7,99	2,45	0,005	a
	UBS	55	7,21	2,71		ab
	Ambulatório especializado	148	7,46	2,68		ab
	Hospital/Pronto socorro	53	6,88	2,97		b
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	ESF	329	4,87	2,45	< 0.001	a
	UBS	55	4,97	1,96		a
	Ambulatório especializado	148	3,96	2,18		ab
	Hospital/Pronto socorro	53	4,48	1,80		b
Longitudinalidade	ESF	329	6,66	1,97	< 0.001	a
	UBS	55	6,51	1,71		a
	Ambulatório especializado	148	6,89	1,87		a
	Hospital/Pronto socorro	53	4,80	2,48		b
Coordenação de Integração de Cuidados	ESF	47	6,88	3,24	0,111	a
	UBS	7	6,48	2,54		a
	Ambulatório especializado	19	6,88	3,75		a
	Hospital/Pronto socorro	9	3,93	3,39		a
Coordenação de Sistema de Informação	ESF	317	6,98	1,95	< 0.001	a
	UBS	53	7,51	1,77		a
	Ambulatório especializado	137	7,33	1,99		a
	Hospital/Pronto socorro	47	5,32	2,94		b

(continua)

(continuação)						
Escala	Tipo de unidade	N	Média	DP	Valor-p ¹	Agrupamento
Integralidade Serviços Disponíveis	- ESF	288	5,18	1,88	< 0.001	a
	UBS	32	4,07	2,25		b
	Ambulatório especializado	130	2,92	2,18		c
	Hospital/Pronto socorro	47	3,60	2,48		ab
Integralidade Serviços Prestados	- ESF	322	6,50	3,42	0,002	ab
	UBS	55	7,25	3,27		ab
	Ambulatório especializado	148	7,59	3,08		a
	Hospital/Pronto socorro	52	5,92	3,83		b
Orientação Familiar	ESF	324	5,10	2,97	0,076	a
	UBS	51	5,53	2,42		a
	Ambulatório especializado	147	5,52	2,75		a
	Hospital/Pronto socorro	53	4,42	2,53		a
Orientação Comunitária	ESF	295	5,69	2,24	< 0.001	a
	UBS	35	2,24	2,75		b
	Ambulatório especializado	128	2,00	2,34		b
	Hospital/Pronto socorro	48	2,31	2,57		b
Escore Essencial	ESF	330	6,44	1,18	< 0.001	a
	UBS	55	5,98	1,18		a
	Ambulatório especializado	148	5,69	1,10		a
	Hospital/Pronto socorro	53	4,81	1,53		b
Escore Geral	ESF	330	6,21	1,20	< 0.001	a
	UBS	55	5,70	1,27		a
	Ambulatório especializado	148	5,32	1,15		a
	Hospital/Pronto socorro	53	4,52	1,47		b

(conclusão)

¹Modelo de ANOVA com *post hoc* pelo método de Tukey. Médias seguidas de mesma letra na coluna são estatisticamente iguais a 5%.

Na comparação dos escores médios dos atributos da APS entre os serviços que foram apontados como fonte regular de cuidado à criança, têm-se os seguintes resultados: o grau de afiliação recebeu menores valores no pronto socorro/hospital do que

nos outros serviços, que não diferenciaram em si. O mesmo ocorreu para os atributos acesso de primeiro contato – acessibilidade, Longitudinalidade, orientação familiar, coordenação, sistemas de informação, integralidade – serviços prestados, e nas somas dos atributos representados pelo escore essencial. Não houve diferenças significativas entre os serviços nos valores dos escores médios referentes aos atributos coordenação – integração de cuidados e orientação familiar. No atributo integralidade serviços disponíveis, não houve diferenças nas avaliações da ESF e do pronto-socorro/hospital e foi superior a avaliação da UBS e do Ambulatório especializado, respectivamente. A ESF recebeu avaliação significativamente maior que os outros serviços apenas no atributo orientação comunitária.

Assim como nos resultados dos usuários adultos, encontraram-se diferenças estatísticas dentre os grupos de participantes. Esse resultado pode ser considerado apenas uma característica das pessoas que compõem a amostra as quais, mesmo sendo moradoras da área adscrita, usuárias cadastradas na equipe da ESF e indicadas pelo ACS, decidiram apontar que se sentem mais afiliadas a outros serviços/profissionais. Por esse motivo, não pode ser considerada uma comparação válida, pois, para isso o planejamento amostral deveria ter sido feito de outra forma, com o intuito de comparação entre os grupos, o que não ocorreu aqui, e, portanto, esse resultado não será debatido com os achados de outros estudos de comparação.

As avaliações constantes nas tabelas 48 a 57 referem-se aos dados coletados junto aos 330 participantes que responderam ao PCATool Criança sobre as equipes de ESF nos municípios da região de saúde de Alfenas.

Tabela 48 - Valores médios e respectivos desvios padrão dos atributos da atenção primária à saúde, escore essencial e escore geral, conferidos pelos responsáveis menores de dois anos, na avaliação da Estratégia de Saúde da Família, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributo da APS	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	329	0,00	10,00	7,99	2,45
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	329	0,00	10,00	4,87	2,45
Longitudinalidade	329	0,71	10,00	6,66	1,97
Coordenação - Integração de Cuidados	47	0,00	10,00	6,88	3,24
Coordenação – Sistemas de Informação	317	0,00	10,00	6,98	1,95
Integralidade – Serviços Disponíveis	288	0,00	10,00	5,18	1,88
Integralidade – Serviços Prestados	322	0,00	10,00	6,50	3,42
Orientação Familiar	324	0,00	10,00	5,10	2,97
Orientação Comunitária	295	0,00	10,00	5,69	2,24
Escore Essencial	330	2,75	8,67	6,44	1,18
Escore Geral	330	2,65	8,96	6,21	1,20

Harzheim (2006)⁽³¹⁾ refere que a única maneira de se avaliar a experiência do usuário nos serviços de saúde é por meio de suas opiniões; no caso das crianças, devido à idade, cabe a opinião de seus responsáveis.

A maior parte dos atributos da APS, avaliados dos pelos responsáveis de crianças de 0 a 2 anos na região de saúde de Alfenas, não atingiu o valor limite de classificação para ser considerado de alto escore.

O grau de afiliação as unidades da ESF expressado pelos responsáveis por crianças menores de dois anos, foi de 3,55 (menor valor = 1, maior valor = 4), indicando que os participantes da pesquisa têm na ESF um local no qual depositam a confiança e a responsabilidade pelo cuidado de saúde da criança.

Assim como na versão adulto, o PCATool - Brasil ⁽⁴⁹⁾ tem o atributo Acesso de Primeiro Contato dividido em Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. O atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização obteve a maior média de avaliações positivas, corroborando o resultado do grau de afiliação. Outros estudos realizados com responsáveis por crianças

de 0 a 2 anos obtiveram resultados positivos para esse atributo (145,146).

Esses dois resultados iniciais permitem inferir que, para os participantes da pesquisa, a ESF é uma fonte regular de cuidados à saúde da criança nos municípios da região de saúde de Alfenas. Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010)⁽⁷⁶⁾ consideram fundamental o serviço de referência para o atendimento infantil ser a ESF, por considerar essa política governamental como reestruturadora dos princípios norteadores do SUS.

Em contraste, o resultado do Atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade recebeu um baixo escore, destacando que existem barreiras que dificultam o acesso da criança ao serviço de saúde. Tal resultado é comum a outros trabalhos ^(78,145,146), o que denota um enfraquecimento logo no início do processo de cuidado. Para Leão, Caldeira e Oliveira (2011)⁽⁷⁸⁾, é possível que as dificuldades de alcance desse atributo estejam vinculadas às particularidades da criança e às demandas curativas apresentadas aos serviços de saúde pelo maior volume de afecções agudas que apresenta nessa faixa etária. No mesmo entendimento, infere-se que essa maior demanda torna ainda mais legítima essa avaliação negativa. Nos estudos em que se avaliou o Acesso de Primeiro Contato como um atributo único, a avaliação dos participantes foi classificado como baixo escore^(78,147). O apanhado desses resultados mostra que esse atributo da APS não se desenvolveu, atendendo parcialmente aos usuários que consideram a ESF como a porta de entrada do sistema de saúde.

A Longitudinalidade é o acompanhamento ao longo do tempo, no qual está implícita uma relação terapêutica caracterizada por responsabilidade por parte do profissional de saúde e por confiança por parte do paciente⁽¹⁴³⁾ e é considerado o atributo central da APS⁽²⁾. Seu desenvolvimento tem como resultado diagnósticos e tratamentos mais precisos, redução dos encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de

procedimentos de maior complexidade⁽¹⁴⁸⁾. Esse atributo alcançou alto escore na avaliação dos participantes da região de saúde de Alfenas. Resultado semelhante também foi alcançado em outros trabalhos^(78,146,147).

Para a avaliação do atributo Coordenação - Integração de Cuidados, foi necessário inicialmente responder se a criança foi encaminhada a um especialista enquanto está em acompanhamento na ESF. Do total de participantes, 47 (14,24%) responderam afirmativamente a essa questão e avaliaram com alto escore essa qualidade da APS. Esse baixo percentual de encaminhamentos referidos pelos entrevistados e a avaliação positiva desse atributo guarda relação com a avaliação da Longitudinalidade, podendo-se inferir como um resultado desta e como resultado positivo da organização regional dos serviços de saúde implementada no *locus* do estudo. O trabalho de Oliveira(2012)⁽¹⁴⁵⁾ atingiu resultado semelhante, e o estudo de Braz⁽¹⁴⁶⁾, divergente.

Sobre a Coordenação – Sistema de Informação, a avaliação dos participantes da região de saúde de Alfenas foi classificada como alto escore, evidenciando que existem condições favoráveis, no tocante à existência de registro e de disponibilidade das informações para o desenvolvimento da coordenação e para a Longitudinalidade do cuidado. A avaliação da assistência a criança executada por Braz (2012) obteve resultados positivos para a Coordenação – Sistema de Informação. Já na avaliação de Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾ essa qualidade não atingiu o valor classificatório. Nos estudos em que esse atributo não foi dividido, os resultados foram de baixo escore^(78,147).

O atributo Integralidade está dividido em dois elementos, Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade Serviços Prestados. Para o elemento Integralidade – Serviços Disponíveis, a avaliação dos usuários da região de saúde de Alfenas foi baixa, da mesma forma como ocorreu em outros trabalhos^(78,145–147). Esse elemento avaliou questões que abordam serviços disponíveis a toda

a família e não exclusivamente à criança. Visto que o resultado desse mesmo atributo foi de baixo escore para os adultos, é coerente o desfecho para a avaliação feita pelos responsáveis de 0 a 2 anos.

Na avaliação da Integralidade - Serviços Prestados, o escore foi classificado como baixo, porém muito próximo ao valor limite de classificação. Nas demais avaliações utilizadas como referência, os serviços disponíveis foram positivos^(78,145–147). Os itens desse elemento foram sobre serviços disponíveis exclusivamente para a criança, e o resultado permite a consideração de que está aquém das necessidades. Para Starfield (2002)⁽²⁾, o segundo atributo de maior valor para os usuários é a integralidade, atrás apenas da Longitudinalidade. Os pacientes reconhecem a importância da integralidade e expressam sua insatisfação com sua ausência. Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, as doenças preveníveis podem não ser evitadas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco e as pessoas podem morrer mais cedo do que deveriam.

A avaliação dos usuários da região de saúde de Alfenas foi de baixo escore para os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, assim como em outros estudos^(78,145–147), evidenciando que as práticas de saúde voltadas ao conhecimento e ao envolvimento das famílias e das comunidades ainda são frágeis na maioria dos locais pesquisados.

O Escore Essencial obteve avaliação classificada como alto escore. Ele é formado pela média dos escores dos componentes que pertencem aos atributos essenciais: Acesso de Primeiro Contato – Utilização; Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação – Integração de Cuidados; Coordenação – Sistema de Informação; Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados; dividido pelo número de componentes. Os demais trabalhos consultados

obtiveram resultados semelhantes⁽⁷⁸⁾ ou divergentes^(146,147). Esse resultado de alto escore, ainda que discretamente acima do valor limite de classificação, fala a favor da forma como a ESF organiza as ações e serviços na saúde da criança, mas indicam a necessidade de questões a serem fortalecidas, e que serão discutidas pontualmente mais adiante.

Já o Escore Geral, que é composto pela média dos escores de todos os atributos mais o Grau de Afiliação, foi avaliado como baixo, influenciado pelos baixos escores dos atributos de Orientação Familiar e de Orientação Comunitária, assim como ocorreu em outros estudos^(78,146,147).

Tabela 49 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com a cor referida pelos adultos responsáveis por menores de dois anos, microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributo da APS	Cor	N	Média	DP	Valor-p	Agrupamento
Grau de Afiliação	Branca	183	3,56	0,73	0,400	a
	Negra	56	3,63	0,75		a
	Amarela	7	3,14	0,90		a
	Parda	80	3,54	0,62		a
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	Branca	182	8,00	2,58	0,080	a
	Negra	56	8,61	2,13		a
	Amarela	7	8,73	1,49		a
	Parda	80	7,56	2,34		a
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Branca	182	4,91	2,47	0,925	a
	Negra	56	4,93	2,60		a
	Amarela	7	4,92	3,39		a
	Parda	80	4,70	2,26		a
Longitunalidade	Branca	182	6,78	2,02	0,032	ab
	Negra	56	7,07	2,06		a
	Amarela	7	6,43	2,47		ab
	Parda	80	6,14	1,70		b
Coordenação - Integração de Cuidados	Branca	26	7,31	3,15	0,765	a
	Negra	10	6,07	4,34		a
	Amarela	1	6,00	.		a
	Parda	10	6,67	2,43		a

(continua)

(continuação)						
Atributo da APS	Cor	N	Média	DP	Valor-p	Agrupamento
Coordenação – Sistemas de Informação	Branca	174	6,88	1,83	0,354	a
	Negra	53	6,94	1,91		a
	Amarela	7	7,62	1,63		a
	Parda	79	7,29	2,10		a
Integralidade – Serviços Disponíveis	Branca	155	5,17	1,77	0,217	a
	Negra	52	5,53	1,86		a
	Amarela	5	6,15	1,92		a
	Parda	72	4,93	2,10		a
Integralidade – Serviços Prestados	Branca	177	6,58	3,55	0,342	a
	Negra	56	6,99	3,33		a
	Amarela	7	6,95	3,12		a
	Parda	79	5,96	3,22		a
Orientação Familiar	Branca	179	4,82	2,98	0,268	a
	Negra	56	5,50	3,40		a
	Amarela	7	5,71	1,86		a
	Parda	79	5,44	2,71		a
Orientação Comunitária	Branca	162	5,48	2,15	0,407	a
	Negra	52	6,04	2,44		a
	Amarela	6	5,83	1,67		a
	Parda	72	5,82	2,33		a
Escore Essencial	Branca	183	6,00	1,19	0,123	a
	Negra	56	6,23	1,14		a
	Amarela	7	6,25	1,30		a
	Parda	80	5,76	1,17		a
Escore Geral	Branca	183	5,81	1,17	0,235	a
	Negra	56	6,12	1,20		a
	Amarela	7	6,11	1,09		a
	Parda	80	5,73	1,26		a

(conclusão)

Nota: Modelo de ANOVA com *post hoc* pelo método de Tukey. Médias seguidas de mesma letra na coluna são estatisticamente iguais a 5%.

Agrupando os participantes segundo a cor referida pelos mesmos e comparando os escores médios dos atributos da APS, encontrou-se diferença apenas no atributo Longitudinalidade que teve avaliação dos participantes que se autodeclaram pardos, inferior aos demais grupos.

Tabela 50 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com o estado civil dos participantes adultos responsáveis por menores de dois anos, na microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributo da APS	Estado Civil	N	Média	DP	Valor-p	Agrupamento
Grau de Afiliação	Solteiro	59	3,53	0,73	0,70	a
	Casado/amasiado	250	3,56	0,72		a
	Separado/divorciado	8	3,75	0,71		a
	Viúvo	8	3,63	0,74		a
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	Solteiro	59	7,63	2,51	0,25	a
	Casado/amasiado	249	8,02	2,48		a
	Separado/divorciado	8	8,89	1,78		a
	Viúvo	8	8,89	1,78		a
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Solteiro	59	4,69	2,48	0,37	a
	Casado/amasiado	249	4,96	2,43		a
	Separado/divorciado	8	4,03	3,69		a
	Viúvo	8	3,85	1,81		a
Longitunalidade	Solteiro	59	6,57	1,82	0,77	a
	Casado/amasiado	249	6,71	2,00		a
	Separado/divorciado	8	5,95	2,43		a
	Viúvo	8	6,52	2,23		a
Coordenação - Integração de Cuidados	Solteiro	6	5,89	4,68	0,72	a
	Casado/amasiado	39	7,01	3,07		a
Coordenação – Sistemas de Informação	Solteiro	57	6,22	2,13	0,01	a
	Casado/amasiado	239	7,22	1,83		b
	Separado/divorciado	8	7,36	1,02		b
	Viúvo	8	6,25	2,14		a
Integralidade – Serviços Disponíveis	Solteiro	55	5,08	1,83	0,66	a
	Casado/amasiado	214	5,24	1,87		a
	Separado/divorciado	8	4,77	2,71		a
	Viúvo	7	4,50	1,95		a
Integralidade – Serviços Prestados	Solteiro	57	6,97	3,31	0,41	a
	Casado/amasiado	244	6,39	3,46		a
	Separado/divorciado	8	7,08	3,79		a
	Viúvo	8	5,75	3,11		a
Orientação Familiar	Solteiro	57	5,19	2,97	0,95	a
	Casado/amasiado	246	5,08	3,01		a
	Separado/divorciado	8	5,00	3,09		a
	Viúvo	8	4,72	2,12		a
Orientação Comunitária	Solteiro	57	5,72	2,44	0,72	a
	Casado/amasiado	222	5,72	2,21		a
	Separado/divorciado	7	4,52	2,54		a
	Viúvo	6	5,14	0,97		a

(continua)

(continuação)						
Atributo da APS	Estado Civil	N	Média	DP	Valor-p	Agrupamento
Escore Essencial	Solteiro	59	5,83	1,07	0,54	a
	Casado/amasiado	250	6,02	1,21		a
	Separado/divorciado	8	5,98	1,62		a
	Viúvo	8	5,61	0,99		a
Escore Geral	Solteiro	59	5,75	1,09	0,67	a
	Casado/amasiado	250	5,88	1,22		a
	Separado/divorciado	8	5,71	1,61		a
	Viúvo	8	5,47	0,97		a

(conclusão)

Nota: ¹Modelo de ANOVA com *post hoc* pelo método de Tukey. Médias seguidas de mesma letra na coluna são estatisticamente iguais a 5%.

No comparativo dos participantes classificados em grupos segundo seu estado civil, obteve-se diferença nos valores médios do atributo Coordenação – Sistemas de Informação no qual os viúvos e solteiros atribuíram maiores percentuais de avaliações positivas do que os participantes que se declaram casado/amasiado e separado/divorciado. Nos escores médios dos atributos da ESF, não foi encontrada diferença estatística, comparando-se os grupos por sexo, idade e presença de filhos.

Das tabelas 51 a 60, a análise dos atributo será feita observando os valores médios de cada item em particular. Os itens de cada atributo da APS, propostos no instrumento PCATool, tiveram a consistência interna e confiabilidade avaliada pelo método Alfa de Cronbach. O teste afere essas características e o seu valor varia entre 0,00 e 1,00; quanto mais alto o coeficiente, mais consistente é a medida ⁽⁹²⁾.

Tabela 51 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,720, N =329).

Avaliação	B1	B2	B3
	%	%	%
Com certeza, sim	74,77	57,14	60,18
Provavelmente, sim	14,29	20,67	20,67

(continua)

(continuação)			
Avaliação	B1	B2	B3
	%	%	%
Provavelmente, não/não sei não lembro	7,29	12,77	11,85
Com certeza, não	3,65	9,42	7,29
Total	100	100	100

(conclusão)

Notas: 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? 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? 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?

Os itens que compõem esse atributo mostram a prioridade dada pelo responsável da criança em utilizar o serviço de saúde no ao qual ele se sente mais afiliado para a assistência à criança de 0 a 2 anos. Todos os itens tiveram altos percentuais de avaliações positivas, tendo destaque a utilização dos serviços da ESF para consultas de rotina.

Os estudos de Oliveira 2012⁽¹⁴⁴⁾ e Braz 2012⁽¹⁴⁶⁾ trouxeram resultados semelhantes, evidenciando que os responsáveis pelas crianças de 0 a 2 anos buscam a ESF para o acompanhamento da saúde, para atendimento às condições agudas e como meio para encaminhamento para consultas especializadas e exames.

Tabela 52 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõe o atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, microrregião de Alfenas – MG(Alfa de Cronbach = 0,696, N=329).

Avaliação	C1	C2	C3	C4	C5	C6
	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	32,62	33,74	42,38	10,06	31,31	29,79
Provavelmente, sim	22,56	20,25	20,12	13,41	23,40	10,94
Provavelmente, não/não sei não lembro	19,21	19,02	15,55	20,12	14,29	28,27
Com certeza, não	25,61	26,99	21,95	56,40	31,00	31,00
Total	100	100	100	100	100	100

Notas: 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? 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”? 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”? 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)? 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? C6 – Quando o “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

O atributo composto por esses itens recebeu o pior escore médio no rol avaliado. Os participantes avaliaram a maioria dos itens sobre estrutura e processo de trabalho na ESF para a organização do atendimento à criança abaixo do valor de referência, demonstrando claramente as barreiras do acesso quando se pensa que ele é mais necessário. Destaca-se que 23,47% das pessoas responderam que esperam mais que trinta minutos por atendimento já agendado; e que o agendamento das consultas de rotina não atingiu o valor para ser considerado de alto escore, mas obteve um bom percentual de avaliações positivas. Logo, apesar de o resultado global ter sido ruim, esses dois aspectos do atributo evidenciam uma boa organização nas ações programadas.

Para os participantes de outros estudos, grande parte dos entrevistados têm mais dificuldades em esperar mais que 30 minutos por atendimento^(146,147), em conseguir atendimento médico^(145–147) e em receber atendimento/aconselhamento por telefone⁽¹⁴⁵⁾, o que indica que a acessibilidade é um problema a ser enfrentado em muitas regiões brasileiras.

Para Van Stralen et al (2008)⁽⁶⁴⁾, a dimensão do acesso diz respeito à maior ou menor facilidade da população para obter uma consulta. Ainda que não devamos reduzir a atenção primária à prestação de consultas, essa atenção não pode abdicar da atenção clínica prestada pelos médicos ou, de acordo com os problemas

apresentados, por outros profissionais tais como enfermeiros e psicólogos, mas têm de integrá-la à vertente da Saúde Coletiva.

Para Starfield (2002)⁽²⁾, diante das dificuldades para se acessar a primeira atenção, esta será postergada, talvez a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e o manejo do problema de saúde.

Com esses resultados, fica evidente que, na região de saúde de Alfenas precisa-se desenvolver os processos de trabalho visando facilitar a primeira atenção, especialmente para os casos de demanda espontânea na ESF.

Tabela 53 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Longitudinalidade, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,836, N= 329).

Avaliação	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	69,60	25,53	74,16	77,74	77,51	75,46	40,55	65,05	60,79	38,30	30,5	31,5	21,3	27,1
Provavelmente, sim	19,15	10,94	17,93	14,94	10,94	11,96	16,77	18,84	17,93	14,89	18,3	17,1	14,3	24,0
Provavelmente, não/não sei não lembro	7,60	25,84	3,95	3,35	4,56	4,29	17,68	6,38	7,60	10,03	23,8	25,1	29,3	26,4
Com certeza, não	3,65	37,69	3,95	3,96	6,99	8,28	25,00	9,73	13,68	36,78	27,4	26,3	35,1	22,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: 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? 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? D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” de sua criança entende o que você diz ou pergunta? D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda? D5 - O (a) “médico/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/enfermeiro”? D7 - O “médico/enfermeiro” conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde? D8 - O (a) “médico/enfermeiro” conhece a história clínica (médica) completa de sua criança? D9 - O (a) “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando? D10 - Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer? D11 - Você acha que o (a) “médico/enfermeiro” conhece a sua família bastante bem? D12 — O/a “médico/enfermeiro” sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família? D13 — O/a “médico/enfermeiro” sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança? D14 — O “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas p obter ou pagar por medicamentos de que sua criança precisa?

Na avaliação dos usuários da região de saúde de Alfenas – MG, o atributo Longitudinalidade alcançou o valor de 6,66, limite de classificação entre alto e baixo escore. Na análise dos itens, metade atingiu altos percentuais de avaliações positivas, sendo os que versam sobre questões estruturais do serviço (D1). Os demais itens são sobre o processo de trabalho do ponto de vista da assistência a saúde da criança ao longo do tempo e a comunicação entre o usuário e o profissional nesse período (D3 a D6, D8 e D9).

Os resultados sobre esses itens são superiores aos encontrados por Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾ e semelhantes aos encontrados por Ribeiro, Rocha e Ramos-Jorge (2010)⁽⁷⁶⁾. De acordo com Harzheim (2004)⁽¹⁴⁷⁾, o alcance e o desenvolvimento desse atributo produzirá impactos positivos na saúde e na rede de serviços municipais, e a sua consecução se dá por meio de uma combinação de ações de gestão que garantam principalmente a manutenção dos profissionais na equipe da ESF. Aqui, como demonstrado em D1, grande parte dos usuários identifica que é sempre atendido pelo mesmo profissional de saúde, sem distinção de classe profissional.

O item D10 mede indiretamente a satisfação dos usuários com os serviços avaliados. Esse item não atingiu o valor de referência para ser considerado de alto escore, entretanto o percentual de avaliações positivas sobre a possibilidade de mudança de serviço ultrapassou 50%, salientando que os usuários não estão plenamente satisfeitos com a assistência recebida. Esse item foi abordado no trabalho de Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾ com resultado análogo.

Sobre os itens que foram avaliados abaixo do valor de referência, sobressaiu-se o item D2 que mostra uma barreira de comunicação dos usuários com os serviços. Resultado semelhante foi encontrado por Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾ que atenta para o fato de que esse resultado também deve ser cotejado com o número geral de profissionais disponíveis para atendimento.

Os itens D11 a D14 abordam a percepção do usuários sobre o conhecimento que o profissional de saúde tem sobre a família da

criança, os problemas mais comuns, o trabalho dos pais e as condições financeiras da família. Todos os itens foram avaliados abaixo do valor de referência.

Para Starfield (2002)⁽²⁾, a saúde é fortemente influenciada pelo contexto social em que as pessoas vivem e trabalham. Seria esperado que os fatores sociais fossem um componente importante das interações médico-paciente, mas a autora reconhece que não é o caso da maioria dos profissionais e coloca a responsabilidade da perpetuação dessa abordagem na formação dos profissionais de saúde.

Inferre-se, a partir desses resultados, que a Longitudinalidade, que é o componente central da APS, alcançou um valor satisfatório, porém carece de maior desenvolvimento para a abordagem integral à saúde da criança, pois os resultados aqui encontrados mostram que existe uma boa comunicação entre profissional de saúde e responsável pela criança, mas ao mesmo tempo denota que essa comunicação é pontual ao motivo do atendimento, já que o usuário avalia que o profissional conhece pouco sobre a realidade do contexto familiar e social da criança.

Tabela 54 - Frequência e percentual de resposta dos participantes adultos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família para a pergunta: 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”? na microrregião de Alfenas – MG, 2012.

E1	f	%
Sim	85	14,5
Não	498	85,0
Não Sei	3	0,5
Total	586	100,0

Somente responderam as questões E2 a E6 os participantes que disseram que já foram encaminhados para um especialista pela unidade de atenção primária à saúde. Esse percentual de encaminhamentos dentro do que é esperado para atenção primária

indica que a assistência à saúde da criança na ESF tem sido resolutiva.

Tabela 55 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Integração de Cuidados, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,818, N=47).

Avaliação	E2 %	E3 %	E4 %	E5 %	E6 %
Com certeza, sim	68,09	78,72	59,57	48,94	44,68
Provavelmente, sim	4,26	12,77	8,51	6,38	17,02
Provavelmente, não/não sei não lembro	4,26	0,00	10,64	10,64	8,51
Com certeza, não	23,40	8,51	21,28	34,04	29,79
Total	100	100	100	100	100

Notas: 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? E3 – O (a) “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado? E4 – O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta? E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? E6 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança pelo especialista ou pelo serviço especializado?

No instrumento PCATool – Brasil versão criança, o atributo Coordenação foi dividido em duas dimensões Coordenação Integração de Cuidados e Coordenação – Sistema de Informação. De acordo com os autores⁽⁴⁹⁾, essa divisão foi feita para que haja melhor compreensão dos resultados.

No componente Coordenação – Integração de Cuidados, avaliou-se a opinião dos cuidadores de crianças de 0 a 2 anos que receberam encaminhamento para serviços especializados. Os itens que versaram sobre o processo de trabalho da assistência em rede (E2, E3 e E4) receberam altos percentuais de avaliações positivas, o que contribuiu para o alto escore atingido na avaliação geral desse atributo, sugerindo, assim, que a coordenação nas ações de saúde da criança é adequada.

Starfield (2002)⁽²⁾ afirma que a coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (o componente estrutural ou

de capacidade) quanto o reconhecimento de informações (o componente processual ou de desempenho).

As avaliações negativas ficaram para os itens E5 e E6, em que parte dos usuários não reconhece ter ocorrido a contrarreferência de forma adequada. A falha do processo de trabalho ocorre da parte do profissional que realizou o encaminhamento, e que, após o mesmo, enfatizou a busca de informação pelos resultados da consulta especializada e não sobre a execução e a qualidade desta.

Na avaliação de Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾, apenas o item E5 não atingiu o valor de referência; nos demais trabalhos os resultados desse atributo não foram apresentados discriminadamente.

Harzheim (2004)⁽¹⁴⁷⁾ reforça que, quando forem necessárias intervenções tecnológicas mais complexas, os serviços da APS, por meio da coordenação da atenção, devem fazer a ponte entre os serviços, integrando e continuando o cuidado que o usuário recebe, reforçando junto aos outros níveis a importância dos fatores sociais e ambientais sobre a saúde da criança.

Tabela 56 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informação, na microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach= 0,137, N =317).

Avaliação	F1 %	F2 %	F3 %
Com certeza, sim	69,62	83,28	15,77
Provavelmente, sim	4,43	12,62	21,45
Provavelmente, não/não sei não lembro	9,18	2,84	32,81
Com certeza, não	16,77	1,26	29,97
Total	100	100	100

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

Esse componente recebeu a segundo maior escore médio na avaliação dos responsáveis/cuidadores de crianças menores de dois anos, mostrando que o usuário percebe a importância dos registros de saúde e a disponibilidade do prontuário da criança durante os atendimentos. Os registros de saúde da criança (carteira de vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) são muito valorizados durante o atendimento de saúde na APS⁽¹⁴⁵⁾.

Para Starfield (2002)⁽²⁾, o elemento estrutural essencial para a coordenação é a continuidade da atenção que deve ser alcançada pela manutenção dos profissionais ou por canais de comunicação efetivos na disponibilização das informações, como por exemplo um prontuário preciso e completo a respeito do paciente, seja na forma tradicional, computadorizada ou por registros feitos pelos próprios pacientes.

O item F3 recebeu o maior percentual negativo desse atributo. O estudo de Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾ evidenciou também a baixa avaliação no item F3, indicando que o desconhecimento sobre o direito à consulta ao prontuário é uma questão cultural em vários pontos do país, mesmo após 7 anos da ampla divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde⁽¹⁴⁹⁾, que estabelece em seu quarto princípio o direito de acesso ao prontuário.

Tabela 57 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, na microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,650, N = 288).

Avaliação	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	60,90	37,50	65,97	32,64	23,61	24,39	6,97	40,07	12,15
Provavelmente, sim	6,23	21,18	13,89	17,71	15,28	17,77	5,92	19,51	17,01
Provavelmente, não/não sei não lembro	8,65	22,92	11,11	22,57	37,50	39,37	23,00	20,21	31,94
Com certeza, não	24,22	18,40	9,03	27,08	23,61	18,47	64,11	20,21	38,89
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Notas: 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: G1 –

Vacinas (imunizações). G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. G3 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. G4 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos). G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir). G6 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. G7 – Sutura de um corte que necessite de pontos. G8 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

O atributo Integralidade também foi dividido em dois componentes Integralidade – Serviços Disponíveis e Integralidade Serviços Prestados.

Para os responsáveis/cuidadores das crianças de 0 a 2 anos esse atributo teve uma avaliação de baixo escore médio. Os itens que compõem esse componente da Integralidade são sobre toda a experiência do entrevistado com o serviço de saúde, e não se referem exclusivamente à criança em questão. Não necessariamente, a criança deve ter recebido esses serviços, mas o entrevistado deve, sim, saber ou não sobre sua disponibilidade⁽⁴⁹⁾.

Destaca-se que, dentre os serviços disponíveis, os itens G1, referente às imunizações, e o G3, sobre planejamento familiar e métodos anticoncepcionais, receberam avaliações positivas acima do limite classificatório para um bom resultado.

Contudo, a maioria dos itens recebeu o maior percentual de avaliações negativas, o que contribuiu para o baixo escore do atributo. Destacam-se os resultados mais baixos nos itens G7 sobre disponibilidade de sutura; G9, sobre avaliação visual; G5, sobre tratamento/aconselhamento sobre abuso de drogas lícitas/ilícitas e G6, sobre tratamento/aconselhamento de saúde mental.

O desfecho da avaliação desse atributo em outros estudos é coincidente nos itens sobre drogas, saúde mental^(145–147), avaliação visual^(145,146) e aconselhamento e detecção do HIV^(145–147). Braz (2012)⁽¹⁴⁶⁾ salienta que, dentre as estratégias para desenvolver esse atributo, é preciso divulgar junto à população os serviços disponíveis, como por exemplo a possibilidade de encaminhamento para programas de assistência social e de suplementação nutricional, já que estes fazem parte de programas governamentais

dos quais a ESF participa e também apareceram com percentuais abaixo do valor de referência.

É contundente a necessidade de as unidades da ESF ampliarem o escopo de atuação dos serviços da ESF⁽¹⁴⁷⁾ e de melhor qualificação dos profissionais no manejo das condições mais comuns e de grande impacto na saúde das famílias e da comunidade como o alcoolismo, o uso de drogas e os problemas de saúde mental⁽⁷⁸⁾. As unidades de APS não podem ser orientadas por programas verticais e, sim, pelas necessidades de saúde da sua população⁽¹⁴⁷⁾.

Tabela 58 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Integralidade – Serviços Prestados, microrregião de Alfenas – Minas Gerais (Alfa de Cronbach 0,879 N = 322).

Avaliação	H1	H2	H3	H4	H5
	%	%	%	%	%
Com certeza, sim	71,12	53,42	55,59	43,61	46,25
Provavelmente, sim	10,56	12,11	12,73	14,64	11,25
Provavelmente, não/não sei não lembro	5,90	8,70	6,21	9,03	12,81
Com certeza, não	12,42	25,78	25,47	32,71	29,69
Total	100	100	100	100	100

Notas: 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? H1 – Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado. H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança. H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...H4 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança. H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.

O objetivo dessa série é saber se, na experiência do usuário, os assuntos abordados durante a consulta com o profissional de saúde atendem às necessidades da criança de forma integral. No componente Integralidade – Serviços Prestados, a maioria dos itens obteve as avaliações abaixo do valor de referência.

Distingue-se o alto percentual de avaliações positivas do item H1. Os resultados negativos dos itens avaliados não são muito baixos e sinalizam que a abordagens dos aspectos preventivos e da promoção da saúde acontecem, mas precisam ser ampliados.

Os resultados de Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾ compactuam com os resultados desta pesquisa para os itens H1 a H3, na qual também a segurança no lar não obteve boa avaliação. O mesmo desfecho ocorreu no estudo de Braz (2012)⁽¹⁴⁶⁾, somado à avaliação ruim para o item sobre maneiras de lidar com problemas de comportamento da criança. Os resultados baixos nos itens que tratam de promoção da saúde e da prevenção também foram detectados por Harzheim(2004)⁽¹⁴⁷⁾.

As diretrizes propostas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância⁽¹⁵⁰⁾ são de que as crianças devem ser acompanhadas em relação à imunização; ao crescimento e ao desenvolvimento; à promoção ao aleitamento materno; ao acompanhamento de risco nutricional; à prevenção de todas as formas de acidente e à assistência às doenças prevalentes na infância e à assistência e prevenção das doenças bucais.

O saldo da avaliação do atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, e Integralidade – Serviços prestados é de que as equipes da ESF da região de saúde de Alfenas, apesar de terem a proposta de assistência integral à saúde, ainda se mantêm com ações preventivas restritas aos programas governamentais, tendo uma abordagem incipiente para a promoção da saúde, com pouco espaço para as novas demandas da população. Corroboram essa afirmação as considerações finais do trabalho de Sala et al (2011, p. 959)⁽⁷⁷⁾:

As ações integradas de prevenção, promoção e assistência realizam-se parcialmente nas unidades de APS: se, por um lado, ocorre uma inequívoca dificuldade de acesso ao atendimento na unidade, por outro, foram os atendimentos relacionados ao controle e à prevenção de agravos os elementos do elenco de serviços mais evidentes aos usuários.

Tabela 59 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar, microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,600, N=324).

Avaliação	I1 %	I2 %	I3 %
Com certeza, sim	23,46	51,54	25,31
Provavelmente, sim	11,11	13,58	25,93
Provavelmente, não/não sei não lembro	18,52	8,95	29,63
Com certeza, não	46,91	25,93	19,14
Total	100	100	100

Notas: I1 — O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança? I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)? I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?

Nesse atributo da Orientação Familiar, os itens I1 e I3 que falam sobre a participação do cuidador e de outros familiares no tratamento e do cuidado da criança. A centralização familiar é um atributo derivado que implica considerar a família como o sujeito da atenção⁽⁷⁸⁾.

Todos os itens não atingiram o valor de referência para ser classificado como alto desempenho, no entanto o item I2 ficou bastante próximo desse patamar.

Resultados discretos para os itens do atributo Orientação Familiar foram encontrados em outras avaliações^(146,147). Somente o item I2 obteve alto desempenho em um estudo⁽¹⁴⁵⁾.

Os resultados dos itens do atributo Orientação Familiar reforçam os resultados encontrados no atributo Longitudinalidade, itens D11 a D14, destacando que o processo de trabalho nas ESFs da região de saúde de Alfenas – MG é percebido pelos cuidadores de crianças de 0 a 2 anos como centrado na questão biológica do processo saúde-doença, com pouca valorização da opinião do cuidador da criança e das características do grupo familiar da mesma.

Para Harzheim (2004)⁽¹⁴⁷⁾, a presença de um novo membro na organização familiar abre importantes oportunidades para o profissional de saúde atuar junto aos demais membros envolvidos. Busca-se conhecer o contexto biopsicossocial do processo saúde-doença, abordar crenças e comportamentos da família relacionados à saúde, prevenir problemas de transição do ciclo familiar e reforçar a utilização da família como recurso valioso e responsável pela saúde da criança e dos demais membros. Perder essa oportunidade de cuidado impede que as ações realizadas em escala individual – a consulta da criança – se tornem uma dimensão coletiva, reduzindo o impacto potencial da relação profissional – criança – cuidador.

Costa et al (2011)⁽⁸²⁾ afirmam que os profissionais de saúde, sobretudo os de nível superior, ainda permanecem praticando apenas a orientação individual em consultório, ainda que no contexto do ESF.

Tabela 60 - Distribuição percentual das respostas dos responsáveis por crianças menores de dois anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família aos itens que compõem o atributo Orientação Comunitária, na microrregião de Alfenas – MG (Alfa de Cronbach = 0,588, N= 295).

Avaliação	J1 %	J2 %	J3 %	J4 %
Com certeza, sim	84,07	46,44	20,68	17,29
Provavelmente, sim	7,46	31,19	16,61	4,41
Provavelmente, não/não sei não lembro	4,41	16,61	24,75	11,86
Com certeza, não	4,07	5,76	37,97	66,44
Total	100	100	100	100

Notas: J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? J2 – O “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança? 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? J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?

Esse atributo recebeu um baixo escore médio, influenciado pelo alto percentual negativo recebido nos itens J3 e J4 que

abordam a participação comunitária e o controle social nas ações e nos serviços de saúde da região de Alfenas - MG.

Braz (2012)⁽¹⁴⁶⁾, Oliveira (2012)⁽¹⁴⁵⁾ e Leão, Caldeira e Oliveira (2011)⁽⁷⁸⁾ encontraram resultados semelhantes a esses em sua avaliação. Contrastando com esse resultados. Harzheim (2004)⁽¹⁴⁷⁾ encontrou em sua avaliação da ESF altos valores para os itens desse atributo.

De acordo com Starfield (2002, p. 487)⁽²⁾ “todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social; o reconhecimento dessas necessidades frequentemente requer o conhecimento deste contexto. O atributo Orientação Comunitária, resulta de um alto grau de integralidade da atenção geral”.

O reconhecimento do atributo Orientação Comunitária pelos usuários se deve, principalmente, ao trabalho realizado extramuros de monitoramento, de vigilância à saúde e de acompanhamento das famílias e da comunidade. Esse trabalho é efetuado principalmente pelos ACS, e em intensidade variada pelos demais profissionais de saúde^(78,147).

Estudos de avaliação com outras metodologias encontraram uma atuação burocrática para o ACS, tendo como funções principais marcar consultas, entregar resultados de exames, manter o cadastro de famílias atualizado⁽⁸²⁾. Logo, com os indícios aqui levantados, questiona-se a amplitude e a efetividade das atividades extramuros realizadas pelas equipes da ESF na região de saúde de Alfenas, na contribuição do alcance do atributo de Orientação Comunitária, abrindo um escopo para pesquisas posteriores.

Em síntese, os responsáveis pelo cuidado das crianças de 0 a 2 anos, atendidas pelas equipes da ESF na região de saúde de Alfenas, têm alto grau de afiliação por esses serviços de saúde e o priorizam como local de atendimento à saúde da criança. A despeito disso, enfrentam barreiras organizacionais para o acesso ao atendimento, sobretudo nas condições agudas, considerando mais

fácil, porém ainda não ideal, o acesso para o acompanhamento de rotina do crescimento e do desenvolvimento da criança.

A Longitudinalidade, atributo central da APS, está bem avaliada, porém precisa ser desenvolvida no sentido de melhorar a comunicação para além do atendimento individual que motivou a busca pelo serviço no sentido de conhecer melhor a realidade da criança em seu ambiente familiar, o que foi reforçado nos resultados atingidos pelo atributo Orientação Familiar.

A Coordenação, na sua dimensão Integração de Cuidados, foi avaliada exclusivamente pelos usuários que necessitaram obter atendimento para a criança em serviços especializados. Os seus resultados mostraram que esse processo se dá de maneira desejada, mas o retorno para a atenção primária carece de interesse por parte do profissional sobre os resultados da consulta. E a dimensão Coordenação – Sistemas de Informação evidencia que, dentro do que foi proposto a ser avaliado, a comunicação se dá de forma adequada, porém o usuário desconhece o direito à informação de saúde por meio de consulta ao prontuário.

A avaliação da Integralidade, por meio de seus componentes Serviços Prestados e Serviços Disponíveis, evidencia a exigência de se ampliar a oferta de serviços, de acordo com as características da população. Sobressai também aqui a necessidade de se desenvolverem as ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde física e mental da criança e da família, buscando maximizar a potencialidade de cada atendimento e ultrapassar os limites das práticas biologicistas, consolidadas no processo saúde-doença e verticais, assim como ficou evidente na avaliação do atributo Orientação Familiar.

Finalmente, a avaliação do atributo Orientação Comunitária mostra a identificação do trabalho realizado externamente à unidade, mas dá indícios de que este não é eficaz em sua proposição de orientar os trabalhos da equipe de acordo com as características da população na qual ela está inserida.

6.5 COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO EMITIDA PELOS GRUPOS DE PARTICIPANTES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE A REGIÃO DE SAÚDE DE ALFENAS – MG

Neste capítulo, os escores médios dos atributo da APS foram comparados entre os três grupos de participantes da pesquisa: profissionais, usuários adultos, e adultos responsáveis por crianças menores de dois anos, também usuárias da ESF.

Sobre a avaliação da qualidade da atenção à saúde Serapioni (2009 p. 75) propõe que:

A avaliação da qualidade da atenção à saúde, deve fundamentar-se num enfoque multidimensional, que implica o envolvimento de diferentes atores (usuários, representantes dos usuários, profissionais, administradores, gerentes, etc.), todos dotados de perspectivas próprias de avaliação.

Nesta análise, buscou-se encontrar as convergências e as divergências da avaliação, para, a partir dos distintos pontos de vista dos implicados na assistência à saúde para ter-se uma compreensão mais integral da qualidade da ESF na região de saúde de Alfenas – MG.

Avaliações desse cunho permitem a identificação do grau de orientação dos atributos que estruturam uma APS de qualidade, identificando os aspectos de estrutura e de processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca de maior qualidade no planejamento e na execução das ações.

O resultado das comparações entre os três grupos de participantes da pesquisa está exposto na Tabela 61.

Tabela 61 - Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de acordo com o tipo de participantes, na microrregião de Alfenas – MG, 2012.

Atributo da APS	Grupo	N	Média	DP	Valor-p	Agrupamento
Acesso de Primeiro Contato - Utilização	Adulto	527	8,59	1,97	< 0.001	a
	Criança	329	7,99	2,45		b
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	Adulto	524	3,21	1,49	< 0.001	a
	Criança	329	4,87	2,45		b
	Profissional	33	4,13	1,27		c
Longitudinalidade	Adulto	527	7,26	1,96	< 0.001	a
	Criança	329	6,66	1,98		b
	Profissional	33	7,86	1,12		c
Coordenação - Integração de Cuidados	Adulto	259	6,10	2,67	0,014	a
	Criança	47	6,88	3,24		ab
	Profissional	33	6,91	1,47		b
Coordenação – Sistemas de Informação	Adulto	510	6,41	2,16	< 0.001	a
	Criança	316	6,98	1,95		b
	Profissional	33	8,95	1,33		c
Integralidade – Serviços Disponíveis	Adulto	460	5,22	1,56	< 0.001	a
	Criança	288	5,18	1,88		a
	Profissional	32	6,80	1,24		b
Integralidade – Serviços Prestados	Adulto	508	4,92	2,50	< 0.001	a
	Criança	321	6,50	3,42		b
	Profissional	33	8,01	1,25		c
Orientação Familiar	Adulto	511	5,69	2,93	< 0.001	a
	Criança	323	5,10	2,97		b
	Profissional	33	8,82	1,40		c
Orientação Comunitária	Adulto	464	5,88	2,48	< 0.001	a
	Criança	294	5,69	2,24		a
	Profissional	33	7,68	1,46		b
Escore Essencial	Adulto	527	5,96	1,09	< 0.001	a
	Criança	329	6,44	1,18		b
	Profissional	33	7,12	0,74		c
Escore Geral	Adulto	527	5,92	1,20	< 0.001	a
	Criança	329	6,21	1,20		a
	Profissional	33	7,40	0,77		b

Notas: ¹Modelo de ANOVA com *post hoc* pelo método de Tukey. Médias seguidas de mesma letra na coluna são estatisticamente iguais a 5%.

A comparação dos escores dos atributos, o escore geral e o escore essencial, entre os três grupos de participantes, evidenciou o predomínio dos valores mais elevados emitidos pelo grupo dos profissionais, com diferenças estatísticas em relação aos demais

grupos, com maior discrepância nos atributos de Orientação Familiar, Orientação Comunitária e na Integralidade – Serviços Prestados.

Outros estudos também encontraram em seus resultados que a opinião de gestores e dos profissionais em relação aos serviços é sempre alta e melhor que a do usuário e, especificamente o enfoque familiar e orientação comunitária atingem altas avaliações pelos profissionais e as maiores divergências com a opinião do usuário^(53,54,64,124).

Elias et al (2006)⁽⁵⁴⁾ expõem que esse alto desempenho dos escores médios emitidos pelos profissionais, especificamente em relação ao enfoque familiar e à orientação comunitária sugere a capacidade da ESF de construir um sentimento de pertencimento a um ideário de cuidado à saúde, configurando-se em espécie de *ethos* para os profissionais. Esses autores também avaliam que dificilmente esses atributos receberiam baixos escores pelos próprios gestores e profissionais, já que são eles encarregados de implantá-los nos serviços.

Na mesma vertente, Castro et al (2012, p. 1781)⁽¹¹⁸⁾ afirmam que:

Podemos perguntar se o alto Escore Geral atribuído pelos profissionais é consequência do conhecimento, apenas teórico, que estes têm sobre a “orientação familiar” na ESF. Ou ainda, se o baixo Escore Geral atribuído pelos usuários é consequência do baixo reconhecimento que estes possam ter em relação à abordagem familiar realmente praticada no serviço, em que se utiliza metodologia não identificada por eles.

Houve concordância entre os três grupos sobre o desempenho ruim do atributo de Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, sendo este o único avaliado com baixo escore pelo grupos dos profissionais. Esse resultado e suas causas já foram analisados nos capítulos anteriores deste trabalho, mas a convergência das avaliações fortalecem a necessidade de mudança.

Resultado análogo foi alcançado em outros estudos^(53,54,64), nos quais houve concordância entre os grupos de participantes para uma baixa avaliação do Acesso. Van Stralen et al (2008)⁽⁶⁴⁾ chamam a atenção para a avaliação negativa para os três grupos em relação ao acesso, pois não se trata apenas de insatisfação de usuários para com o atendimento, já que os profissionais também atribuem uma avaliação baixa a esse atributo. Isso sugere que a introdução da saúde da família não implica necessariamente uma melhoria de acesso, distanciando a ESF da reorientação do modelo de saúde preconizada nos discursos oficiais.

O atributo de Longitudinalidade congregou avaliações de alto escore dos três grupos, embora haja diferenças em que a avaliação dos profissionais foi superior a dos usuários. Ibanez et al (2006)⁽⁵³⁾, Van Stralen et al (2008)⁽⁶⁴⁾ e Elias et al (2006)⁽⁵⁴⁾ também encontraram resultados positivos e convergentes entre profissionais e os usuários sobre esse atributo em seus estudos.

Nas comparações dos resultados dos escores entre os dois grupos de usuários, notou-se que houve concordância de avaliar com alto escore os atributos de Acesso de Primeiro Contato – Utilização e o atributo da Longitudinalidade, nos quais a avaliação dos adultos foi estatisticamente superior, o que é compreensível pelo fato de tempo de uso ser maior do que o referido à criança de 0 a 2 anos.

Os atributos de Coordenação – Integração de Cuidados e Coordenação – Sistemas de Informação foi avaliado com alto escore pelos cuidadores de crianças de 0 a 2 anos. Porém o resultado do primeiro atributo se mostrou estatisticamente igual à avaliação do adulto que foi de baixo escore.

Avaliações de baixo escore foram emitidas por ambos grupos de usuários para os atributos Orientação Comunitária; Orientação Familiar; Integralidade Serviços Prestados; Integralidade Serviços Disponíveis; Acesso de Primeiro Contato Acessibilidade; Escore Essencial e Escore Geral. Entre os baixos escores, os atributos de

Integralidade – Serviços Disponíveis e Orientação Comunitária foram considerados estatisticamente iguais para os dois grupos.

Considera-se, a partir das convergências e divergências aqui encontradas, que a qualidade de atuação na APS autorreferida pelos profissionais não é percebida e valorizada pelo usuários. Infere-se que as ações e serviços podem estar sendo desenvolvidos de forma inadequada ou insuficiente para ser captada pela experiência do usuário, principalmente no que diz respeito às formas de comunicação e à interação de entre este o serviço e os profissionais.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

A região de saúde de Alfenas - MG é banhada pela represa de Furnas, e é formada basicamente de pequenos municípios que têm uma boa infraestrutura urbana. Sua população é predominantemente adulta, urbana, com bom índice de alfabetização, com renda *per capita* mensal inferior a um salário mínimo, com baixo IDHM e com um importante contingente populacional vivendo em zona rural.

A atenção primária à saúde é predominantemente organizada pela ESF com altos índices de cobertura populacional. A escolha da ESF para a organização da APS cumpre a exigência de sustentabilidade financeira por parte dos municípios e do Estado e também os princípios de equidade e universalidade de acesso, levando-se em conta principalmente as condições sociais, econômicas e epidemiológicas da região. Essas equipes contam com apoio diagnóstico e Assistencial localizados nos hospitais e pronto atendimentos de pequeno porte e de baixa complexidade, presentes na maioria dos municípios.

Contudo, no território em análise as condições de vida, de assistência à saúde, de adoecimento e de morte da população parecem ainda não ter sofrido o impacto da ampla cobertura da ESF e das boas condições da infraestrutura urbana. Dentre suas características, destacam-se as altas taxas de mortalidade infantil, de óbito materno, de óbito de mulheres em idade fértil, de baixa taxa de realização de exame citopatológico de colo de útero e de uma crescente taxa de mortalidade hospitalar causada por doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, de neoplasias e de causas externas.

Os serviços hospitalares de média e de alta complexidade estão concentrados em hospitais gerais de médio porte e de média e de alta complexidade, localizados principalmente nas cidades de

Alfenas e Machado, considerados polos Assistenciais. As internações são viabilizadas por meio de uma central de regulação macrorregional. Identifica-se que há falhas na rede Assistencial no que se refere ao quantitativo insuficiente de leitos, em especial dos de terapia intensiva neonatal, pediátrico, adulto e obstétrico, e de exames de alta complexidade como tomografia e densitometria óssea. A atenção às urgências e emergências não está organizada em rede, e são inexistentes serviços como central de regulação de urgência e emergência e SAMU.

A referência e contrarreferência entre unidades da APS e consultas e exames especializados são garantidas na utilização dos serviços ambulatoriais dos hospitais, universidades, e serviços especializados dos municípios mais desenvolvidos, por meio de acordos regionais, seguindo o previsto no PDR/MG. Não existe na região de saúde de Alfenas um sistema que congregue e disponibilize as informações sobre esses atendimentos. Essa rede de serviços secundários conta com o aporte de um consórcio intermunicipal de saúde e este possui sistema próprio de agendamento e coordena o sistema de transporte em saúde para atendimentos eletivos dos municípios parceiros a fim de minimizar o absteísmo Assistencial.

Nota-se que há uma herança da municipalização autárquica do início da implantação do Sistema Único de Saúde, que tem sofrido ajustes, apoiando-se na regionalização e na gestão compartilhada, para oferecer ao usuário uma estrutura de serviços de saúde, com níveis variados de complexidade, na qual a ESF ocupa o ponto central.

A avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos três grupos estudados destacou, vários limites e possibilidades do trabalho da ESF na região de saúde de Alfenas - MG.

A primeira questão que aparece é a do alto percentual de usuários da ESF que referiram ter outros locais na rede Assistencial

como referência para o cuidado, principalmente no cuidado da criança. Na coleta de dados, ficou claro que esse resultado está relacionado ao arranjo organizacional de alguns municípios que implantaram a ESF, sem reorganizar a estrutura de atenção básica tradicional já existente. Tal situação tornou os serviços por vezes complementares e por vezes concorrentes, como expressado nas baixas avaliações sobre a disponibilidade de imunização nas unidades da ESF. Esse arranjo parece fragmentar ainda mais a assistência à família, contribuindo para os baixos escores alcançados nos atributos de Integralidade, Orientação Comunitária e Orientação Familiar. Os usuários que têm a ESF como fonte regular de atenção às suas necessidades de saúde o fazem com alto grau de utilização e de afiliação.

A avaliação revelou que o critério de inclusão que requeria tempo de trabalho há pelo menos um ano na unidade foi o que mais influenciou na amostra reduzida de profissionais. Ficou declarada uma alta rotatividade de profissionais de saúde, sobretudo dos médicos. Dos participantes que atenderam a esse critério, a qualificação em APS era precária, a despeito do histórico de programas de especialização e de atualizações oferecidos pelos governos federal e estadual.

As barreiras para o Acesso foram congruentemente identificadas pelos três grupos que avaliaram a ESF. Os período de atendimento restrito ao horário comercial em dias úteis da semana, as formas de comunicação arcaicas, utilizando-se pouco de tecnologias de comunicação como a telefonia, e a imprescindibilidade da presença do usuário para informação, para agendamento e para atendimento, favorecem apenas os atendimentos de rotina. Profissionais e usuários divergem sobre a disponibilidade do aconselhamento/tratamento em saúde mental, do aconselhamento/tratamento para o uso de álcool, drogas e tabaco. Dessa forma, considera-se, a despeito da alta cobertura dos serviços da ESF na microrregião de Alfenas, a mesma não se

constitui numa porta de entrada abrangente para o SUS.

A Longitudinalidade encontra-se num bom patamar de desenvolvimento, na opinião dos três grupos pesquisados, se constituindo em um dos pontos fortalecidos na APS da região estudada. Contudo, boa parte dos usuários vivenciam um vínculo fraco em relação ao serviço, fruto de práticas de comunicação orientadas para a doença. Nos atendimentos, há pouco espaço para o (re)conhecimento de parte do contexto vivido pelo usuário, bem como de sua opinião no planejamento das ações terapêuticas, o que influencia em um nível importante de insatisfação expressado na resposta afirmativa sobre a possibilidade de mudança de serviço.

Na Coordenação, ficou claro que a ESF é reconhecida como filtro para os níveis Assistenciais de maior complexidade e como base de um sistema regionalizado de saúde. Contudo, na assistência ao usuário adulto, existe um alto percentual de encaminhamentos, denotando baixa resolutividade dos serviços. Ainda nesse atributo, a avaliação dos três grupos indicou a necessidade de desenvolvimento de mecanismos que assegurem a contrarreferência dos serviços secundários e terciários para a garantia da qualidade da APS, pois a disponibilidade de informações é a essência da coordenação. Se o usuário acessa a ESF e o profissional que nela está não consegue dar continuidade ao projeto terapêutico dos níveis Assistenciais de maior complexidade, a resolubilidade fica comprometida e desacreditada, rompendo-se o vínculo entre cuidador - cuidado.

Sobre a Integralidade, na perspectiva dos três grupos, a ESF ainda não atende às demandas de saúde da população adscrita no que diz respeito a saúde mental, problemas visuais, aconselhamento sobre o uso do álcool, drogas, tabaco, segurança e prevenção de acidentes no domicílio, no trânsito e no trabalho. Ou seja, as práticas em saúde na ESF da região de Alfenas não contemplam um amplo espectro da atuação da APS, tampouco se constituem em um ponto de convergência favorável para a intersetorialidade das políticas

públicas que interferem sobre agravos e determinantes sociais, que não sejam propriamente doenças. As ações de prevenção e de promoção ficaram subjugadas às práticas tradicionais de tratamento e de reabilitação, não se efetivando a integralidade e a clínica ampliada.

Denota-se a necessidade de se orientar as práticas de acordo com o perfil social, econômico e epidemiológico da comunidade na qual a ESF está inserida por meio da realização do diagnóstico local elaborado com os dados gerados para o SIAB, com consulta à comunidade e com consulta ao perfil epidemiológico disponível nos bancos de dados do DATASUS, superando, dessa forma a verticalização das ações e dos serviços de saúde como única forma de trabalho, percebidos na avaliação de todos os grupos. No avanço dessa prática, também é possível oferecer subsídios para a organização e para o aprimoramento da rede de serviços de saúde nos demais níveis Assistenciais.

Nos atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária, ficou patente o confronto de perspectivas entre profissionais e usuários, no qual o conhecimento e o reconhecimento que o profissional possui sobre o tema não se traduzem em práticas percebidas na experiência do usuário, que não se sente reconhecido como parte de uma família e como membro de uma comunidade que necessita se expressar, participar e avaliar. Os resultados indicam que falta o emprego de ferramentas de abordagem familiar e comunitária, o aperfeiçoamento da forma de comunicação e relacionamento entre profissional, serviço e usuários e além da sensibilização de todos a fim de suprir a lacuna da participação popular e do controle social evidenciada.

Obviamente, não é possível que a APS responda a todas as demandas de saúde da população de uma região característica de um país em desenvolvimento, mas o caráter técnico da APS necessita constantemente de aperfeiçoamento. Essa pesquisa contribui no sentido de que, ao se avaliar, indica-se pontualmente

onde é preciso avançar para o alcance de uma assistência integral e de qualidade. A partir dessas constatações, é também preciso militar para que as políticas se instaurem, se concretizem.

Como limitações deste estudo destacamos que não foi possível seguir e manter a distribuição proporcional por sexo da amostra de usuários, como proposto na tabela 4. A amostra ficou composta predominante de mulheres de maior idade. Tal fato deveu-se principalmente ao período de coleta de dados, ocorrida nos meses de junho e julho de 2012, que coincide com a safra cafeeira no Sul de Minas Gerais. Essa atividade é uma importante oportunidade de emprego e renda para a população dos municípios pequenos que têm na agricultura a base de sua economia.

Outra limitação foi o pequeno número de profissionais que preencheram os critérios de inclusão, o que comprometeu o resultado dos testes estatísticos em busca de associações entre as variáveis e os escores médios dos atributos da APS.

Como questões a serem respondidas em pesquisas posteriores, a serem desenvolvidas por meio de metodologias quantitativas ou qualitativas, indaga-se:

- quais os fatores que limitam os profissionais de saúde a empregar as ferramentas de abordagem familiar e de orientação comunitária?
- quais as atividades de promoção à saúde e de educação em saúde realizadas pelos ACS?
- quais são os fatores que impedem a implementação das práticas ampliadas que visam à promoção da saúde e à prevenção de doenças e de agravos identificadas neste estudo?
- qual o impacto sobre os indicadores de saúde da não implantação de salas de imunização em todas as unidades da ESF?

Responder a estas questões pode contribuir ainda mais para a ampliação e para o aprofundamento da qualidade da APS na região de saúde de Alfenas – MG.

Como contribuições para a Enfermagem, esta pesquisa traz nos seus resultados indicações importantes sobre o alcance e o efeito da prática do enfermeiro como profissional de saúde, como membro de uma equipe, como supervisor dos ACS, e como coordenador da equipe da ESF, para os que exercem essa função. Há indicação de que o enfermeiro revise constantemente a PNAB e os atributos da APS, para que estes sejam referenciais para a reflexão e norteadores para a práxis. Outra contribuição é a de mostrar a importância da aprendizagem voltada para o Sistema Único de Saúde, considerando a necessidade de avançar na reorientação do modelo assistencial. Neste sentido, sobressai a importância da sensibilização e da aprendizagem sobre a abordagem familiar e sobre a integralidade do cuidado na formação do enfermeiro, dada as avaliações desse atributo e a importância do mesmo na ESF, para garantir, que, a despeito da falta de instrumentos legais-formais, os profissionais de saúde possam cooperar para o desenvolvimento desses importantes atributos da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Sacardo DP. As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do Mercosul : perspectivas para a integração regional [tese]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002. p. 726.
3. Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal M do C. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Nov 22];11(3):725–31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. p. 215.
5. IBGE. Cidades informações sobre os municípios brasileiros [Internet]. 2012 [cited 2012 Jul 31]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>
6. Mendes EV. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária a saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
7. Luppi CG, Andrade CLT, Simões O, Pinho VP. Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, editores. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec/Cealag; 2011. p. 332–54.
8. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária a Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC CA, editores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES; 2008. p. 575-627.
9. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 19];24(Suppl 1):s7–s16. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

10. Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária a Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M CY, editores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 783–837.
11. Paim J. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, editores. Epidemiologia e Saúde. 6.º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 567–86.
12. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Declaração de Alma Ata. Alma Ata, URSS; 1978.
13. Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2005 p. 41.
14. Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social. 8.ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília; 1986 p. 29.
15. Brasil, Câmara dos Deputados. Constituição da República Federativa do Brasil. 35.ª Edição. Brasília: Edições Camara; 2012. p. 446.
16. Brasil, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Norma Operacional Básica do SUS 01/91. Diário Oficial da União. Brasília; 1991 Jul 18;Seção 1: 14.216–9.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N.º 545 de 20 de maio de 1993: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão das ações e serviços de saúde, através da norma operacional SUS 01/93. Diário Oficial da União. Brasília; 1993 Mai 21;Seção 1: 6.961.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N.º 2203 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS/1996. Diário Oficial da União. Brasília; 1996 Nov 6;Seção 1, p.48.
19. Mello GA, Marcos M, Demarzo P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. Rev Aps [Internet]. 2009;12(2):204–13. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/307>

20. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N.º 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. Brasília; 2006 Mar 29;Seção 1:71.
21. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):533-9.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Lei N.º 8080/90 Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
23. Andrade LOM, Martins Junior T. Regulamentação da NOB-SUS 01/96. In: Andrade LOM, Barreto ICHC, editores. SUS Passo a Passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 103-18.
24. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Cien Saúde Colet. 2001;6(2):269-1.
25. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência a Saúde NOAS SUS 2001/01. Diário Oficial da União. Brasília; 2001 Jan 29;Seção 1: 23.
26. Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Processo de Implantação do SUS. Coleção Progestores: para entender o Sistema Único de Saúde - SUS. 1.ª ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007. p. 52-111.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N.º 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília; 2006 Fev 23;Seção 1: 43-51.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 110.
29. Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2012;7(22):5-9.
30. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Brasil [Internet]. 2013 [cited 1BC

- Nov 26]. Available from: http://dab.Saúde.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
31. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59.
32. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica: Estado - MINAS GERAIS [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 27]. Available from: http://dab.Saúde.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
33. Malachias I, Leles FAG, Andrade LCF, Alencar FB, Pinto MAS, Silva AE, et al. O PDR - Plano Diretor de Regionalização da saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Minas Gerais, Secretaria do Estado da Saúde; 2010. p. 223.
34. Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde. Programa Saúde em Casa [Internet]. 2005 [cited 2011 Jun 9]. Available from: http://www.Saude.mg.gov.br/politicas_de_Saude/programa-Saude-em-casa
35. Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde. Resolução N.º 661 de 22 de março de 2005. Dispõe sobre o apoio financeiro, de caráter suplementar aos municípios do Estado de Minas Gerais, a título de incentivo, destinado às ações de Atenção Primária à Saúde inerentes ao Programa Saúde em Casa. 2005.
36. Silva LMV. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, editores. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia; 2005. p. 15–39.
37. Nemes MIB. Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/ AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001. p. 28.
38. Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2004 Sep [cited 2013 Nov 28];9(3):605–15. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
39. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 244.
 40. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, editor. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1.º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29–47.
 41. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004. p. 83.
 42. Faria RMB. Avaliação de Programas Sociais: conceituação e abordagens metodológicas. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, editores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec/Cealag; 2011. p. 285–316.
 43. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 36.
 44. Furtado JP. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos GW, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, editores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo; 2006. p. 715–39.
 45. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Publica. 2000;34(5):547–9.
 46. Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2013 Nov 29];20:147–57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 47. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 1997 Jan [cited 2013 Nov 29];13(1):103–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

48. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2005 Dec [cited 2013 Sep 19];5(Supl 1):63–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
49. 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. p. 82.
50. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Sep 20];11(3):643–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
51. Bottari CMS, Vasconcellos MM, Mendonça MHM. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 19];24(Supl 1):111–22. Available from: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5183/2/1092.pdf>
52. Tavares MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cade Saúde Pública* [Internet]. 2009 May [cited 2013 Nov 27];25(5):1054–62. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n5/12.pdf>
53. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Sep 20];11(3):683–703. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
54. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior Á, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Sep 19];11(3):633–41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30979.pdf>

55. Camargo Jr 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 Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 19];24(Suppl 1):s58–s68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
56. 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 Materno Infantil* [Internet]. 2006 [cited 2013 Sep 20];6(4):437–45. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
57. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Sep 20];11(3):713–24. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30985.pdf>
58. 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 Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 19];24(Suppl 1):s100–s110. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>
59. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Sep 19];11(3):657–67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
60. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Sep 19];11(3):669–81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30982.pdf>
61. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil:

- contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 20];24(Suppl 1):s159–s172. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
62. 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 Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 20];24:s183–s192. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/22.pdf>
63. Cruz SH, Germano JA, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. *Rev Bras Epidemiologia* [Internet]. 2010 Jun [cited 2013 Sep 20];13(2):259–67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
64. Van Stralen CJ, Belisário SA, Van Stralen TB de S, Lima ÂMD de, 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* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 20];24(Suppl 1):148–58. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/19.pdf>
65. Figueiredo AM. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. [dissertação]. [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011. p. 1-116. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/31886/000785447.pdf?sequence=1>
66. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2002 [cited 2013 Sep 19];18(Suppl):S191–S202. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000700019&script=sci_abstract&tlng=en
67. Zils A, Castro R. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Rev Bras Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2009 [cited 2013 Sep 19];4(16):270–6.

- Available from:
<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/233>
68. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Sep 20];44(6):1102–11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2010nahead/1961.pdf>
69. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde Debate*. 2003;27(65):243–56.
70. Gaiosio V, Mishima S. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. *Texto & Contexto-Enfermagem* [Internet]. 2007 Dec [cited 2013 Sep 19];16(4):617–25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
71. Tanaka OY, Espírito Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Nov 27];8(3):325–32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
72. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Sep 19];14(Suppl 1):1347–57. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14s1/a07v14s1.pdf>
73. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 Dec [cited 2013 Nov 27];43(6):928–36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
74. Ferraz DS, Nemes M. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2013 Sep 19];240–50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/06.pdf>

75. Caldeira A, Oliveira R, Rodrigues O. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sep 19];3139–47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a18v15s2.pdf>
76. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Sep 19];26(12):2316–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
77. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Sep 19];20(4):948–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
78. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2011 Sep;11(3):323–34.
79. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4415–23.
80. Veloso RC, Araújo MRN. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais. *Rev APS* [Internet]. 2009 [cited 2013 Sep 19];12(3):238–43. Available from: <http://ojs.hurevista.ufjf.br/index.php/aps/article/viewArticle/313>
81. 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 (Online)* [Internet]. 2011 Mar [cited 2013 Sep 19];32(1):48–55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
82. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira,

- Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Jul [cited 2013 Sep 19];16(7):3229–40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
83. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2005 Jun [cited 2013 Sep 20];5(2):229–40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
84. Veras CLDSM, Vianna RPDT. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica - 2005. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2009 Jun;18(2):133–40. Available from: [scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
85. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate*. 2003;27(65):278–89.
86. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 Feb [cited 2013 Sep 20];43(1):98–104. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>
87. Scatena LM, Villa TCS, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 Jun [cited 2013 Sep 20];43(3):389–97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
88. Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. *J Bras Pneumologia* [Internet]. 2009 Jun [cited 2013 Sep 19];35(6):610–2. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n1/v36n1a16.pdf>
89. 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 p. 640.
90. Barbosa ACQ, Rodrigues JM, Silva NC, Rocha TAH. 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 em Saúde do Nig.One. UFMG; 2009. p. 82.
91. Barbosa ACQ, Silva NC, Rocha TAH, Rodrigues RB, Alvares V. Monitoramento de Resultados, Desempenho e Satisfação dos Usuários da Estratégia de Saúde da Família: um estudo em Belo Horizonte. Saúde da Família: desafios e perspectivas a partir da experiência de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig.One. UFMG; 2011.
92. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5.º ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 487.
93. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, editores. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde. 1º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/EDUFBA; 2005. p. 41–63.
94. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. The Milbank quarterly [Internet]. 2005 Jan;83(4):691–729. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690293&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
95. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 56.
96. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999. p. 206.
97. Cochran W. Sampling Techniques. 3.º Ed. New York: John Wiley & Sons; 1977. p. 428.
98. R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing. Viena: R Foundation for Statistical Computing; 2012.

99. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC health services research* [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 Sep 19];6:156. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1790713&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
100. Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Managed care* (Langhorne, Pa.) [Internet]. 2009 Jun [cited 2013 Nov 30];18(6):44–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19569570>
101. Brasil, IBGE. Banco de Dados dos Estados: o Brasil estado por estado [Internet]. 2013 [cited 2013 Jun 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>
102. IBGE. Países [Internet]. 2013 [cited 2013 Jul 16]. Available from: http://www.ibge.gov.br/paisesat/main_frameset.php
103. Organização das Nações Unidas, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 30]. Available from: http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013
104. Brasil, Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - MG [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jun 5]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nimg.def>
105. Brasil, Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jun 5]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>
106. Brasil, Ministério da Saúde. Mortalidade - Brasil [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jul 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
107. Brasil, Ministério da Saúde. Óbitos Infantis - Brasil [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jul 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10uf.def>
108. Brasil, Ministério da Saúde. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil [Internet]. DATASUS. 2013 [cited

- 2013 Jul 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>
109. Brasil, Ministério da Saúde. Imunizações - Cobertura - Brasil [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jul 29]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pni/cnv/cpniuf.def>
110. Brasil, Ministério da Saúde. Imunizações Coberturas Notas Técnicas [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jul 24]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/cpnidescr.htm>
111. Brasil, Ministério da Saúde. Nascidos Vivos Brasil [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jul 27]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
112. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 Jul 28]. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php>
113. Brasil, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES [Internet]. DATASUS. 2013 [cited 2013 May 25]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp
114. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N.º 1.101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os Parâmetros de Assistência a Saúde no SUS. Diário Oficial da União. Brasília; 2002 Jun 13; Seção 1, p. 33.
115. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Portaria N.º 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília; 2011 Oct 6; Seção 1, p.58.
116. Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J epidemiology and community health [Internet]. 2006 Jan [cited 2013 Dec 17];60(1):13–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2465542&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
117. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. J ambulatory care

- management [Internet]. [cited 2013 Dec 17];32(2):115–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305223>
118. 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 Sep;28(9):1772–84.
 119. 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.
 120. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):490–8.
 121. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008 Apr;42(2):347–68.
 122. 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.
 123. Figueiredo AM, Kuchenbecker RS, Harzheim E, Vigo Á, Hauser L, Chomatas ERV. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):41–8.
 124. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health policy and planning* [Internet]. 2007 May [cited 2013 Dec 12];22(3):167–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400576>
 125. Kolling JHG. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto telessaúde RS: estudo de linha de base [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. 145 p.
 126. Cunha CRH. Percepção da 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. 86 p.

127. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2011 Feb [cited 2013 Sep 20];29(2):84–95. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
128. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Colet*. 2010;15(6):3579–86.
129. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SI-PNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações [Internet]. 2014 [cited 1BC Jan 2]. Available from: <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>
130. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.
131. Santos JAT, Oliveira MLF. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. *Cogitare Enferm*. 2013;18(1):21–8.
132. Vargas D, Aparecida M, Oliveira F, Antonia M, Luís V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):73–9.
133. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N.º 221 de 17 de abril 2008. Define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis da Atenção Básica. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2008 Abr 18; Seção 1, p.70–71.
134. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria N.º 687 de 30 de Março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção a Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2006 Mar 31;138.
135. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* [Internet]. 2011 Jun 4 [cited 2014 Jan 20];377(9781):1962–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561649>
136. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2.º ed. *Ciência & Saúde Coletiva*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
137. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Jan 16];16(6):2753–62. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
138. Oliveira MMC. Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária entre os Serviços da Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 118 p.
139. Viana AL d'Ávila, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [cited 2013 Sep 19];24(Suppl 1):s79–s90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
140. 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. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Jan 22];18(11):3321–31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
141. Viana LMM. Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias [dissertação]. Universidade Federal do Piauí; 2012. 127p.
142. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):264–73.
143. Cunha EM da, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 23];16:1029–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

144. Paim J. Saúde no Brasil. Contribuições para a Agenda de Prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 15–41.
145. 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. 124 p.
146. Braz JC. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia de 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. 86p.
147. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil [tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
148. Gervas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. Rev Bras de Epidemiologia [Internet]. 2005 Jun [cited 2014 Apr 2];8(2):205–18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
149. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. p. 9.
150. Girade HA, Didonet V. O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos. Brasília: UNICEF; 2005. p. 183.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - SP - SP
Tel. (11) 3061-7533 - Tel./Fax: (11) 3061-7541
E-mail: spgee@usp.br

São Paulo, ____/____/____

Assunto: Solicita autorização para pesquisa de pós graduação

Prezado(a) Senhor(a)

Solicitamos a V. Sa. Autorização para realizar a coleta de dados da pesquisa intitulada “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais”. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária a Saúde nas equipes da Estratégia de Saúde da Família implantadas em municípios da Macro Região Sul de Minas Gerais. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli. Este estudo não implica em nenhum risco para saúde de seus participantes, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. As entrevistas serão feitas a usuários e profissionais de saúde em sua residência ou local de trabalho, respectivamente. O principal benefício da participação na pesquisa reside no fato de que os gestores e profissionais de saúde terão nos resultados da pesquisa, o subsídio necessário para a tomada de decisão, de forma a fortalecer os pontos fracos e desenvolver os pontos fortes na assistência a saúde. Os resultados serão divulgados para as secretarias municipais de saúde, conselhos municipais de saúde e unidades de saúde participantes, de forma a estarem disponíveis para o conhecimento da população. Também serão divulgados em eventos científicos e publicações nacionais e internacionais.

Encaminhamos em anexo o projeto para conhecimento de maiores detalhes.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli

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

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - SP - SP
Tel. (11) 3061-7533 - Tel/Fax: (11) 3061-7541
E-mail: spgee@usp.br

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Usuários

Nº do Instrumento: _____

Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Usuários

O título de nossa pesquisa é “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais”. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária a Saúde nas equipes da Estratégia de Saúde da Família implantadas em municípios da Macro Região Sul de Minas Gerais. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita em sua residência e contamos com cerca de uma hora da sua atenção. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado. O principal benefício da participação na pesquisa reside no fato de que os gestores e profissionais de saúde terão nos resultados da pesquisa, o subsídio necessário para a tomada de decisão, de forma a fortalecer os pontos fracos e desenvolver os pontos fortes na assistência a saúde. Os resultados serão divulgados para as secretarias municipais de saúde, conselhos municipais de saúde e unidades de saúde participantes, de forma a estarem disponíveis para o conhecimento da população. Também serão divulgados em eventos científicos e publicações nacionais e internacionais.

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

Assinatura do Entrevistado

Nome

Data

Assinatura do Pesquisador

Nome

Data

Pesquisador responsável: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli
Telefone (011) 3061-7652

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - SP - SP
Tel. (11) 3061-7533 - Tel/Fax: (11) 3061-7541
E-mail: spgee@usp.br

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Profissionais

Nº do Instrumento: _____

Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais

O título de nossa pesquisa é “Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais”. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nas equipes da Estratégia de Saúde da Família implantadas em municípios da Macro Região Sul de Minas Gerais. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa pertencente ao Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção prestada no seu serviço de saúde. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho. Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado. O principal benefício da participação na pesquisa reside no fato de que os gestores e profissionais de saúde terão nos resultados da pesquisa, o subsídio necessário para a tomada de decisão, de forma a fortalecer os pontos fracos e desenvolver os pontos fortes na assistência à saúde. Os resultados serão divulgados para as secretarias municipais de saúde, conselhos municipais de saúde e unidades de saúde participantes, de forma a estarem disponíveis para o conhecimento da população. Também serão divulgados em eventos científicos e publicações nacionais e internacionais.

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

_____	_____	_____
Assinatura do Entrevistado	Nome	Data

_____	_____	_____
Assinatura do Pesquisador	Nome	Data

Pesquisador responsável: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli
Telefone (011) 3061-7652

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento PCATool-Brasil Versão Profissional

Identificação: _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - SP - SP
Tel. (11) 3061-7533 - Tel./Fax: (11) 3061-7541
E-mail: spgee@usp.br

"AVALIAÇÃO REGIONAL DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE"

Instrumento PCATool-Brasil Versão Profissional – Questionário Individual

Entrevistador: Identifique-se e diga “este questionário trata das características do seu serviço de saúde. Nas perguntas em que nos referimos a “seu serviço de saúde”, estas se referem a você e as pessoas que trabalham diretamente com você. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade do cuidado efetuado pelos médicos e enfermeiros do seu serviço.”

Entrevistador: a seguir, numero o TCLE; leia-o para o profissional e colete a assinatura nas duas vias. A seguir, inicie a entrevista.

Informação Administrativa

IA1 Nº da Cidade: _____ IA2 Nº Questionário _____ Unidade _____
IA3 Tipo de Serviço: () USF () UBS Tradicional () UBS+ESF
IA4 Código Unidade Amostrada _____ IA5 Código do Entrevistador _____
IA6 Data da Entrevista ____/____/____ IA7 Hora de Início ____ h ____ min

Dados de Identificação

DI1: Sexo: () Feminino () Masculino
DI2: Data de Nascimento: ____/____/____ DI3: Idade ____
DI4: Como você identifica a sua cor de pele: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena
DI5: Você é: () solteiro () casado/vive com companheiro(a) () separado/divorciado () viúvo
DI6: Qual sua profissão () Médico () Enfermeiro
DI7: Qual a data de conclusão do curso ____/____/____.
DI8: Você possui alguma especialidade: () Sim () Não (Ir para DI10)
DI9: Qual especialidade? Qual ano de término?
Especialidade: _____ Ano: _____
Especialidade: _____ Ano: _____
DI10: Em quantos locais você trabalha? _____
DI11: Quantas horas você trabalha por semana, levando em consideração todos os seus locais de trabalho? _____ Horas/Semana
DI12: Há quanto tempo você trabalha neste serviço de saúde? _____.
DI13: Neste serviço de saúde, qual sua carga horária semanal? _____.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	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 adoecer, 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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

B - LONGITUDINALIDADE

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- ☐ de todas as idades
☐ somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
☐ somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, 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 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F11 - Como prevenir quedas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.					
Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

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

ANEXO B – Instrumento PCATool-Brasil Versão Adulto

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 – SP - SP
 Tel. (11) 3061-7533 - Tel/Fax: (11) 3061-7541
 E-mail: spgee@usp.br

"AVALIAÇÃO REGIONAL DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
 NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO E
 MÉDIO PORTE"

Instrumento PCATool-Brasil Versão Adulto – Questionário Individual

Apresente-se e diga “esta pesquisa deseja falar diretamente com as pessoas e saber sobre suas experiências, boas ou ruins, na utilização dos serviços de saúde”. As entrevistas ajudarão a saber em quê os serviços de saúde precisam melhorar. Antes de prosseguir, verifique se a pessoa é maior de 18 anos, mora na área adstrita à unidade de saúde há mais de um ano, se é usuário do mesmo serviço e se tem disponibilidade para responder à pesquisa. A seguir, numere o TCLE; leia-o para o usuário e colete a assinatura do usuário nas duas vias, entregue uma para o respondente e inicie a entrevista.

Informação Administrativa

IA1 Nº da Cidade: _____ IA2 Nº Questionário _____ Unidade _____ M.Area _____ Família _____
 IA3 Tipo de Serviço: () USF () UBS Tradicional () UBS+ESF
 IA4 Código Unidade Amostrada _____ IA5 Código do Entrevistador _____
 IA6 Data da Entrevista ____/____/____ IA7 Hora de Início _____ h _____ min

Dados de Identificação

DD1: Nome Completo _____
 DD2: Nome Completo da Mãe _____
 DD3: Sexo: () F () M DD4 Data de Nascimento: ____/____/____ DD5: Idade _____
 DD7: Como você identifica a sua cor de pele: () Branca () Negra () Amarela () Parda
 () Indígena
 DD7: Você é: () solteiro () casado/vive com companheiro(a) () separado/divorciado () viúvo
 DD8: Você tem filhos? () Sim () Não DD9 Quantos filhos você tem _____
 DD10: Endereço: _____ nº _____
 Complemento _____ Bairro _____
 DD11: Possui cartão do SUS () Sim () Não Nº _____
 DD12: Caso a gente precise falar com você novamente, qual seria o telefone ou contato para recado? _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto

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 sua saúde?

- ☐ Não
☐ Sim (Por favor, dê o nome e o 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 e A2 acima.
☐ Sim, o mesmo que A1 somente.
☐ Sim, o mesmo que A2 somente.
☐ Sim, diferente de A1 e 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 está 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 respondeu 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 resposta **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 o adulto consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha os itens **A4** e **A5**).

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

Esclareça ao entrevistado que:

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

A5

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

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	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, 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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool- Brasil versão Adulto

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 – 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 adoece 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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

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 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 médico ou enfermeiro 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 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D12 – O seu “médico/enfermeiro” 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 “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

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)

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 “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – O seu “médico/enfermeiro” 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 ☐

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – 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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

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	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias 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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

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 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” ouve opiniões e idéias 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 C – Instrumento PCATool-Brasil Versão Criança

Identificação: _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 – SP - SP
 Tel. (11) 3061-7533 - Tel/Fax: (11) 3061-7541
 E-mail: spgee@usp.br

**"AVALIAÇÃO REGIONAL DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
 NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO E
 MÉDIO PORTE"**

Instrumento PCATool-Brasil Versão Criança – Questionário Individual
 Apresente-se e diga “esta pesquisa deseja falar diretamente com as pessoas e saber sobre suas experiências, boas ou ruins, na utilização dos serviços de saúde. As entrevistas ajudarão a saber em que os serviços de saúde precisam melhorar”. Antes de prosseguir, verifique se a criança é menor de 2 anos (usar o nome), usuária do serviço em questão e identifique quem é responsável ou cuidador da criança utilizando a seguinte pergunta – Quem é a pessoa que tem mais condições de responder sobre o atendimento de saúde da criança (usar o nome da criança)? Identifique o parentesco e a disponibilidade da pessoa em responder. A seguir numere o TCLE; leia-o para o usuário e colete a assinatura do usuário nas duas vias, entregue uma para o respondente e inicie a entrevista.

Informação Administrativa

IA1 Nº da Cidade: _____ IA2 Nº Questionário _____ Unidade _____ M.Area _____ Família _____

IA3 Tipo de Serviço: () USF () UBS Tradicional () UBS+ESF

IA4 Código Unidade Amostrada _____ IA5 Código do Entrevistador _____

IA6 Data da Entrevista ____/____/____ IA7 Hora de Início _____ h _____ min

Dados de Identificação

DD1: Nome Completo _____ Parentesco _____

DD2: Nome Completo da Mãe _____

DD3: Sexo: () F () M DD4 Data de Nascimento: ____/____/____ DD5: Idade _____

DD7: Como você identifica a sua cor de pele: () Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena

DD7: Você é: () solteiro () casado/vive com companheiro(a) () separado/divorciado () viúvo

DD8: Você tem filhos? () Sim () Não DD9 Quantos filhos você tem _____

DD10: Endereço: _____ nº _____

Complemento _____ Bairro _____

DD11: Possui cartão do SUS () Sim () Não Nº _____

DD12: Caso a gente precise falar com você novamente, qual seria o telefone ou contato para recado? _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Criança

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o/a _____ (**nome da criança**) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

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"). (Vá para a Seção B)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

D - LONGITUDINALIDADE

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 - O "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D12 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D13 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D14 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D15 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

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

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
I1 – O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
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 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Criança

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

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

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família em Municípios do Sul de Minas Gerais

Pesquisador: Simone Albino da Silva**Versão:** 3

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 00968612.5.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 30699**Data da Relatoria:** 01/06/2012**Apresentação do Projeto:**

O projeto está bem estruturado e bem escrito.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é "Avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS na ESF implantada em municípios da microrregião de Alfenas, Sul de Minas Gerais por meio da aplicação do PCATool aos profissionais de saúde, cuidadores de crianças menores de dois anos e adultos maiores de 18 anos"; os específicos, são: "caracterizar social e demograficamente a microrregião de Alfenas - MG; avaliar na perspectiva do usuário adulto e criança os atributos de acesso de primeiro contato, de integralidade, da coordenação da atenção, longitudinalidade, orientação familiar, orientação comunitária na ESF; avaliar na perspectiva do profissional o atributo de acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação da atenção, longitudinalidade, orientação familiar, orientação comunitária na ESF".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos aos participantes da pesquisa haja vista que necessitará apenas da disponibilidade deles para responder a um instrumento/entrevista sobre a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde. O principal benefício da participação na pesquisa reside no fato de que os gestores e profissionais de saúde terão nos resultados da pesquisa, o subsídio necessário para a tomada de decisão, de forma a fortalecer os pontos fracos e desenvolver os pontos fortes na assistência à saúde. Os resultados serão divulgados para as secretarias municipais de saúde, conselhos municipais de saúde e unidades de saúde participantes, de forma a estarem disponíveis para o conhecimento da população. Também serão divulgados em eventos científicos e publicações nacionais e internacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem fundamentação teórico-metodológica, está delineada de modo coerente e com rigor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE apresentado está de acordo com a Resolução 196/96.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios: parcial e final na Plataforma Brasil.

01 de Junho de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos