

LEILANE ARAÚJO CORRÊA MOTIZUKI

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ATRAVÉS DO
*PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool- BRASIL)***

CAMPO GRANDE

2016

LEILANE ARAÚJO CORRÊA MOTIZUKI

**ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ATRAVÉS DO
*PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool- BRASIL)***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria Rodrigues de Lacerda.

CAMPO GRANDE

2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

LEILANE ARAÚJO CORRÊA MOTIZUKI

ANÁLISE DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ATRAVÉS DO *PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool- BRASIL)*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valéria

Resultado _____

Campo Grande (MS), ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Valéria Rodrigues de Lacerda

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/ Faculdade de Odontologia

Prof. Dr. Paulo Zárate

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/ Faculdade de Odontologia

Prof. Dr. Rafael Aiello Bomfim

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/ Faculdade de Odontologia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família: meu esposo pelo incentivo, apoio, busca constante pelo conhecimento e por acreditar em mim, antes mesmo de ingressarmos na universidade. À minha pequena e doce Isabella, que fez e faz meus dias mais felizes. A mamãe te desejou tanto que chegou em meio ao turbilhão do mestrado.

Aos meus pais, Dário e Vera pelo amor incondicional e por me mostrarem desde muito cedo o valor da educação. Vocês foram fundamentais nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À minha família, **Roni e Isabella**, pela compreensão, pelos momentos de ausência e desencontros.

Aos meus pais por me conduzirem ao caminho da educação.

À minha mãe e minha sogra por fazerem o papel de mãe com minha pequena, enquanto me dedicava ao mestrado.

À minha amiga **Vanessa**, pela ajuda, pelas opiniões, pelas conversas e pelo sonho em comum da docência.

À **Profª Adélia** pela sugestão e contribuição no tema do trabalho.

Às alunas da graduação **Polyana e Rayany** pelo companheirismo na coleta de dados.

Ao **Prof. Albert** pela disponibilidade e primeiras orientações sobre a estatística do trabalho.

Aos **professores do mestrado**, que contribuíram para minha formação na docência.

À **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**.

À **Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande**.

Aos **usuários do SUS**, que com paciência participaram da pesquisa.

Para finalizar, faço um agradecimento mais que especial à minha orientadora **Profª. Dra. Valéria Rodrigues de Lacerda**. Você foi minha inspiração para chegar ao mestrado, quando ainda estava na graduação. E nada mais encantador que ser orientada pela profissional e pessoa que tanto admiro. Agradeço à paciência, ao tempo dedicado me orientando, aos momentos em que foi mais que mestre, foi um ombro amigo, incentivando e usando as palavras certas para me acalmar. Confesso que pensei em desistir, pois a chegada de um bebê me exigiu tempo e dedicação em tempo integral, mas você me fez acreditar que eu conseguiria. Muito obrigada, seu brilho me fez brilhar!

...que a importância de uma coisa não se mede com
fita métrica nem com balanças nem barômetros etc.
Que a importância de uma coisa há que ser medida
pelo encantamento que a coisa produza em nós.

(Manuel de Barros)

“Memórias Inventadas: a segunda infância”

RESUMO

Motizuki LAC. Análise dos atributos da Atenção Primária através do *Primary Care Assessment Tool (PCATool- Brasil)*. Campo Grande; 2016. [Dissertação- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Desde 1994, o Ministério da Saúde, adotou a atenção primária à saúde (APS) como estratégia de reorientação do modelo assistencial desenvolvido no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando avançar na implantação de ações e serviços, na melhoria dos indicadores de saúde e contribuindo na qualidade de vida da população assistida. Diante disso, o objetivo deste trabalho foi analisar a presença e a extensão dos atributos da APS (qualidade) ofertado aos adultos segundo sua perspectiva. Realizou-se um estudo transversal quantitativo e descritivo com amostra constituída por (n=396) adultos, maiores de 18 anos, cadastrados nas 37 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Campo Grande (MS). Utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário, com 87 itens, do tipo *Likert*, denominado *Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil)*. Após análise estatística estimou-se o nível de qualidade e a associação de fatores sociodemográficos. A utilização teve melhor escore (9,51), atributo essencial, já os demais obtiveram escores abaixo da média (6,6): longitudinalidade (6,43), Coordenação- integração dos cuidados (2,97), Coordenação- sistema de informação (6,3), Integralidade- serviços disponíveis (5,56), Integralidade- serviços prestados (2,97), Orientação familiar (5,62) e Orientação comunitária (4,6). Dessa forma, conclui-se que a utilização foi o único atributo com escore satisfatório e os demais atributos avaliados, na percepção dos usuários, mostrou-se abaixo da média.

Palavras-chave: atenção primária em saúde; avaliação; gestão em saúde.

ABSTRACT

Motizuki LAC. Analysis the attributes of primary care through *the Primary Care Assessment Tool (PCATool- Brazil)*. Campo Grande; 2016. [Dissertação- School of Dentistry, Federal University of Mato Grosso do Sul].

Since 1994, the Ministry of Health has adopted the primary health care (PHC) as a reorientation of the care model strategy developed in the Unified Health System (SUS), seeking to advance the implementation of actions and services, improving health indicators and contributing to the quality of life of the assisted population. Thus, the aim of this study was to analyze the presence and extent of the attributes of APS (quality) offered to adults according to their perspective. It was a transversal quantitative , and descriptive study with sample (n = 396) adults over 18 years old who were registered in 37 Basic Health Units Family (BHUF) of Campo Grande (MS). The analysis was conducted by applying a questionnaire with 87 items, Likert called *Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil)*. After statistical analysis estimated the level of quality and the association between sociodemographic factors. Using had better score (9.51), essential attribute, as others obtained scores below average (6.6): longitudinality (6.43), Coordenação- integration of care (2.97), Coordenação- system information (6.3), Integralidade- services (5.56), Integralidade- services (2.97), family guidance (5.62) and Community Orientation (4.6). Thus, the results showed that the use was the only attribute with a satisfactory score and the other attributes evaluated in the perception of users, was below average.

Key words: primary health care, evaluation, health management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos usuários avaliados de acordo com o gênero, renda, escolaridade, raça, zona e idade (n = 396). Campo Grande (MS) 2015.....	30
Tabela 2- Distribuição dos atributos essenciais e derivados da APS. Campo Grande (MS) - 2015.....	31
Tabela 3- Relação entre as variáveis atributo e dimensão e os itens de avaliação apresentados aos usuários. Campo Grande (MS) - 2015.....	33
Tabela 4- Análise bivariada da associação das características socioeconômicas e os atributos essencial e derivado. Campo Grande (MS) - 2015.....	34

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1- Distribuição dos atributos essenciais e derivados da APS. Campo Grande (MS) – 2015.....	32
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
<i>PCATool</i>	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
REMUS	Rede Municipal de Saúde
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Atenção Primária à Saúde.....	16
2.2 Especificidades da Estratégia Saúde da Família.....	18
2.3 Avaliação da Atenção Primária à Saúde.....	21
2.4 O <i>PCATool</i> como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.....	23
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo Geral.....	26
3.2 Objetivo Específico.....	26
4 MATERIAL E MÉTODO.....	27
4.1 Aspectos éticos.....	27
4.2 Divisão administrativa do município.....	27
4.3 Sujeitos da pesquisa.....	28
4.4 Análise descritiva dos dados.....	28
5 RESULTADOS.....	30
6 DISCUSSÃO.....	35
7 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	47
ANEXO A- Questionário perfil socioeconômico aplicado junto aos usuários do SUS.....	49
ANEXO B- Questionário PCATool aplicado junto aos usuários do SUS.....	50
ANEXO C- Cálculo dos escores PCATool- Brasil (versão adulto).....	62

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo amplamente discutido, contribuindo para a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo. Em 1920, O Relatório Dawson foi considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Já em 1978, a Organização Mundial de Saúde, com a Declaração de Alma-Ata, enfatizou que uma atenção forte se alcança com Saúde para Todos. Esta declaração tornou-se conhecida por expandir o conceito de saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Além disso, orienta que os sistemas de saúde de governos devem ser universais e organizados a partir da APS – sendo esta a forma mais eficiente para atender a saúde das comunidades. Em outras palavras, a APS seria a porta para que indivíduos e comunidades alcançassem a saúde.

Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são expressões comumente utilizadas para se referirem ao nível de atenção mais elementar de um sistema de saúde, onde se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se no primeiro e preferencial contato da população com o sistema de saúde. Este nível de assistência tem sido considerado como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a partir de onde se estabeleceriam relações com níveis de média e alta complexidade/custo. Além disso, a atenção básica articula ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, o que exige a composição e articulação de saberes e práticas interdisciplinares (BRASIL, 2010).

No Brasil, o Ministério da Saúde, desde 1994, adotou a APS como estratégia de reorientação do modelo assistencial desenvolvido no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando avançar na implantação de ações e serviços, na melhoria dos indicadores de saúde contribuindo na qualidade de vida da população assistida (NARVAI; FRAZÃO, 2009).

A APS vem sofrendo inovações importantes desde os anos de 1990, principalmente a partir da expansão da cobertura pela Estratégia de Saúde da

Família. Observa-se crescente a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações.

A efetivação da APS, através da ESF, se dá por meio dos seus atributos norteadores. Pode-se definir os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade, a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema. Além disso, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em atenção primária à saúde: orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. Esses atributos podem ser verificados através do instrumento *PCATool* e relacionados com a efetividade do cuidado (HARZHEIM et al., 2006 a).

O *PCATool* foi desenvolvido por Bárbara Starfield, em John Hopkins University, para análise e avaliação de sistemas de saúde, disponível desde o século XX. A ferramenta se estendeu à aplicação em diversos continentes e se confirmou como um recurso potente e valioso para a avaliação dos serviços de saúde. A extensão de sua utilização permitiu vislumbrar seu potencial para comparação internacional (PIZZANELLI et al., 2011).

Esse instrumento foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Mensura aspectos de estrutura, processo e resultados do serviço de saúde (DONABEDIAN, 2005). É um instrumento de avaliação da APS na forma de questionário autoaplicável, do tipo *Likert*, nas versões: crianças, adultos maiores de 18 anos, a profissionais de saúde e também ao coordenador/ gerente do serviço de saúde (BRASIL, 2010 b). Segundo Harzheim (2006 a) e Duncan (2000) para adaptá-lo à realidade brasileira, a versão original passou por um processo de tradução, tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação do conteúdo, além da análise de confiabilidade.

Estudos demonstraram que os sistemas de serviços de saúde que se organizam a partir de uma APS estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores, são mais eficazes e possuem maior qualidade (CAMINAL et al., 2004; MACINKO et al., 2006).

Diante disso, essa pesquisa se justifica pela necessidade de se verificar a qualidade da APS, na percepção do usuário, uma vez que a mesma tem papel fundamental na organização dos sistemas de saúde, reduzindo custos, humanizando a atenção e levando os serviços para mais perto do cidadão. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2007), há associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, promoção de equidade, integralidade e eficiência.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária (qualidade), em Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Campo Grande (MS), através do instrumento *PCATool-Brasil*, na percepção do usuário.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção Primária à Saúde

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Segundo Fendall (1978), outro marco histórico da APS é a declaração de Alma-Ata, cidade da URSS, que através da Organização Mundial de Saúde (OMS), ressaltou a importância de um sistema de saúde enfatizando força e efetividade da atenção primária para se alcançar “Saúde para Todos”. Esta Conferência sobre Atenção Primária em Saúde considerou a necessidade de ação urgente a todos os governos e, principalmente, os países em desenvolvimento para promoção de saúde no mundo. Sintetizou ainda discussões em torno das estratégias que deveriam ser adotadas no contexto mundial, a fim de proporcionarem um nível de saúde para todos, independentemente de classe social, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis nos cuidados primários à saúde. Esta declaração foi um marco para o reordenamento dos sistemas de saúde, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo. No item VI da Declaração produzida naquela ocasião:

(Os cuidados primários de saúde) fazem parte integrante, tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem 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 pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Em entrevista com Starfield, para Boletim Saúde para Todos (2005), a APS tem papel fundamental e efetivo na organização de sistemas de saúde, reduzindo custos, humanizando a atenção e levando os serviços para mais perto do cidadão. É uma importante estratégia que em conjunto com a melhoria das condições sociais e ambientais resultantes de políticas sociais e de saúde pública, visa à efetividade, à eficácia e a equidade. Áreas com melhor APS alcançam melhores resultados em saúde, incluindo taxas de mortalidade globais e infantil, doenças cardíacas e a detecção precoce de neoplasias, tais como câncer de colo-retal, câncer de mama, câncer cervical e uterino e melanoma. Em última análise, investir em APS resulta na melhoria da atenção para as populações mais carentes.

Influencia também na melhoria dos indicadores e age como principal regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica, garantindo o acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população (BODENHEIMER, 2006).

Além disso, a APS deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: resolução, coordenação e responsabilização para que o sistema funcione de forma eficiente (CONASS, 2007).

De acordo com Campos et al. (2008), a Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial para o SUS e espera-se que resolva grande parte dos problemas de saúde.

Acredita-se que APS é uma estratégia eficaz de melhoria dos resultados de saúde em virtude do aumento do acesso aos serviços básicos, pelo impacto resultante sob a justiça social e no processo de empoderamento das comunidades

alvo. Entretanto, para serem efetivos, sistemas de APS devem ser baseados no conhecimento científico acumulado e utilizar métodos socialmente e culturalmente aceitos, que possam estar disponíveis para os indivíduos e as famílias na comunidade onde residam (CAMPOS, 2010).

A análise do grau que a APS alcança seus propósitos é um desafio atual na investigação dos serviços sanitários, porque permite comparar em diferentes sistemas e regiões, assim como a perspectiva de profissionais, gestores e usuários. E apesar do amplo acordo acerca da importância da APS, os modos de desenvolver e implementar são muito diferentes entre os países e os diversos tipos sanitários (BERRA et al., 2011).

No Brasil, a APS é denominada Atenção Básica à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas, que abrangem promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com trabalho em equipe, dirigidas a territórios delimitados, considerando a dinamicidade existente no local em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

Segundo Nodari (2013), a APS deve apresentar variedade de serviços, garantindo o acolhimento da população adscrita e, conseqüentemente, prestando atendimento continuado, coordenando fluxos de referência e contra referência para outros níveis do sistema de saúde, além do objetivo principal de obter ganhos de saúde sustentáveis, mediante promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, conduzindo assim para melhoria do bem-estar e, por conseguinte, crescimento econômico e social.

A concepção de APS expressa pela Política Nacional de Atenção Básica é coerente aos princípios e conceito ampliado de saúde presentes no texto constitucional de 1988, norteador da criação do Sistema Único de Saúde, ao prever oferta e organização de ações e serviços capazes de prover atenção integral em saúde, desde a promoção à reabilitação, assim como papel privilegiado na organização de práticas capazes de impactar nos determinantes sociais da saúde. A PNAB reafirma a consolidação da Estratégia Saúde da Família como principal dispositivo de reorganização da Atenção Básica no Brasil, embora coexista com

outros modelos de atenção e considera os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como equivalentes (ALMEIDA, 2014).

2.2 Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

Em 1994, foi proposta no Brasil, a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, substituindo-se o modelo médico-hegemônico, baseando-se na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que colocam em risco a saúde da comunidade, através de ações programáticas e participação da comunidade (FRANCO, 2004).

Este modelo é uma reestruturação da atenção primária a partir de um conjunto de ações conjugadas com os princípios do SUS. Seu principal objetivo é melhorar a saúde da família e com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Os profissionais devem criar vínculos de co-responsabilidade para enfrentar os desafios de uma nova produção de saúde, articulada com diferentes setores para intervir nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, fundamentando-se na atenção continuada e vigilância em saúde. A ESF trabalha com território definido (microáreas, creches, escolas, domicílios), com a responsabilidade de desenvolver ações de promoção e prevenção e saúde e com alta resolubilidade (EMMI; BARROSO, 2008).

De acordo com Seone e Fortes (2009), a ESF fundamentou-se na vigilância, prevenção e promoção de saúde, com um território definido e conduzido por uma equipe multiprofissional e possui uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde e entre os diversos níveis de assistência. Procura privilegiar as parcelas menos favorecidas economicamente, buscando aproximar o serviço da comunidade a fim de ampliar o acesso à saúde das famílias cadastradas, incentivando a participação popular e respeitando as crenças e valores do grupo.

O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde. Assim, devem atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho de forma não

somente a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, especialmente, a desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não frequentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que conheçam o seu território e as pessoas moradoras nessa área e tenham como rotina de trabalho a realização da visita domiciliar. As equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o desenvolvimento pessoal e interpessoal, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Segundo Brasil (2012) são itens necessários à Estratégia de Saúde da Família:

I - Existência de equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas ESF e com carga horária total de 40 horas semanais; e Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. A ESF propõe que a atenção à saúde seja centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos (PEREIRA, 2013).

Para Casanova (2014), a proximidade com a comunidade garantida pela APS revela as diversas necessidades sociais e de saúde de uma população. As Equipes de Saúde da Família têm como objetivo o cuidado longitudinal, integral e próximo da comunidade; assim, demandam conhecimentos e métodos que incluem não só os cuidados clínicos, mas também o contexto familiar e comunitário, assim como os determinantes sociais da saúde.

No entanto, mesmo com o reconhecido movimento de cidadania e direito à saúde, construído no bojo da ESF, problemas distintos ainda têm limitado o avançar da estratégia para consolidação e reorganização efetiva do SUS no território brasileiro. Em alguns espaços de gestão e de atenção, ainda não se valoriza a intersectorialidade como condição para uma APS mais abrangente, o que envolve a compreensão da saúde como fenômeno indissociável do desenvolvimento

econômico e social, dando significado à necessidade de enfrentar os determinantes sociais dos processos saúde-doença. Questões complexas – como investimentos inconsistentes em recursos humanos, remuneração inadequada dos profissionais que trabalham na área, contratação de profissionais qualificados e com perfil para atuar na APS, melhoria das estruturas física e tecnológica das unidades de saúde e comprometimento dos profissionais e da gestão dos serviços de saúde – ainda são aspectos renegados para a solução de transtornos que impedem que a ESF se concretize como força motriz e dê novos rumos ou contornos à efetivação do SUS (MOTTA; BATISTA, 2015).

A definição do marco legal de uma política pública não garante necessariamente a sua real aplicação. Buscar maior efetividade e eficiência na atenção à saúde através de avaliação rigorosa dessas iniciativas é fundamental para a definição de políticas públicas e assim, a necessidade de um instrumento que mensure a extensão da atenção primária permite maior rigor e qualidade do serviço oferecido pelo governo (HARZHEIM et al., 2006b).

2.3 Avaliação da Atenção Primária à Saúde

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde, denominada na literatura internacional de Atenção Primária à Saúde, vem sofrendo inovações importantes desde os anos de 1990, principalmente a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar das populações. Entre os desafios, encontra-se a realização de pesquisas que apóiem evidências sobre os impactos das inovações propostas pela ESF na organização do sistema e na saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Segundo Araújo (2008), um serviço de boa qualidade cumpre os requisitos estabelecidos de acordo com os recursos disponíveis, satisfazendo ao máximo e proporcionando o bem-estar dos usuários. Dessa forma, a qualidade de atenção à saúde pode ser caracterizada pela competência profissional, pela eficiência na

utilização dos recursos, pelo risco proporcionado ao paciente e pela satisfação dos usuários.

A avaliação da satisfação dos usuários é determinante para o gerenciamento dos serviços de saúde do SUS, pois proporciona um canal de acesso para a população demonstrar o que realmente pensa e almeja dos mesmos, favorecendo a prática de acolhimento dos usuários. Sendo assim, o Ministério da Saúde implantou, em 2000, a Política Nacional de Humanização do SUS, com o objetivo de melhorar o atendimento dos usuários (BRASIL, 2008).

Para Brousselle et al. (2011), a avaliação deve ser concebida como uma ferramenta habitual indispensável à formulação da própria ação, de sua implementação e melhoria. Ela tem várias dimensões: primeiro, uma cognitiva, a avaliação visa produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas; segundo, tem uma dimensão normativa quando visa a emitir um julgamento e, terceiro, uma dimensão instrumental ou utilitária quando visa a melhorar uma situação.

Além disso, necessita ter características, conjunto de princípios, para cumprir com o seu papel: utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade. Uma avaliação que conduza a decisões que garantam não somente a sua eficiência e eficácia, mas também a sua implementação. O processo avaliativo deve buscar que as decisões tomadas levem em consideração as necessidades de saúde da população, as metas definidas pelos serviços e que envolvam todos os interessados de forma a tornar viável a implementação das decisões tomadas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Na perspectiva de Reis et al. (2013), desenvolver mecanismos de avaliação da capacidade e desempenho da ESF como porta de entrada do SUS, faz-se necessária tanto para a consolidação de ações implementadas, quanto para fomentar o processo de discussão crítico-reflexiva sobre a melhor proposta para organizar a atenção primária.

Segundo Carneiro et al. (2014), os processos avaliativos são necessários para se compreender as ações, programas, políticas implantadas, assim como também, os efeitos dessas intervenções.

A avaliação de satisfação do usuário é importante ferramenta, pois subsidia o processo de decisão compartilhado, de forma a repensar as práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos. Além disso, ajuda na construção de uma nova perspectiva de cuidados, monitora as atividades deste serviço, fortalece o controle social e a participação/inclusão dos usuários no processo de planejamento. Os processos avaliativos podem contribuir para a construção de alternativas conjuntas entre serviços de saúde e usuários, propiciando avanços na produção de cuidados e gestão de serviços (SILVA et al., 2014).

2.4 O *PCATool* como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

Harzheim et al. (2006b), realizaram estudo transversal de validação do *PCATool-Brasil* adultos, através de entrevista com residentes da área adscrita da rede pública de serviços de APS em Porto Alegre e concluiu que o *PCATool-Brasil* possui adequada validade e fidedignidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da APS.

O Instrumento de Avaliação da APS (*Primary Care Assessment Tool-PCATool*) apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (*PCATool*, versão criança), a adultos maiores de dezoito anos (*PCATool*, versão adulto), a profissionais de saúde, e também, ao coordenador, gerente do serviço de saúde. Além disso, o *PCATool* mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS, permite por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, aplicadas por entrevistadores treinados, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade (BRASIL, 2010).

O conceito dos quatro atributos essenciais da APS são: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema- refere-se a acessibilidade e utilização do serviço a cada novo problema do indivíduo; a longitudinalidade é a existência de uma fonte continuada de atenção; a integralidade são as ações que o serviço de saúde oferece para que os usuários recebam atenção integral tanto do ponto de vista

biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Por fim, a coordenação da atenção deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Já os atributos derivados são: orientação familiar em que se deve considerar o contexto familiar para avaliação das necessidades individuais; a orientação comunitária na qual o serviço de saúde reconheça as necessidades de saúde através de dados epidemiológicos e contato direto com a comunidade e competência cultural refere-se à adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais da população e facilitar a comunicação com a mesma (STARFIELD et al., 2001).

O *PCATool*, versão adulto, já validado no Brasil, contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. As questões são do tipo *Likert* constando de assertivas, com intervalo de um a quatro para cada atributo com o objetivo de verificar o nível de concordância/discordância do entrevistado. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: "com certeza sim" (valor=4), "provavelmente sim" (valor=3), "provavelmente não" (valor=2), "com certeza não" (valor=1) e "não sei / não lembro" (valor=9) (BRASIL, 2010b).

Em 2009, Malouin et al. revisaram a literatura com o objetivo de avaliar os instrumentos da APS e determinar se a relação de medicina da família atingia alto nível de cuidado primário. Diante dos nove instrumentos: *Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems (CAHPS)*, *Components of Primary Care Instrument (CPCI)*, *Medical Home Family Survey (MHFS)*, *Medical Home Index version 1.1 (MHI)*, *Medical Home IQ (MHIQ)*, *Parents Perception of Primary Care (P3C)*, *Physicians Practice Connections Patient Centered Medical Home (PPC-PCMH)*, *Primary Care Assessment Survey (PCAS)* e *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*. O *PCATool* foi o que atingiu maior escore nos fatores de APS, tanto na estrutura, quanto no processo e o seu uso em vários formatos (para usuários, profissionais, gestores e crianças).

Na Espanha, Paserin et al. (2007) apresentaram a versão criança reduzida do *PCATool*. Em 2009, Lee et al., na Korea, em 2011, Berra et al., na Espanha, e em 2013, Berra et al., na Argentina realizaram estudos do *PCATool* visando determinar a validade e a aplicabilidade do instrumento na Atenção Primária à Saúde destes

países e concluíram que o questionário tem validade e utilidade para avaliar o cuidado primário.

Fracolli et al. (2014), após revisarem a literatura seguida de metassíntese de cinco instrumentos validados nacional e internacionalmente: *Who Primary Care Evaluation Tool* (PCET), *ADHD Questionnaire for Primary Providers* (AQ-PCP), *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS e *PCATool*, concluíram que o *PCATool* é o que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família, conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Analisar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária (qualidade) em Unidades Básicas de Saúde da Família, na percepção do usuário.

3.2 Objetivo específico

- Verificar aspectos de estrutura e processo dos serviços da Estratégia de Saúde da Família que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento quanto para a execução de ações na APS.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em 16/07/2015, com parecer número 1.151.501. E para o desenvolvimento das ações, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A).

4.2 Divisão administrativa do município

O município de Campo Grande (MS) é dividido em quatro regiões sanitárias (distritos) que correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde Pública. Os distritos sanitários possuem números variáveis de UBS, proporcionais ao tamanho de sua população.

Sendo assim, a Rede de Saúde Municipal de Campo Grande (MS) (REMUS) tem na Atenção Primária à Saúde, um total de 37 Unidades Básicas de Saúde da Família, sendo 35 na zona urbana e 2 na zona rural, distribuídas em quatro distritos sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste).

Neste estudo, participaram 37 Unidades de Saúde da Família assim distribuídas pelos distritos sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste, de acordo com o Departamento de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde Pública do município de Campo Grande (MS).

4.3 Sujeitos da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A coleta de dados foi realizada no período de agosto à outubro de 2015. Realizou-se inicialmente um estudo piloto em duas unidades: UBSF Iracy Coelho e UBSF Cohab, pertencentes ao distrito sanitário sul para os devidos ajustes e, posteriormente, foram aplicados os questionários nas trinta e sete Unidades de Saúde da Família, no município de Campo Grande (MS). Os dados foram coletados pela pesquisadora e mais 2 alunas de graduação em Odontologia utilizando índice Kappa tanto intraexaminador quanto interexaminador. Os critérios de inclusão foram: usuários adultos, voluntários, maiores de 18 anos, residentes na área de abrangência e cadastrados na ESF. Para o cálculo amostral, a referência foi o número total da população maior de dezoito anos das unidades através de um consolidado das famílias cadastradas no ano de 2013. Este era o documento mais atualizado da Secretaria Municipal de Saúde Pública, do município de Campo Grande (MS), obtendo-se (n= 396), através do programa *Raosoft*[®]. A entrevista se constituiu em duas partes: o questionário para caracterização social e o questionário *Primary Care Assessment Tool – PCATool*, versão adulto.

4.4 Análise descritiva dos dados

As respostas foram organizadas no *software Microsoft Excel for Windows* e analisadas no *software Stata*[®], versão 13.0 (StataCorp. *CollegeStation*, Estados Unidos) com intervalo de confiança de 95%.

Para a estimativa do nível de qualidade foi calculada a média aritmética simples dos valores das respostas dos itens do questionário, seguindo as instruções do manual do instrumento. O valor de referência 6,6 foi utilizado como limite entre alto e baixo escore. Estes valores dos escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como

Alto Escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento (HARZHEIM et al., 2013).

A fim de identificar fatores associados à qualidade dos serviços, segundo a perspectiva dos usuários adultos, foi realizada uma análise bivariada entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e os indicadores da qualidade obtidos através do instrumento. O teste utilizado para comparar as diferenças entre as proporções foi o teste *Mann-Whitney* para duas variáveis e *Kruskall Whallis* para três variáveis. O nível de significância adotado foi de 5%, rejeitando as hipóteses nulas de ausências de diferenças quando o p-valor encontrado foi menor que 0,05.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 396 adultos (n=396), usuários das 37 Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campo Grande (MS), dos quais 35 eram da zona urbana e 2 da zona rural.

Do total de entrevistados, 80,56% eram mulheres e a média de idade foi de 42,07 anos, variando entre 18 e 84 anos de idade (DP= 15,84).

As características demográficas e socioeconômicas do município participante da pesquisa estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários avaliados de acordo com o gênero, renda, escolaridade, raça, zona e idade (n = 396). Campo Grande (MS) - 2015

Gênero	n	%
Fem	319	80,56
Masc	77	19,44
Renda		
Sem/Não Sabe	19	4,8
Até 2 salários	195	74,49
2 a 5 salários	77	19,44
> 5 salários	5	1,27
Escolaridade		
Analf/Fund Incomp	148	37,37
Fundam/Med Incomp	89	22,47
Médio/Sup Incomp	137	34,6
Superior/Pós	22	5,56
Cor Auto Declarada		
Branca	136	34,34
Não Branca	260	65,66
Tipo UBSF		
Rural	2	0,5
Urbano	395	99,5
Idade		
18-34	153	38,64
35-44	79	19,95
>45	164	41,41
	min	max
Média=42.07 (DP 15.84)	18	84

Na Tabela 2, estão apresentados os escores da APS segundo os respondentes. Em uma avaliação específica por atributos, o atributo melhor pontuado foi o acesso de primeiro contato (utilização) (9,51; IC 95%) e com piores resultados “Coordenação” (Integração dos cuidados) e “Integralidade” (Serviços prestados”) (escore médio = 2,97; IC 95%).

Tabela 2 - Distribuição dos atributos essenciais e derivados da APS. Campo Grande (MS) - 2015

Atributos Essenciais	Dimensões	Escore médio (dp)
Acesso 1 contato		8.06(2.18)
	Utilização	9.51(1.32)
	Acessibilidade	3.21(1.8)
Longitudinalidade		6.43(2.04)
Coordenação	Integ. Cuidados	2.97(4.07)
	Sist Informações	6.30(2.31)
Integralidade	Serviços Disponíveis	5.56(1.19)
	Serv. Prestados	2.97(2.47)
Atributos Derivados		
Orientação Familiar		5.62(2.61)
Orientação Comunitária		4.6(2.37)

A avaliação de três dos quatro atributos essenciais pode ser aprofundada pela análise de suas dimensões. O Gráfico 1 também apresenta dados referentes a tais escores.

Gráfico 1- Distribuição dos atributos essenciais e derivados da APS. Campo Grande(MS)- 2015



Em relação aos 87 itens avaliados, 5 entre os 10 com menor escore pertencem ao atributo essencial “Integralidade” (serviços prestados) e 4 entre os 10 pertencem ao atributo “Acesso de primeiro contato” (acessibilidade). Os resultados dos 10 itens pior avaliados estão descritos detalhadamente na Tabela 3.

Tabela 3- Os dez piores itens avaliados pelos usuários. Campo Grande (MS) - 2015

Item Avaliado	Atributo	Dimensão	Média
O unidade fica aberto no sábado ou domingo?	Acesso 1 contato	Acessibilidade	1.61
A unidade fica aberto pelo menos algumas noites até às 20 horas?	Acesso 1 contato	Acessibilidade	1.60
Quando a unidade está fechada, alguém atende você?	Acesso 1 contato	Acessibilidade	1.03
Unidade fechada e você fica doente a noite, alguém atende você?	Acesso 1 contato	Acessibilidade	1.02
Aconselhamento sobre uso de cinto de segurança ou assentos seg.	Integralidade	Serv. Prestado	1.42
Maneiras de lidar com conflitos de família	Integralidade	Serv. Prestado	1.38
Perguntar sobre arma de fogo	Integralidade	Serv. Prestado	1.32
Como prevenir queimaduras	Integralidade	Serv. Prestado	1.42
Como prevenir quedas	Integralidade	Serv. Prestado	1.43
Convida sua família para participar conselho de Saúde	Orientação Comunitária		1.38

A Tabela 4 detalha a variabilidade da avaliação dos atributos e dimensões, respectivamente, em relação aos fatores demográficos e socioeconômicos contemplados neste estudo. O grau de instrução se associou significativamente com a utilização ($p=0,01$). A idade se relacionou significativamente com acesso ($p=0,02$), utilização ($p=0,04$) e orientação familiar ($p=0,01$).

Tabela 4- Análise bivariada da associação das características socioeconômicas e os atributos essencial e derivado. Campo Grande (MS) - 2015

		Acesso	Utilização	Acessib.	Longitud.	Int. Cuidados	Sist. Informações	Serv. Dispon.	Serv. Prestad.	O. Fam	O Comunt.	EE	EG
Gênero	n	valor p											
Masculino		0,4	0,29	0,15	0,65	0,11	0,9	0,93	0,71	0,09	0,97	0,49	0,49
Feminino													
Renda													
Não Sabe													
Até 2 salários		0,1	0,3	0,48	0,13	0,93	0,54	0,83	0,05	0,08	0,81	0,49	0,49
Acima 2 salários													
Escolaridade													
Analf/Fund Incomp													
Fund/Médio Incomp		0,31	0,01	0,68	0,21	0,44	0,2	0,69	0,72	0,12	0,34	0,13	0,16
Méd/Sup Incomp													
Superior/Pós													
Cor													
Branços		0,27	0,58	0,57	0,14	0,85	0,2	0,45	0,58	0,2	0,98	0,5	0,35
Não Brancos													
Faixa Etária													
18-34 anos													
35-44		0,02	0,04	0,89	0,86	0,4	0,16	0,22	0,1	0,01	0,98	0,26	0,25
>45 anos													
* Teste Mann-whitney para 2 variáveis e Kruskal-Whalis para 3 ou mais variáveis													

6 DISCUSSÃO

A ESF prevalece como forma de organização dos cuidados primários à saúde do município e está em ampla expansão.

Assim sendo, este estudo aporta informação original sobre os atributos da Atenção Primária à Saúde, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais envolvidos nos esforços para a melhoria deste componente fundamental para avaliação do SUS. Utilizando um questionário de relevância reconhecida internacionalmente e validado no Brasil, destaca-se por ser, provavelmente, a primeira avaliação com o *PCATool* – Brasil, versão adulto, no município de Campo Grande (MS) em detrimento do já utilizado PMAQ. Além disso, de acordo com Pasarín et al. (2013), o instrumento facilita comparações nacionais e internacionais de análise da qualidade dos determinantes da APS.

A pesquisa retratou o perfil socioeconômico dos usuários das UBSF, do município, predominando mulheres (80,56%), com renda de até 2 salários mínimos (74,49%), analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (37,37%), que se auto declaram não brancos (65,66%) e frequentam as unidades urbanas de atendimento (99,5%). Diante desse perfil dos usuários da UBSF, é possível notar que a maior parte deles é de baixa renda, com poucos anos de estudo e que as mulheres procuram mais por atendimento ambulatorial, corroborando com Seone e Fortes (2009), no sentido da estratégia privilegiar as parcelas menos favorecidas economicamente e buscar aproximar o serviço da comunidade, a fim de ampliar o acesso à saúde das famílias cadastradas.

O atributo melhor avaliado: acesso de primeiro contato (utilização) (9,51; IC 95%), com escore elevado, deve-se ao fato da comunidade procurar a UBSF antes de outro serviço. Isto é garantido, segundo Casanova (2014) à proximidade da comunidade à APS. Além disso, teve a influência da pesquisa realizada exclusivamente em comunidades de saúde da família.

Os usuários avaliaram como os piores atributos a Coordenação (integração dos cuidados) e a Integralidade (serviços prestados) com escore (2,97), resultado muito aquém da média 6,6.

Na dimensão integração dos cuidados, Starfield (2002) afirmou que na busca pelo atendimento de suas necessidades, os usuários têm de ir a outros lugares, quer seja pelo reconhecimento explícito da APS por meio de encaminhamentos, ou através da busca por si mesmo (acesso direto ou autoencaminhamento). No município, existe um sistema de referência e contra referência, com centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos como instrumento para integrar a Atenção Básica à média complexidade, ou seja, integração entre níveis assistenciais. No entanto, a demanda ainda é maior do que o serviço consegue oferecer. Dessa forma, existe uma longa espera por um serviço especializado. Motta et al. (2011) enfatizaram que a desarticulação da rede ou desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis, além de comprometer a resolutividade da APS, desgasta os profissionais ao acrescentar às suas incumbências a de contornar problemas do sistema.

Já relativo aos serviços prestados, que trata de serviços ou orientações que deveriam ser oferecidos em alguma consulta, as perguntas relativas ao uso de cinto de segurança, educação sobre arma de fogo em casa, orientações sobre queimaduras são desconhecidas aos entrevistados. Isto denota um nó crítico às práticas de educação e promoção de saúde, uma vez que estes itens são referentes a ações de prevenção de agravos. Nessa dimensão, Araújo et al. (2014), avaliaram a APS sob a perspectiva do idoso e encontraram resultados semelhantes na medida em que os serviços prestados estavam entre os 10 piores itens avaliados.

Quanto ao acesso de primeiro contato (acessibilidade) com escore (3,21), é sabido que representa a ausência de barreiras organizacionais e/ou físicas para se conseguir atenção à saúde, como delimitação de dias e horários de funcionamento. As UBSF do município de Campo Grande (MS) funcionam de segunda à sexta, das 7 às 11 horas e das 13 às 17 horas, e às sextas feiras no período da tarde, realizam-se as reuniões de equipe. Muitos usuários desconhecem o sistema ambulatorial no período noturno em algumas unidades de saúde e plantões aos finais de semana para cobrir esta lacuna de horário. Dessa forma, a avaliação negativa pode ser em

decorrência de desinformação sobre o serviço ofertado na REMUS. De acordo com Carneiro et al. (2014), os usuários circulam por outros cenários de atendimento, sobretudo pelas limitações de acesso da APS no período noturno e aos finais de semana.

Com relação à Coordenação (sistema de informações) escore (6,3) ficou próximo à média (6,6). De modo geral, os pacientes levam registros, resultados anteriores de atendimento à consulta e acreditam que os profissionais deixariam ver o prontuário, além do mesmo sempre estar disponível na consulta.

A Orientação Familiar teve escore médio (5,62) e diferença significativa com a variação da idade ($p=0,01$) o que mostra que grupos de certa idade participam de decisões de seus tratamentos e familiares e são perguntados sobre histórico de doença familiar. No entanto, alguns estudos mostraram baixo nível de qualidade a este atributo (Elias et al. 2006; Ibanes et al., 2006; Stralen et al., 2008). De acordo com Brasil (2006), tal atributo deve adquirir, no Brasil, importância destacada, podendo passar à condição de atributo essencial, já que se adotou como prioritária para a organização do modelo de atenção, a ESF, que deve entender o indivíduo “como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade”.

Já a Orientação Comunitária (4,6) teve avaliação abaixo da média, o que sugere que o serviço não reconhece os problemas de saúde da comunidade, não realiza pesquisas na comunidade e nem estimula a participação da mesma. Notou-se que o questionamento: “O serviço de saúde/ ou nome médico/ enfermeiro convida você e sua família para participar do Conselho local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) teve grande número de respostas “com certeza não “ e não sei, o que pode ter contribuído para um escore abaixo de 6,6.

Para a Araújo et al. (2014), a limitação do *PCATool* está em extrapolar os resultados a outros países ou outros municípios, pois diferentes realidades podem influenciar tanto nos atributos prioritários de intervenção quanto nos fatores associados. Além disso, segundo Castro et al. (2012), não ter a avaliação técnica do serviço, mas apenas a visão do usuário. Por último, esta é uma pesquisa avaliativa, transversal sujeita às próprias limitações desse tipo de delineamento. No entanto, o *PCATool* mostrou-se como uma ferramenta complementar ao cenário nacional de

institucionalização de práticas de Avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade da ESF (AMQ) e o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Como pesquisadora e servidora da rede municipal de saúde do município, percebe-se, que existem falhas no serviço oferecido à população, mas também há desinteresse do usuário na procura por informações de atendimento, dos serviços disponíveis na APS e dos horários alternativos oferecidos pela SESAU. Entretanto, outros estudos dessa natureza são importantes a fim de apontar as fragilidades e potencialidades da REMUS para que estratégias possam ser adotadas para o fortalecimento da Atenção Primária.

Além disso, cabe ressaltar que esse estudo tinha a intenção de avaliar também a Atenção Primária na percepção dos gestores utilizando o *PCATool* versão gestores, entretanto, esse instrumento ainda não foi validado, no Brasil, o que limitou em parte essa pesquisa.

Ao final desse estudo e considerando que os resultados serão compartilhados com a SESAU, sugere-se à gestão do município analisar os dados encontrados e propor estratégias para o planejamento de ações e o fortalecimento de políticas públicas de atenção à saúde para atender as necessidades da população.

7 CONCLUSÃO

Os usuários avaliaram positivamente o acesso de 1º contato na APS, mas não consideram os demais parâmetros em padrões satisfatórios de qualidade, especificamente a integralidade dos cuidados e os serviços prestados.

REFERÊNCIAS

Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(8):1727-42.

Almeida PF. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro; 2014 jun. UNASUR

Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16 (1): 319-325.

Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(Supl): 611-17.

Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida Júnior HJB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciência e Saúde Coletiva. 2014; 19 (8): 3521-32.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2008.

Brasil. Cadernos Humaniza SUS; 2010 a.

Brasil. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde; 2010 b.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.

Berra S, Audisio Y, Mantaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud Argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. Rev Argent Salud Pública. 2011; 2(8): 6-14.

Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC et al. Validez y fiabilidad de la versión Argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de la salud. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33(1): 30-9.

Bodenheimer P. Primary care- will it survive? New England Journal of Medicine. 2006; 43(32): 56-72.

Boletim Saúde para Todos. Porto Alegre 2005; ano I, edição n 2.

Brousselle A, Champagne R, Contrandriopoulos A, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health. 2004; 14(3), 246-51.

Campos GWS et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Gutierrez AC, Guerreiro AVP. (Org). Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo. 2008; 132-53.

Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Saude Materno Infantil. 2010; 5(Supl. 1): S63-S69.

Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. Saúde Debate. 2014; 38(especial), 279-95.

Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do programa TEIAS- Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2014; 19(11): 4417-26.

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 serviço. Cad. Saúde Pública. 2012; 28 (9): 1772-84.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e promoção da saúde. Brasília: Coleção Progestores/ Para entender a gestão do SUS, 2007

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *The Milbank quarterly*, United States. 2005; 83(4):691-729.

Duncan BB et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Services Research. 2000; 6(156): 1-13.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 11(3): 633-41.

Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(1): 35-41.

Fendall NR: Declaration of Alma-Ata. *Lancet*. 1978; 2(1308).

Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da atenção primária à saúde: revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(12): 4851-60

Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico assistencial. In: Merhey EE et al. *O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2006; 6(156).

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CA, 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.

Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser R, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8-29: 274-84.

Ibanes 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 e Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 683-703.

Lavras C. Atenção Primária à saúde e a organização de redes regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(4): 867-74.

Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J et al. Development of the Korean primary care assessment tool- measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009; 21(2): 103-11.

Macinko J, Guanais FC, Fátima M, Souza M, Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-19.

Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manage Care*. 2009; 44-8.

Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiências de três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(4): 779-86.

Motta LCS, Batista RS. Estratégia Saúde da Família: clínica e crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2015; 39(2): 196-207.

Narvai PC, Frazão P. O SUS e a Política Nacional de Saúde Bucal. In: Pereira AC. *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. Nova Odessa: Napoleão Editora; 2009. 18-34.

Nodari CH, Olea PM, Dorion ECH. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. *Rev. Adm. Pública*. 2013; 47(5): 1243-64.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington. 2007

Pasarín MI, Berra S, González A, Segura A, Tebé C, Altés AG, Vallverdú I et al. Evaluation of primary care: The "Primary Care Assessment Tools- Facility version for the Spanish health System. Gac Sanit. 2013;27 (1):12-8.

Pereira IA. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013; 66(esp): 158-64.

Pizzanelli DM, Ponzio J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) em Uruguay. Rev Med Urug. 2011; 27(3): 187-9.

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 e Saúde Coletiva. 2013; 18(11): 3321-31.

Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do programa Saúde da Família sobre a privacidade de suas informações. 2009; 18(1), 42-9.

Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integridade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Ciência e Saúde Coletiva. 2014; 19(11): 4407-15.

Starfield B et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics, United States. 2000; 105 (4):998-1003.

Starfield B, XU J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*. 2001; 50(2): 161-75.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde da família na Região Centro Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(Supl.1): S148-58.

Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 821-7.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este estudo está sendo conduzido pela pesquisadora Cirurgiã Dentista, mestranda em Odontologia pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Leilane Araújo Corrêa Motizuki, sob orientação da prof^a Dr^a Valéria Rodrigues de Lacerda.

A finalidade deste estudo é avaliar a qualidade da Atenção Primária, ou seja, avaliar o serviço de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande (MS) e assim propor melhorias no atendimento à população. Poderão participar deste estudo, maiores de 18 anos que utilizam a unidade de Saúde da Família. Pessoas que não atendem os critérios técnicos estipulados pelo pesquisador não poderão participar. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador ou outro profissional da equipe do estudo, representantes do Comitê de Ética independente e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para a pesquisadora, Leilane Araújo Corrêa Motizuki, pelo telefone (67)9266-4015, e-mail: leilane_correa@yahoo.com.br. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345-7187, e-mail: bioetica@propp.ufms.br. Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do Voluntário _____

Data _____ Telefone _____

Assinatura do pesquisador _____

Data _____ Telefone _____

Local da pesquisa _____

ANEXO A**QUESTIONÁRIO PERFIL SOCIOECONÔMICO**

1- Idade _____

2- Gênero

() Masculino

() Feminino

3- Renda _____

() Até 2 salários mínimos

() Mais de 2 a 5 salários

() Mais de 5 a 10 salários

() Mais de 10 salários

4-Escolaridade

() Analfabeto

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Pós graduação (especialização, mestrado, doutorado)

5- Cor da pele () Branca () Não Branca

6- ESF () Urbano () Rural

ANEXO B

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

PCA Tool-Brasil versão Adulto

A- GRAU DE AFILIAÇÃO

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2- Há um médico ou 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 ou enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não
- Sim, o mesmo que A1 e A2
- 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: _____

A4- Nome do médico ou enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____**A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o (a):****A5-** _____

("nome do médico ou enfermeiro ou serviço de saúde")

B-ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO- UTILIZAÇÃO

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 médico ou enfermeiro” antes de ir a outro serviço?	4()	3()	2()	1()	9()
B2- Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro” antes de ir a outro serviço?	4()	3()	2()	1()	9()
B3- Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4()	3()	2()	1()	9()

C- ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO- ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
C1- O “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro” fica aberto no sábado ou domingo?	4()	3()	2()	1()	9()
C2- O “nome do serviço de saúde ou médico ou 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 médico ou enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4()	3()	2()	1()	9()

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
C4- Quando o seu “nome do serviço de saúde ou médico ou 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 médico ou 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 médico ou 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 médico ou enfermeiro” está fechado está fechado e você fica doente durante à 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 médico ou enfermeiro” ?	4()	3()	2()	1()	9()
C9- Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro”, 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 “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro” ?	4()	3()	2()	1()	9()

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
C11- É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4()	3()	2()	1()	9()
C12- Quando você tem que ir no “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4()	3()	2()	1()	9()

D- LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
D1- Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro” é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4()	3()	2()	1()	9()
D2- Você acha que o seu “médico ou enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	4()	3()	2()	1()	9()
D3- O seu “médico ou 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 ou enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4()	3()	2()	1()	9()

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
D6- Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico ou enfermeiro”?	4()	3()	2()	1()	9()
D7- O seu “médico ou 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 ou enfermeiro” sabe quem mora com você?	4()	3()	2()	1()	9()
D9- O seu “médico ou enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4()	3()	2()	1()	9()
D10- O seu “médico ou enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4()	3()	2()	1()	9()
D11- O seu “médico ou enfermeiro” sabe à respeito do seu trabalho ou emprego?	4()	3()	2()	1()	9()
D12- O seu “médico ou enfermeiro” saberia de alguma se forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4()	3()	2()	1()	9()
D13- O seu “médico ou enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4()	3()	2()	1()	9()
D14- Você mudaria do seu “nome do serviço de saúde ou médico ou enfermeiro para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4()	3()	2()	1()	9()

E- COORDENAÇÃO- INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
E2- O “nome do serviço de saúde ou médico ou 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 médico ou enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4()	3()	2()	1()	9()
E4- O seu médico ou 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 ou enfermeiro” ou alguém que trabalha no com “nome do serviço de saúde” ajudou-o a marcar esta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E6- O seu “médico ou 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 médico ou enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
E8- Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu médico ou enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E9- O seu médico ou enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	4()	3()	2()	1()	9()

F- COORDENAÇÃO- SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
F1- Quando você vai no “nome do serviço de saúde ou médico ou 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 médico ou 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 médico ou enfermeiro” ?	4()	3()	2()	1()	9()

G- INTEGRALIDADE- SERVIÇOS DISPONÍVEIS

A seguir, apresentamos uma lista de serviços e 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 do médico ou enfermeiro esse serviços estão disponíveis.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
G1- Respostas a perguntas sobre nutrição e 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 de 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()

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 da sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4()	3()	2()	1()	9()

H- INTEGRALIDADE- SERVIÇOS PRESTADOS

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficiente.	4()	3()	2()	1()	9()

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
H2- Segurança no lar, com 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, rato, água sanitária), no seu lar, trabalho ou na sua vizinhança.	4()	3()	2()	1()	9()
H9- Perguntar se você tem arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4()	3()	2()	1()	9()
H10- Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4()	3()	2()	1()	9()
H11- Como prevenir quedas.	4()	3()	2()	1()	9()
H12- Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4()	3()	2()	1()	9()
H13- Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4()	3()	2()	1()	9()

I- ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço ou médico ou enfermeiro”

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 ou 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 ou 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 ou enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4()	3()	2()	1()	9()

J- ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
J1- Alguém no “nome do serviço de saúde ou nome médico ou enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4()	3()	2()	1()	9()
J2- O seu “nome do serviço de saúde ou nome médico ou 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 ou 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 ou enfermeiro realiza alguma destas?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei, não lembro
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 ou Conselho de Usuários) ?	4()	3()	2()	1()	9()

ANEXO C

Cálculo dos escores- PCATool- Brasil, versão adulto

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Os escores serão somados e as respectivas médias analisadas através de programa estatístico. Valores iguais ou maiores a 6,6 serão considerados satisfatórios.

1º Passo. Inversão dos Valores

Os itens C9, C10, C11, C12 e D14 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo: Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não se calcula o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“*missing*”) no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

Algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:

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

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

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

- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

$A1 = A2$ ou $A1=A3$ ou $A2=A3$ e iguais a SIM, então Grau de afiliação = 3

- Todas as respostas SIM:

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

Acesso de Primeiro Contato – O atributo é formado por 2 componentes

Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B):

Itens = B1, B2 e B3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C):

Itens = C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12.

Os itens C9, C10, C11 e C12 têm valores invertidos (1º Passo: Inversão de Valores). Após a inversão dos valores destes 4 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12) / 12$$

Longitudinalidade (D):

Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14.

O item D14 tem o valor invertido (1º Passo: Inversão dos Valores). Após a inversão do valor deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$$

Coordenação: O atributo é formado por 2 componentes.

Coordenação - Integração de Cuidados (E): Apresenta 8 itens, pois E1 não deve entrar no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.

Variáveis = E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9) / 8$$

Coordenação - Sistema de Informações (F):

Itens = F1, F2 e F3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$$

Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes

Serviços Disponíveis (G):

Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21 e G22.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9 + G10 + G11 + G12 + G13 + G14 + G15 + G16 + G17 + G18 + G19 + G20 + G21 + G22) / 22$$

Serviços Prestados (H):

Variáveis = H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Os itens H12 e H13 não devem ser aplicados para homens, portanto nesse componente o escore deve ser medido sem as somas destes itens quando o entrevistado for do sexo masculino. Para obter o escore deste componente deve-se calculá-lo separadamente para entrevistados do sexo feminino e masculino.

Sexo Feminino (HF):

Escore HF= $(H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13) / 13$

Sexo Masculino (HM):

Escore HM= $(H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11) / 11$

Orientação Familiar (I)

Itens = I1, I2 e I3

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = $(I1 + I2 + I3) / 3$

Orientação Comunitária (J):

Itens: J1, J2, J3, J4, J5 e J6.

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Escore = $(J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6) / 6$

Transformação dos Escores

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 utiliza-se a seguinte fórmula:

[escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}$$

Escore Essencial

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

Exemplo: (Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais + Grau de Afiliação) / número de componentes.

Sexo Feminino: **(A + B + C + D + E + F + G + HF) / 8**

Sexo Masculino: **(A + B + C + D + E + F + G + HM) / 8**

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais, não se calcula o Escore Essencial da APS.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcula-se a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes.

Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados + Grau de Afiliação) / número total de componentes.

Sexo Feminino: $(A + B + C + D + E + F + G + HF) + (I + J) / 10$

Sexo Masculino: $(A + B + C + D + E + F + G + HM) + (I + J) / 10$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes não se calcula o Escore Geral da APS.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcula-se a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

Escore Geral

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes.

Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados + Grau de Afiliação) / número total de componentes.

