FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: UMA VISÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA – CUIABÁ – MT

RECIFE
2013

KEYLA APARECIDA PONTES LOPES DIAS

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: UMA VISÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA – CUIABÁ – MT

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.
Área de Concentração em Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientadora: Drª Giselle Campozana Gouveia

Recife

2013

Catalogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

D541a Dias, Keyla Aparecida Pontes Lopes.
Assistência em saúde: uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá – MT/ Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias. — Recife: A autora, 2013.

133 p.

Dissertação (mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Giselle Campozana Gouveia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Saúde da Família – recursos humanos. 4. Avaliação em saúde. 5. Pessoal de Saúde. I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Título.

CDU 614.39

Keyla Aparecida Pontes Lopes dias

Assistência em saúde: Uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá – MT

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.
Área de Concentração em Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Aprovado em: 24/05/2013

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª Drª Giselle Campozana Gouveia

(CPqAM/FIOCRUZ)

_____

Profª Drª Luciana Dubeux

(Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP)

_____

Profª Drª Kátia Medeiros

(CPqAM/FIOCRUZ)

Aos meus pais **Neuza** e **Roberto** (in memorian), pelo apoio, amor e ensinamentos que formaram os alicerces de minha história.

Ao meu esposo **Ivan**, por todo apoio, amor, compreensão e incentivo ao longo da trajetória que me levou à concretização deste trabalho.

A **Luanna** e **Aruan**, meus filhos, fontes de toda força e vontade que carrego comigo ao despertar de cada manhã.

Meu carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

A toda equipe de professores e funcionários do CPqAM/FIOCRUZ/PE que de alguma forma contribuíram, acreditaram, confiaram e me deram a oportunidade de estudo e pesquisa nesta renomada instituição, mesmo sabendo das dificuldades devido a distância geográfica.

Á Giselle Campozana Gouveia, minha orientadora, que aceitou o desafio de me orientar. Agradeço toda colaboração, ensinamentos e apoio em momentos fundamentais para a concretização deste trabalho, meu carinho e eterno agradecimento.

Aos membros da banca examinadora, Profª Drª Luciana Dubeux, Profª Drª Isabela Samico, Profª Drª Kátia Medeiros e Profª. Drª. Tereza Lyra que se disponibilizaram na leitura e crítica deste trabalho.

Ao Juliano Silva Mello, que se mostrou sempre amigo e prontamente solícito, obrigada por ter acreditado no meu potencial em realizar este estudo.

Ao amigo e companheiro de trabalho Cidão, que soube entender minha ausência.

As amigas e colegas de trabalho Kellen e Fabiana, pelo apoio na coleta de dados.

A Vera, amiga que ganhei nesta trajetória de pesquisa, obrigada pelo carinho, apoio, dedicação e inspiração.

Aos amigos e colegas e trabalho do HUJM, pelo incentivo, compreensão e abraço amigo em momentos tão difíceis. Sem a colaboração especial de cada um de vocês não teria concretizado este estudo.

Aos colegas e amigos do CIAPS/AB pelo incentivo, em especial Daniel S. Gregório (in memorian), que me permitiu “alçar vôo” nesta trajetória.

Aos colegas de turma de mestrado que me receberam de forma acolhedora. Compartilhamos nossas angústias, alegrias, conhecimentos e exemplos de vida. Contribuíram muito para meu aprendizado enquanto ser humano. Em especial, Mauricéa, em sua demonstração de fraternidade, amizade e superação, não há limites para nossos desejos e conquistas.

Aos colegas do ACIM (Anexo Criativo Itinerante do Mestrado), onde pude conhecer Recife com sua grandiosidade cultural e adquirir conhecimentos para a vida.

As alunas Rayane, Carolina, Iara e Sthefany que espontaneamente participaram da coleta de dados com dedicação e empenho.

Ao Bruno, com seus conhecimentos técnicos em informática, que no momento de muito “stress” colaborou no banco de dados, com muita calma e dedicação.

As equipes de Saúde da família Colorado I, Despraiado I e Liberdade, que confiaram e possibilitaram a realização deste estudo. Em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, que com tanta disposição, nos ajudaram a localizar os endereços e nos apresentaram aos usuários.

Aos usuários das Equipes de saúde da Família que se dispuseram a compartilhar suas experiências, permitindo inclusive nossa “invasão” em seus domicílios.

A todos os meus familiares e amigos que sentiram de perto minhas ausências, angústias e medos, e mesmo assim me incentivaram, foram companheiros neste momento, meu agradecimento e carinho.

À “Tati”, grande amiga e irmã, companheira de vida e estudo. A maior incentivadora para realizar este curso. Conseguimos amiga!!!! Obrigada por seu ombro amigo, força e exemplo em todos os momentos.

Ao Rodrigo pelo seu abrigo, força, dedicação e companheirismo que me ajudou, mesmo com suas provocações sobre o SUS, a manter o equilíbrio emocional, a alegria e o pensamento positivo.

A minha irmã Márcia, pela sua incansável ajuda e exemplo de serenidade, meu abraço fraterno.

Aos meus filhos que com carinho agüentaram meus “stresses” e ausência por causa do mestrado, minhas sinceras desculpas e agradecimento.

Ao meu esposo que durante todos os momentos me incentivou com seu amor, força e apoio incondicional.

A minha mãe pelo incentivo e exemplo de vida, que mesmo com pouco estudo desempenha funções exemplares no trabalho e principalmente o exemplo de mãe com seu coração grandioso sem pedir nada em troca.

Em especial ao meu pai, que retornou a outra morada do Senhor antes da conclusão deste estudo, em tão pouco tempo a saudade é grandiosa, mas com seu exemplo de praticidade, firmeza e inteligência concluo este estudo. Sem jamais me

esquecer do seu dizer: “o conhecimento é o nosso maior tesouro, algo que jamais perdemos em nossa vida”. Obrigada pelos seus ensinamentos de vida.

Enfim, agradeço a Deus por me dar a oportunidade e permitir compartilhar com todos vocês esta experiência de vida.

Escrevo estes agradecimentos com muita emoção e com sentimento de carinho a todos, e mais importante, com a sensação do dever cumprido, mesmo sabendo que podemos muito mais e temos muito mais a fazer para melhorar o sistema de saúde. E, quanto maior o nosso conhecimento maior é a nossa responsabilidade; que cada um possa fazer sua parte na construção de uma história mais feliz e de sucesso, enfrentando com coragem os tropeços e as dificuldades.

“Que a vida física é uma escola abençoada, é insofismável; mas se você não se aproveitar dela a fim de aprender suficientemente as lições que se destinam ao seu engrandecimento espiritual, em nada lhe valerá o ingresso no aprendizado humano.”

(Por Chico Xavier)

DIAS, Keyla Aparecida Pontes Lopes. **Assistência em saúde**: uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá – MT. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

Evidências vêm se acumulando há décadas de que sistemas de serviços de saúde que se organizam a partir de uma atenção primária à saúde, estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores, são mais eficazes e de maior qualidade. Esta pesquisa objetiva avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais e usuários em algumas equipes de saúde da família do município de Cuiabá – MT. Utilizou-se como método o instrumento PCATooL- Brasil um instrumento validado, com perguntas estruturadas, para pesquisa avaliativa da atenção básica em saúde, conforme a experiência dos usuários e profissionais das equipes de saúde da família. Com base nos resultados, a visão dos profissionais de saúde das equipes, quanto aos atributos da atenção primária como a "acessibilidade", "serviços disponíveis", "orientação comunitária" é de baixo escore. Além disso, foram realizadas análises por categoria profissional e equipe de saúde da família, onde se encontrou resultados importantes para análise do processo de trabalho da equipe, quanto a Atenção Primária a Saúde. Na visão dos usuários das equipes de saúde, os atributos que apresentam baixo escore são: "acessibilidade", "serviços disponíveis", "serviços prestados", "orientação familiar" e "orientação comunitária". Foram realizadas também, análises por perfil dos usuários onde é possível concluir que há uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde, onde para quase todos os atributos, a avaliação dos usuários é menos positiva. Quanto à análise conjunta dos escores essenciais e derivados dos atributos da Atenção Primária a Saúde, esta registra um valor de alto escore na visão dos profissionais, e baixo escore dos usuários. Conclui-se que na visão dos profissionais, as equipes de saúde da família avaliadas têm orientação para Atenção Primária a Saúde, sendo discordante a opinião do usuário.

Palavras chaves: Atenção Primária à saúde; Saúde da Família; Avaliação.

DIAS, Keyla Aparecida Pontes Lopes. **Health care:** an overview of users and Professionals the primary care – Cuiabá – MT. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ADSTRACT

Evidence has been accumulating for decades that health care systems that are organized from a primary health care, structured in accordance with their attributes officers, are more effective and higher quality. This research aims to evaluate the attributes of the Primary Health Care in the view of professionals and users in some family health teams of Cuiabá - MT, was used as the instrument method PCATool-Brazil, a validated instrument, with structured questions to evaluative study of primary health care, as the experience of users and professionals of the health of the family. Based on the results, the vision of health teams, as attributes of primary care as the "accessibility", "services available", "community orientation" is a low score. In addition, analyzes were performed by professional category and the family health team, where we find significant results for process analysis, team work, as the Primary Health In view of users of health teams, the attributes that have low scores are "accessibility", "available services", "services", "family orientation" and "community orientation". Were performed also analyzes user profiles where it is possible to conclude that there is a clear difference between the assessment of users and health professionals, for almost all attributes rated by users is less positive. Regarding the analysis of the scores derived from the essential attributes of Primary Health, registers a high score value in view of professionals, and low scores of users. We conclude that in the view of professionals, family health teams have evaluated orientation Primary Health, and the dissenting opinion of the user.

Keywords: Primary Health Care; Family Health; Evaluate.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Mapa da rede física municipal de saúde/Equipe de Saúde da Família. Cuiabá - MT. 2012.....37
Figura 2- Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool - Brasil40
Quadro 1- Variáveis sócio demográficas dos usuários. 40
Quadro 2- Variáveis quanto ao perfil dos profissionais das equipes de saúde de família.....41
Quadro 3- Variáveis quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde. 41
Quadro 4- Síntese dos atributos da Atenção Primária à Saúde e cálculos de escore e escala.....43
Gráfico 1- Resultados referentes aos atributos da Atenção Primária à Saúde na visão dos usuários e profissionais da ESF Colorado I. 2012. Cuiabá, MT. 51
Gráfico 2- Resultados referentes aos atributos da atenção primária à saúde na visão dos usuários e profissionais da ESF Despraiado I. 2012. Cuiabá, MT**.**.....51
Gráfico 3- Resultados referentes aos atributos da atenção primária à saúde na visão dos usuários e profissionais da ESF Liberdade. 2012. Cuiabá, MT**.**.....52
Gráfico 4- Grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na visão dos usuários e profissionais. 2012. Cuiabá, MT. 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número absoluto de profissionais por categorias nas Equipes de Saúde da Família, Cuiabá, 2012. 42

Tabela 2- Perfil sócio demográfico dos usuários por Equipe de Saúde da Família. Cuiabá, 2012. 48

Tabela 3- Número absoluto dos profissionais segundo o perfil por Equipe de Saúde da Família. Cuiabá, 2012. 49

Tabela 4- Número absoluto de profissionais segundo categoria profissional e tempo de serviço. Cuiabá, 2012. 50

Tabela 5- Média dos escores e escala conforme os profissionais e usuários nas Equipes de Saúde da Família. Cuiabá, 2012. 54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 PERGUNTA CONDUTORA 16

3 MARCO TEÓRICO 17

3.1 Atenção Primária à Saúde (APS) 17

3.2 A conformação da Atenção Básica em Cuiabá/MT 24

3.3 Avaliação em Saúde da APS 27

3.4 Instrumento de Avaliação PCATOOL 31

4 JUSTIFICATIVA 34

5 OBJETIVOS 35

5.1 Objetivo geral 35

5.2 Objetivos específicos 35

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 36

6.1 Área do Estudo 36

6.2 Período 38

6.3 População do Estudo 38

6.4 Critério de Inclusão 38

6.5 Seleção dos Sujeitos de Pesquisa 38

6.6 Amostra 39

6.7 Fonte de Dados 39

6.8 Instrumento de Coleta de Dados 39

6.9 Variáveis do Estudo 40

6.10 Plano de Análise 42

6.11 Considerações Éticas 47

7 RESULTADOS 48

7.1 Quanto ao perfil sócio demográfico dos usuários e profissionais da equipes de saúde da família avaliadas 48

7.2 Quanto à descrição dos atributos qualificados por profissionais e usuários do estudo 50

7.3 Quanto o grau de orientação para APS das equipes estudadas: 53

8 DISCUSSÃO 56

9 CONCLUSÃO 70

9.1 Conclusão Geral 72

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 73

REFERÊNCIAS 74

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROFISSIONAIS 82

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO USUÁRIOS 83

APÊNDICE C – NÚMERO DE PROFISSIONAIS SEGUNDO OS ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA 84

APÊNDICE D – ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COLORADO I 85

APÊNDICE E - ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DESPRAIADO I 89

APÊNDICE F - ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIBERDADE 93

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATOOL BRASIL 97

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (1978) em conferência – Alma Ata, definiu a Atenção Primária a Saúde (APS) como modelo para atingir a “saúde para todos no ano 2000”.

O Brasil buscou aproximação desta meta com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplado na Constituição de 1988. A garantia de Saúde como direito de todos e dever do Estado estava devidamente resguardado na lei que previa Universalidade, Integralidade, entre outras características. No entanto, os avanços concretos foram lentos diante da falta de financiamento, regulamentações frágeis e, principalmente, da persistência no modelo hospitalocêntrico (ESCORELL, 2007; GIL, 2006).

A APS no Brasil trouxe mudanças neste paradigma centrado no hospital, pois a APS brasileira está definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. Está destinada a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, que se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (TAVARES; MENDONÇA; ROCHA, 2009).

Nesse contexto, em 1994 ocorre a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) que representou um passo fundamental, conciliando os princípios norteadores da APS, a reorientação das práticas de saúde com a atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010).

Desde então os substanciais avanços na cobertura populacional fizeram que o Saúde da Família se tornasse uma estratégia nacional (ESF). Embora a ESF tenha crescido sobremaneira no país atravessa, atualmente, seu maior desafio

para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é a sua consolidação nos grandes centros urbanos (GIL, 2006).

Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência) (GIL, 2006).

A Organização Pan- Americana da Saúde (2007) lançou um documento chamado *Renovação da atenção primaria em saúde nas Américas* no qual reafirma que cada país precisará encontrar sua própria forma de construir uma estratégia sustentável para fundamentar seu sistema de saúde com mais firmeza sobre a abordagem da APS. Esse documento aponta, ainda, que os países devem continuar a avaliar as inovações na APS, disseminar as melhores práticas e aprender como maximizar e sustentar seu impacto com o passar do tempo.

O grau de comprometimento do sistema e dos serviços de saúde com os princípios da APS é que asseguram maior efetividade da atenção oferecida. Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande iniquidade social (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; MACINKO, HARZHEIN, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2007).

Pensando na avaliação da APS, neste estudo optou-se por usar o “Primary Care Assessment Tool” (PCATool) que é um instrumento de avaliação, com ênfase na aferição da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da atenção primária à saúde, além de já estar validado no Brasil. Este instrumento possibilita avaliar o grau de orientação à APS através dos seus atributos, podendo ser aplicado a profissionais de saúde ou usuários e dirigido às ações de saúde de adultos ou crianças (em versões distintas), refletindo a experiência de diferentes grupos em relação ao serviço de saúde.

Motivada por esse hiato de informações e pelo fato de estar inserida no ambiente de trabalho da Vigilância em Saúde do Estado de Mato Grosso, que se encontra mobilizada para estruturar o modelo de atenção à saúde estadual, integrado entre a Vigilância e Atenção à Saúde, resolvi fazer um julgamento de valor voltado a APS, a partir dos atributos da mesma.

A escolha da área de estudo se deu de forma intencional considerando a facilidade de logística, onde inicialmente foram selecionadas 04 equipes de Saúde da Família (SF), com a intenção de comparar os atributos da APS entre as equipes que vinham desenvolvendo programas de melhoria da qualidade e outras que não o faziam, da mesma localização geográfica, sendo na região oeste as equipes do Jardim Colorado I e Despraiado I; na região sul as equipes do Novo Millenium e Jardim Liberdade.

Este estudo propôs-se a uma avaliação da qualidade das equipes de SF sob a ótica dos usuários e profissionais de saúde, na medida em que os atributos da APS estão presentes em algumas equipes de SF em Cuiabá – MT, com a intenção de ser o ponto de partida para estruturar um modelo de Atenção da Vigilância em Saúde dentro da Atenção Primaria, colaborando com o processo de monitoramento e avaliação. Será uma experiência que se servirá como projeto piloto, com a possibilidade de ser replicada em outros municípios do Estado. Esta análise, ainda, possibilitará ao gestor uma ferramenta para tomada de decisão dando cumprimento aos princípios do sistema de saúde vigente, além de fornecer subsídios para a gestão local das equipes melhorarem a atenção em saúde dispensada à população.

2 PERGUNTA CONDUTORA

Na visão dos profissionais e dos usuários das Equipes de Saúde da Família Colorado I, Despraiado I e Liberdade da cidade de Cuiabá, MT, como são avaliados os atributos da APS?

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010).

Considera-se que o termo “Primary Health Care” tenha sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 70, nas páginas da “Contact”, revista da Comissão Médica Cristã (CMC), ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana. A CMC, com larga experiência em países em desenvolvimento, assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, ao perceber que as ações missionárias, em sua maioria baseada em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população. Essa instituição foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde básica para a Organização Mundial da Saúde (OMS), e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

O relatório “The Promotion of National Health Services” em 1975 incorporou, pela primeira vez, a expressão PHC (Primary Health Care) aos documentos da OMS, defendendo a APS como caminho para serviços de saúde mais efetivos (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Duas outras importantes publicações também surgem em 1975: “Health by the People”, editado por Kenneth Newell, responsável por um estudo conjunto entre United Nations Children’s Fund (UNICEF) e OMS; nos quais são descritos projetos alternativos de assistência à saúde em diferentes partes do globo, associando definitivamente a identidade da APS como projeto de desenvolvimento social com base comunitária (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, pela OMS e UNICEF, é exemplo de um evento internacional que representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. Em que pese ter sido

realizado num contexto acirrado da crise monetária internacional, ela continuou influenciando mudanças no cenário mundial durante toda a década de 1980, considerada a dos anos do ajuste fiscal (GIL, 2006).

O ideário das reformas dos sistemas contemporâneos na década de setenta influenciou a formulação das políticas de saúde no Brasil (CONIL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010), e que foi traduzido no novo modelo de proteção social em saúde, instituído com o SUS (ESCOREL, et al. 2007). A legislação brasileira, seja a Constituição Federal de 1988, sejam as leis 8.080 e 8.142, tratam a Atenção Básica (AB) como pressuposto para a integralidade da atenção à saúde e estabelecem o princípio da regionalização como forma de organização do processo de atenção (BRÊTAS JUNIOR, 2011).

No contexto brasileiro, a APS traz consigo as sequelas do debate travado nos anos 70, decorrentes do caráter racionalizador defendido por alguns atores das agências financeiras que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde, em detrimento das reais necessidades de saúde das populações dos países periféricos (GIL, 2006).

A Conferência de Alma Ata destacou elementos para a APS, e a OMS está empenhada em difundir até hoje os preceitos de integração dos serviços locais num sistema nacional; participação social; ação intersetorial e necessidade de relacionamento da saúde com desenvolvimento social e econômico. Este discurso tem sido relatado em várias formas e em diferentes graus de intensidade nos processos de reforma em sociedades como Brasil, Costa Rica, Inglaterra e Espanha, etc. (CONILL, 2007).

No Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS com a regulamentação do SUS baseada na universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizacionais de descentralização e participação social, para diferenciar-se da concepção seletiva de APS, passou-se a usar o termo atenção básica em saúde. Definido como ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA et al., 2009).

Passado mais de 30 anos da Conferência de Alma Ata a APS se consolidou como uma forma mais equitativa e eficaz de organizar um sistema de saúde. A APS Renovada conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (2007) deve constituir

a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população.

A OMS no seu relatório sobre a saúde do mundo de 2008 propõe mudanças radicais na APS, dentre as quais, a de ser coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção e que responda as necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças.

Desta forma este tipo de atenção à saúde pode ser definido como um conjunto de valores: direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade; um conjunto de princípios: responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros; e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes: atributos do sistema de serviços de saúde como acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural, buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada (BRASIL, 2010).

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em sua reunião do Conselho Nacional de Representantes Estaduais (CONARES), de agosto de 2010, considera que a diferença na terminologia utilizada internacionalmente sobre a atenção básica não é tão importante quanto à história da construção dessa assistência no SUS, e advoga, pelo menos por enquanto, a sua manutenção (BRÊTAS JUNIOR, 2011). A Atenção Básica brasileira foi gradualmente se fortalecendo e se constitui como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Aprovada e publicada em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica traz o reflexo dessa evolução. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2006a).

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira (ESCORELL et al., 2007). A história do PSF tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. A partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi Introduzida a noção de área de cobertura (por família) (VIANA; POZ, 2005).

O Programa relatado acima foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, desde então passou por diferentes concepções. Inicialmente era um programa de assistência à saúde para desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na atenção primária. Depois enfocou a reorientação do modelo assistencial e a vigilância à saúde (CANESQUI; SPINELLI, 2008), com a concepção de uma intervenção mais ampla visando à modificação do modelo de atenção hegemônico e a reorganização da atenção primária por meio do PSF vinculado a vigilância em saúde (PAIM, 2003). Essa concepção de modelo de atenção tem sido reconhecida como eixo reestruturante do SUS (CAMPOS, 2003) na qualidade de estratégia setorial, para imprimir uma nova dinâmica aos serviços de saúde e estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando a prática assistencial direcionada a vigilância à saúde, na perspectiva da intersetoralidade, sendo considerado o modelo prioritário da APS no Brasil (BRASIL, 1994).

Desde sua criação, o PSF é uma estratégia que vem se estendendo por todo o território nacional com maior intensidade nos últimos anos, ampliando-se rapidamente a população coberta, que passou de quase 30 milhões de pessoas em 2000, para mais de 85 milhões em 2006, e mais de 101 milhões em agosto de 2011 (BRASIL, 2011a).

Segundo Conill, Fausto e Giovanella (2010), a confluência de um conjunto de fatores parece explicar a emergência do PSF no seu início: a experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Nordeste; o vazio programático para a questão assistencial no SUS; e os atrativos políticos que um programa desta ordem poderia representar mesmo para um governo de cunho neoliberal. É possível também que o oferecimento de um incentivo financeiro para contratação de equipes se configurasse como uma medida operacionalmente viável para estimular o reordenamento da atenção básica.

Contudo, a APS no Brasil ainda tem sido desenvolvida por duas frentes: o Modelo Convencional e a Estratégia Saúde da Família. No Modelo Convencional o atendimento se dá em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que atende usuários em demanda espontânea, sendo urgência ou não. No modelo de Saúde da Família, a atuação dos profissionais assume uma postura mais proativa, com o planejamento prévio de uma série de atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento. Além

disso, busca reorganizar o funcionamento do sistema de saúde como um todo, e não apenas as práticas cotidianas dos profissionais (BARBOSA et al., 2009).

Entretanto, o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção de eqüidade, devido à tradição clientelista e paternalista da política nos municípios brasileiros. O PSF pode estar sendo implantado como mero mecanismo de barganha política que envolve prefeitos, vereadores e população (ROZANI; SILVA; 2008).

Segundo Rozani e Silva (2008), outro motivo para a adesão ao PSF pelos municípios é o incentivo financeiro dado pelos governos federal e estadual. Além disso, as políticas de descentralização no contexto neoliberal em que surge o PSF contribuem para que o governo federal meramente transfira para as unidades periféricas suas responsabilidades pela saúde, cabendo a ele apenas a função de planejar as ações, enquanto aos estados competiria controlar e aos municípios executar.

Em 2006, o PSF avançou de programa para estratégia Saúde da Família (ESF), ao apresentar resultados positivos em termos do impacto sobre alguns indicadores de saúde, o que vêm contribuindo para legitimá-la (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Para o Brasil, a atenção básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é realizada por equipe multiprofissional, com presença de profissionais de nível superior com formação na área de saúde e de agentes comunitários de saúde. A equipe está vinculada a uma população de um determinado território (BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006a, p. 11) uma...

> [...] equipe multiprofissional [é] responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; [além disto, o] número de ACS 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.

E quando são incorporados às Equipes a saúde bucal é necessário a existência de equipe multiprofissional com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com

responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2006a).

A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização junto à comunidade. O CONASEMS refere que as unidades de saúde da AB precisam de instalações físicas adequadas, com equipamentos e insumos necessários para a qualidade dos serviços prestados. Isso promove a valorização dos ambientes de trabalho e, sobretudo, do fortalecimento da AB como porta de entrada do serviço com a garantia de vínculo e responsabilização pelo cuidado (BRÊTAS JUNIOR, 2011).

As inovações esperadas na atuação das equipes de SF nas práticas de atenção à saúde da população é que se trabalhe com uma percepção de saúde que envolve cura, prevenção e promoção; busca-se o vínculo entre as famílias e os profissionais da equipe; estimula-se a participação crítica tanto da equipe quanto dos usuários nas questões da saúde da comunidade. Aos poucos, estas inovações estarão sendo incorporadas ao processo de formação dos profissionais de saúde. Contudo, a rápida expansão da ESF, no contexto do processo de municipalização da saúde, demanda, a cada dia, profissionais capacitados a lidar com estas inovações e adaptá-las às diferenças locais e regionais (MACHADO, 2000).

Pode-se considerar que melhores resultados dos serviços de atenção primária à saúde serão alcançados a partir do conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores. Evidências vêm se acumulando há décadas de que sistemas de serviços de saúde que se organizam a partir de uma atenção primária à saúde, estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores, são mais eficazes e de maior qualidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Starfild (2002) dimensiona alguns atributos da APS como sendo fundamentais, tais como: o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência do cuidado, a coordenação e a orientação à família e às comunidades. Entendendo-se 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.

A longitudinalidade explicada pela 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 que deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

A integralidade sendo o leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequadas ao contexto da APS. Mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS estas devem incluir os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

A coordenação da atenção que 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 através da coordenação entre os serviços.

Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS:

a) 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;
b) orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
c) 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.

Essa definição dos atributos da atenção primária à saúde pode, dessa forma, guiar as estratégias de avaliação e investigação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS. A identificação rigorosa da presença e extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a Atenção Primária à Saúde.

3.2 A conformação da Atenção Básica em Cuiabá/MT

Fundada em 1719, Cuiabá, Capital do Estado de Mato Grosso, teve sua urbanização impulsionada na década de 1960, nasceu da expansão das bandeiras na busca de riquezas e na conquista de novas fronteiras (CUIABÁ, 2011). O Estado foi objeto das políticas federais do regime militar, que visaram à modernização e ampliação das fronteiras agrícolas, estimulação de projetos de colonização, construção de rodovias e planos de integração nacional. Tais projetos estimularam grandes levas de migrantes para Mato Grosso, principalmente para Cuiabá, provocando o desenvolvimento da região Amazônica e Centro Oeste (SPINELLI et al., 2011).

Cuiabá localiza-se na mesoregião norte-matogrossense, seu limite geográfico é constituído pelos municípios de Chapada dos Guimarães, Rosário Oeste, Acorizal, Santo Antônio de Leverger e Várzea Grande. O município é cercado por três grandes ecossistemas, a Amazônia, o Cerrado e o Pantanal. O Município de Cuiabá possui uma extensão territorial de 3.537,17 Km², com densidade demográfica de 1,56 hab. Cuiabá, hoje, é um dos principais pólos de desenvolvimento da Região Centro Oeste do Brasil. Em 1997 foi criada a Lei nº 3.723 que dividiu a macrozona urbana em quatro Regiões Administrativas (Norte, Sul, Leste e Oeste). As atividades econômicas do município estão centradas no comércio (53%), serviços (43,2%) e indústria (3,5%) (CUIABÁ, 2011).

Atualmente, Cuiabá possui uma população estimada de 561.329 pessoas (IBGE, 2012), sendo população masculina de 274.201 e a feminina de 287.128 (CUIABÁ, 2013).

Segundo Spinelli, et al. (2011), a organização dos sistemas de saúde é um processo historicamente construído no cotidiano e na interação entre os sujeitos, cuja dinâmica implica tanto na idéia de conflito e de disputa de projetos políticos, quanto a condição de forjar alianças entre sujeitos, Cuiabá não fugiu a esta regra na implementação de seu complexo sistema de saúde onde ficam evidentes os campos de luta e resistência entre projetos distintos na disputa pela governança e hegemonia econômica e política.

De um lado, estão os segmentos dominantes, cujos diferentes interesses pretendem a ocupação do espaço público como forma de acumulação de poder e de capital. Do outro, segmentos populares com interesses distintos, mas com um ponto

comum: a defesa de projetos baseados no direito à saúde e à participação social. Arenas tensas onde se expressam os mecanismos de resistência e de defesa do usuário, impulsionados pelos conselhos (municipais e locais) e na prática dos profissionais de saúde, que se utilizam de certa autonomia e vão tecendo cenários e possibilidades de mudanças no micropoder do modelo tecnoassistencial (SPINELLI et al., 2011).

Em 1995, Mato Grosso iniciou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em apenas dez municípios selecionados pela SES-MT, situados na região norte e mais pobre do estado, com maior risco de mortalidade infantil. O PACS fundiu-se ao PSF, visando reorientar o modelo assistencial, segundo as diretrizes da SES-MT de regular e normalizar os processos de trabalho, incorporar novas práticas de saúde, controle social e ampliar o acesso. O PSF, inserido no processo de descentralização do SUS, contou com o forte envolvimento e apoio da política estadual de saúde na gestão governamental do período de 1999-2002.

A SES-MT, através da Portaria nº. 26/2991/2001/SES/MT apoiou a capacitação dos profissionais, a supervisão dos municípios pelos escritórios regionais de saúde, a avaliação do programa em parceria com órgãos representantes dos usuários, o incremento da gestão plena da atenção básica, além dos incentivos financeiros aos municípios mais pobres e carentes de infra-estrutura assistencial, que aderiram voluntariamente ao PSF. Os estímulos financeiros do Governo Federal, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB), da Norma Operacional Básica (NOB/96) e da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001) foram imprescindíveis nesse processo (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

Considera-se tardia a implantação do PSF em Cuiabá (1996) em relação a outras situações nacionais, cuja etapa de emergência deu-se de 1994-1995, seguida de sua fusão com o PACS em 1995-1997 e expansão no período de 1997- 2002, consolidando-se, de forma planejada, a partir de 2003 (CANESQUI; SPINELLI, 2008).

A ESF no Estado de MT iniciou-se com poucas equipes 1 (uma) a 3 (três) no máximo em cada município, expandidas em 2003 para 18 urbanas em Cuiabá. A meta de ampliação das equipes de Saúde da Família está presente nos planos de Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá que em 2009 pretendia uma cobertura populacional de 50%. Entretanto, em 2003, as metas de cobertura pactuadas na PPI não se cumpriram no município (-4,2%) (CANESQUI; SPINELLI, 2008). Em 2006, foi

implantada apenas uma equipe das 14 previstas. Foram constituídas em 2008, 25 equipes, totalizando 63 equipes de SF. Porém, em dezembro de 2011, a cidade contava com 61 equipes implantadas o que representa uma proporção de cobertura populacional de apenas 38,2%, conforme constam nos registros do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2011a). Em 2013, na apresentação da Análise da Situação de saúde de Cuiabá e do sistema de serviços de saúde em 2013, para a X Conferência Municipal de Saúde e Conferências regionais, Cuiabá conta com 62 equipes urbanas (CUIABÁ, 2013).

A APS em Cuiabá é composta de duas modalidades de serviços: as unidades básicas de saúde tradicionais (UBS tradicional) ou centros de saúde e a ESF com as Equipes de Saúde da Família. Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá são 85 unidades básicas, sendo 21 Centros de Saúde com cobertura populacional de 47,4% e 65 Equipes de Saúde da Família, destas 62 unidades são urbanas e 3 rurais, com cobertura populacional de 45% (CUIABÁ, 2013).

Segundo Canesqui (2008), a realidade do Município de Cuiabá é parecida com a dos outros grandes municípios do país, com mais de 100 mil habitantes, onde há concentração populacional e muita migração, com problemas de baixa cobertura da ESF que afetam o acesso dos usuários do sistema. E ainda, apresenta a produção médica das unidades básicas de saúde em 2012 de 34% quando comparado com o parâmetro do Ministério da Saúde (CUIABÁ, 2013).

As Unidades Básicas estão divididas nas 4 regiões administrativas a saber: região sul com 21 Equipes de Saúde da Família, atendendo aproximadamente 19.619 famílias; região norte com 19 Equipes de Saúde da Família, abrangendo 18.524 famílias cadastradas; região leste com 11 Equipes de Saúde da Família, tendo 9.908 famílias cadastradas e a região oeste, também com 11 Equipes de Saúde da Família e atendendo 10.155 famílias (CUIABÁ, 2009, 2013).

Considerando a composição mínima de uma equipe de SF, Cuiabá apresenta, na maioria das equipes, uma área descoberta para ACS e não há incorporação de equipes de saúde bucal, existem clínicas odontológicas que estão presentes nas regiões de saúde (totalizando 10 unidades) com cobertura populacional de 8,8% (CUIABÁ, 2013), com atividades e ações de caráter preventivo complementada com unidade de referência para atenção secundária e terciária recebendo usuários encaminhados pelas equipes de SF e UBS tradicional da região (VOLPATO;

SCATENA, 2006). Também não há formação de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A gestão do SUS de Cuiabá dispõe de tecnologias e instrumentos de planejamento, práticas avaliativas e de regulação, tem a participação dos profissionais e usuários neste processo, porém não está conseguindo ultrapassar o formalismo da ação para cumprimento das metas, definidas de modo burocrático onde são priorizados os aspectos quantitativos e de produtividades dos serviços em detrimento dos aspectos processuais e qualitativos e, sobretudo, aqueles referentes ao cuidado (SPINELLI et al., 2011).

Para Spinelli (2011), as práticas relacionadas ao cuidado podem, ao inovar a gestão dos sistemas e do dia-a-dia dos serviços, facilitar a resolutividade da atenção, a comunicação e a vocalização entre os sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) nos processos de formulação e condução de políticas. A apreensão, análise e reflexão das características desses processos requerem das instituições um acompanhamento permanente, podendo as práticas avaliativas ser um dos elementos do aprendizado deste processo.

3.3 Avaliação em Saúde da APS

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem. Na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise. Na literatura recente observa-se um alargamento da concepção de avaliação de intervenções em saúde, mesmo sem deixar de reconhecer os diversos limites conceituais e de sua operacionalização no âmbito dos serviços (SANTOS FILHO, 2007).

Entre as diversas definições existentes sobre o significado da avaliação, aquelas referentes à avaliação de programas sociais têm conseguido maior consenso. Contandriopoulos (1997) formulou uma das definições mais simples e abrangentes, onde considera que a avaliação pode ser definida como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Isso permite aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos

de julgamentos diferentes, posicionarem-se e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Desde 1990, tem crescido a pressão da sociedade, de governos e de agências financiadoras por avaliação regular dos resultados das políticas de saúde e dos investimentos públicos. Em muitos países, as exigências foram incluídas na legislação e nas atividades administrativas. Nos Estados Unidos, desde 1993, há a exigência legal de planejamento estratégico e avaliação de desempenho para todas as atividades governamentais, incluindo a pesquisa. No Brasil, na última década, também cresceu a utilização de avaliações em saúde de forma mais sistemática em conjunto com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e instituições de ensino e pesquisa (FIGUEIREDO, 2011), para justificar estratégias e programas, auxiliar na racionalização dos gastos públicos, subsidiar a elaboração de ações setoriais e a difusão de seus resultados (FACCHINI et al., 2008).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a. p. 18-19) a avaliação....

> [..]. em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.
> [.....]
> Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial, da avaliação da atenção básica, o objeto da avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático.

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população (BRASIL, 2011b).

A questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família assumiu maior relevância na agenda dos gestores do SUS. Nesse sentido, o MS propõe várias iniciativas centradas na qualificação da Atenção Básica, entendida aqui como APS. O primeiro e mais difundido instrumento nacional concebido neste processo foi o Pacto de Indicadores da Atenção Básica que se apresentava como uma estratégia de acompanhamento de indicadores de saúde e formalização de metas entre Municípios, Estados e União e que foi muito difundido entre as

Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2003; FIGUEIREDO, 2011). Neste contexto foi criado o Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) com o objetivo de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a este nível de atenção.

Este processo fortalecido com a expansão da ESF favoreceu a definição de uma Política Nacional de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica em Saúde composta por diversas componentes como a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família que integra o componente III do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial-BIRD, voltada para o fortalecimento da atenção básica no país, juntamente com os Estudos de Linha de Base e os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

O instrumento AMQ é uma auto avaliação aplicável a gestores de serviços e sistemas de saúde e profissionais de saúde de forma voluntária, objetivando nortear a resolução de problemas e promover a melhoria da AB.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, segue a AMQ onde as análises são baseadas em aspectos normativos da Política Nacional Atenção Básica que condicionam o financiamento e processo de trabalho dos profissionais e gestores do sistema de saúde (BRASIL, 2011b).

O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Apesar deste esforço, observa-se uma baixa adesão a avaliação, inclusive da AMQ, desde sua implantação, com apenas 5% dos municípios (246) e 7% das equipes da ESF (2.090) do país, tendo concluído pelo menos uma avaliação. Reflete-se assim a não institucionalização da cultura de avaliação, cujas causas podem estar relacionadas a dificuldades para se chegar a um consenso sobre a pertinência dos resultados produzidos e pela dificuldade em utilizá-los nos processos decisórios (FIGUEIREDO, 2011).

O município de Cuiabá não divergiu deste contexto, sendo a menor taxa de adesão no Estado de Mato Grosso ao PMAQ, onde das 61 equipes existentes, somente 12,9% (N=04) participam do PMAQ.

Apesar da AMQ ter sido elaborada em um amplo processo no qual foi avaliada sua relevância, confiabilidade e mensurabilidade, não há estudos que apontem associação entre altos escores da AMQ e desfechos positivos em saúde. Portanto, Figueiredo sugere que após a validação da AMQ, enquanto instrumento de avaliação da qualidade da APS, sejam realizados estudos subseqüentes de base populacional que permitam menor agregação das informações e possibilitem mensurar a associação entre melhor avaliação da APS com resultados em saúde (FIGUEIREDO, 2011).

A AMQ da Estratégia Saúde da Família adota como referência conceitual no campo da avaliação, o modelo proposto por Donabedian (1990, 2005) em que se considera os elementos de estrutura, processo e resultado, tendo como foco de análise os serviços de saúde e as práticas assistenciais.

Do ponto de vista metodológico e operacional, desde os trabalhos pioneiros de Donabedian (1990, 2005) vem-se classificando os indicadores aplicados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde em três grandes grupos – estrutura, processo e resultados. Os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde, que podem ser sistematizados em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços, e os de resultados abrangem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por elas.

Os indicadores de resultados, efeitos ou impacto, tradicionalmente empregados em estudos epidemiológicos são os que avaliam as mudanças na saúde da população, relacionadas à mortalidade e morbidade. Mais recentemente estão incluídas medidas de qualidade de vida em geral, graus de incapacidade, autonomia, avaliações de satisfação dos usuários, mudanças de comportamento das pessoas e outras situações similares (SANTOS FILHO, 2007).

Ayres (2004) considera que as práticas avaliativas em saúde não devem se limitar às estruturas, aos processos e aos resultados, mas incorporar as repercussões sobre a vida daqueles que se beneficiam das ações de saúde. Isto exige, também, outra forma de análise e utilização dos dados buscando-se coerência com esse tipo de avaliação.

Santos Filho (2007) refere que no escopo dos componentes agrupados encontram-se eixos que são intensamente perseguidos no âmbito da humanização. Além dos componentes clássicos relatados acima como eficácia, efetividade e eficiência, reúnem-se a equidade, o acesso, a adequação, a aceitação e a qualidade técno-científica (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1991). Estes conceitos buscam a organização do serviço em conformidade com as necessidades, demandas e expectativas dos usuários, contextualizados em seu mundo cultural.

Os estudos que abordam especificamente as características relacionais entre os agentes das ações, têm criado uma nova perspectiva para a avaliação em saúde (GOUVEIA, 2009). Estes tipos de abordagens valorizam as características do acolhimento, da garantia dos direitos individuais à privacidade e as características das relações de trabalho como componentes da qualidade da atenção e promoção da saúde. Envolvem três tipos de relações interpessoais: usuário x profissional (estudos de percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos dos cidadãos); profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho) e gestor X profissional (relações sindicais e de gestão) (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Avaliar é um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

3.4 Instrumento de Avaliação PCATOOL

Em 1997, a equipe de trabalho de Starfield, no The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations, desenvolveram um instrumento chamado Primary Care Assessment Tool (PCATool) – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária voltado para criança (STARFIELD, 2002) e em 2001 um instrumento de avaliação da atenção primária voltada para adultos (SHI; SATRFILD; JIAHONG, 2001). Esse instrumento, embasado no marco teórico da atenção primária à saúde, mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da atenção primária e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, possibilitando uma forma consistente de avaliar e investigar a relação entre os atributos da atenção primária à saúde, a utilização dos serviços e os resultados em saúde (HARZHEIM et al., 2006).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (2005) que baseia-se na mensuração

de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido, Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS (BRASIL, 2010).

O PCATool permite, por meio da experiência dos usuários e profissionais, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade no planejamento e execução das ações. Além disso, a avaliação da opinião dos usuários sobre suas experiências junto aos serviços de saúde é imprescindível, já que ao descrever-se somente a visão dos profissionais ou gestores, alguns aspectos importantes da qualidade do cuidado não serão avaliados (HARZHEIM et al., 2006)

O PCATool, em sua versão validada para crianças ou para adultos, já foi utilizado em diferentes contextos nos Estados Unidos, e também utilizados em outros países como Espanha e Canadá (CHOMATAS, 2009). No Brasil, a versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM et al., 2006). Esse instrumento validado no Brasil recebeu o nome de **Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil** (Anexo A).

No Brasil, estudos analisaram a presença e o grau dos atributos da APS, aplicando as versões PCATool em usuários e profissionais de saúde de serviços com diferentes formas de organização e financiamento, que correlacionam maior extensão dos atributos maior efetividade dos resultados. Almeida e Macinko (2006) observaram que a maior extensão dos atributos da APS está correlacionada com melhor auto percepção de saúde. Harzhein et al. (2006) demonstrou que serviços com melhores escores no PCATool estavam associados a maior satisfação dos usuários, saúde percebida e ações preventivas na população infantil. No estudo de Trindade (2007) os usuários de serviços com melhores escores de PCATool apresentavam maior probabilidade de receber orientações sobre a prática de atividade física, alimentação saudável, higiene bucal, ter realizado eletrocardiograma

e elementos importantes do exame físico como aferição de pressão arterial, aferição de peso e altura.

A versão validada do PCATool-Brasil está dividido em componentes relacionados aos atributos da APS (BRASIL, 2010). O levantamento permite a construção de escores para cada dimensão ou subdimensão. Cada atributo essencial é formado por duas subdimensões: questões de estrutura e questões de processo, relacionadas ao serviço de saúde avaliado (CHOMATAS, 2009). Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo) (BRASIL, 2010). As respostas são estruturadas seguindo a escala de Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributo ou subdimensão, da seguinte maneira: 1= com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 =provavelmente sim,4= com certeza sim. A avaliação advém do conjunto de escores de cada atributo, gerando um escore global que caracteriza o grau de orientação do serviço ou sistema de saúde à atenção primária (CHOMATAS, 2009).

Os escores do PCATool-Brasil poderão, a partir de então, ser utilizados como indicadores da qualidade da atenção, contribuindo como um instrumento para a investigação de serviços de saúde brasileiros (HARZHEIM et al., 2006). Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intima-mente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS (BRASIL, 2010).

A concordância entre os instrumentos da AMQ e PCATool conforme analisado por Figueiredo (2011) é baixa, ou seja os dois instrumentos não são concordantes, desta forma evidencia que não é possível a utilização nos padrões da AMQ como forma de mensurar os atributos definidos por Starfield (2002). Assim, diante das evidencias atuais o PCATool apresenta-se como ferramenta mais adequada para avaliação dos atributos da APS (FIGUEIREDO, 2011).

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. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, a sua comunidade adscrita (BRASIL, 2010).

4 JUSTIFICATIVA

Considerando:

a) Os atributos específicos da APS e sua integração ao sistema,

b) A avaliação dos serviços, relacionando a qualidade da estrutura e do processo de cuidado para a obtenção de resultado.

Este estudo reveste-se de grande importância quando se pretende saber como a população adscrita às equipes de SF e seus profissionais avaliam o atendimento oferecido, de modo a repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aprimoramento.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na visão dos profissionais e usuários em três Equipes de Saúde da Família do Município de Cuiabá – MT.

5.2 Objetivos específicos

a) Caracterizar o perfil sócio demográfico dos profissionais e usuários das equipes avaliadas;
b) Descrever os atributos qualificados por profissionais e usuários do estudo;
c) Avaliar o grau de orientação para Atenção Primária á Saúde das Equipes estudadas.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para se alcançar os objetivos propostos realizou-se um estudo avaliativo, descritivo e transversal.

6.1 Área do Estudo

A área de estudo está representada no mapa da rede física de saúde/ESF do Município de Cuiabá/MT (Figura 1), sendo intencionalmente escolhida pela pesquisadora, devido à facilidade de logística. Inicialmente foram selecionadas 04 equipes de SF sendo duas que aderiram ao PMAQ, e duas que não aderiram ao programa, aos pares da mesma região de saúde. Esta escolha se deu pela vontade inicial da pesquisadora de comparar os atributos da APS entre equipes que vinham desenvolvendo programas de melhoria da qualidade e outras que não o faziam.

Assim, na região oeste foram escolhidas as equipes:

a) Jardim Colorado I, representado pelo número 33 na figura 1 e pertencente à unidade de saúde “Carlos Lourenço Soares” (sem adesão ao PMAQ);
b) Despraiado I, representado pelo número 31 na figura 1 e pertencente à unidade de saúde “João Borralho” (com adesão ao PMAQ).

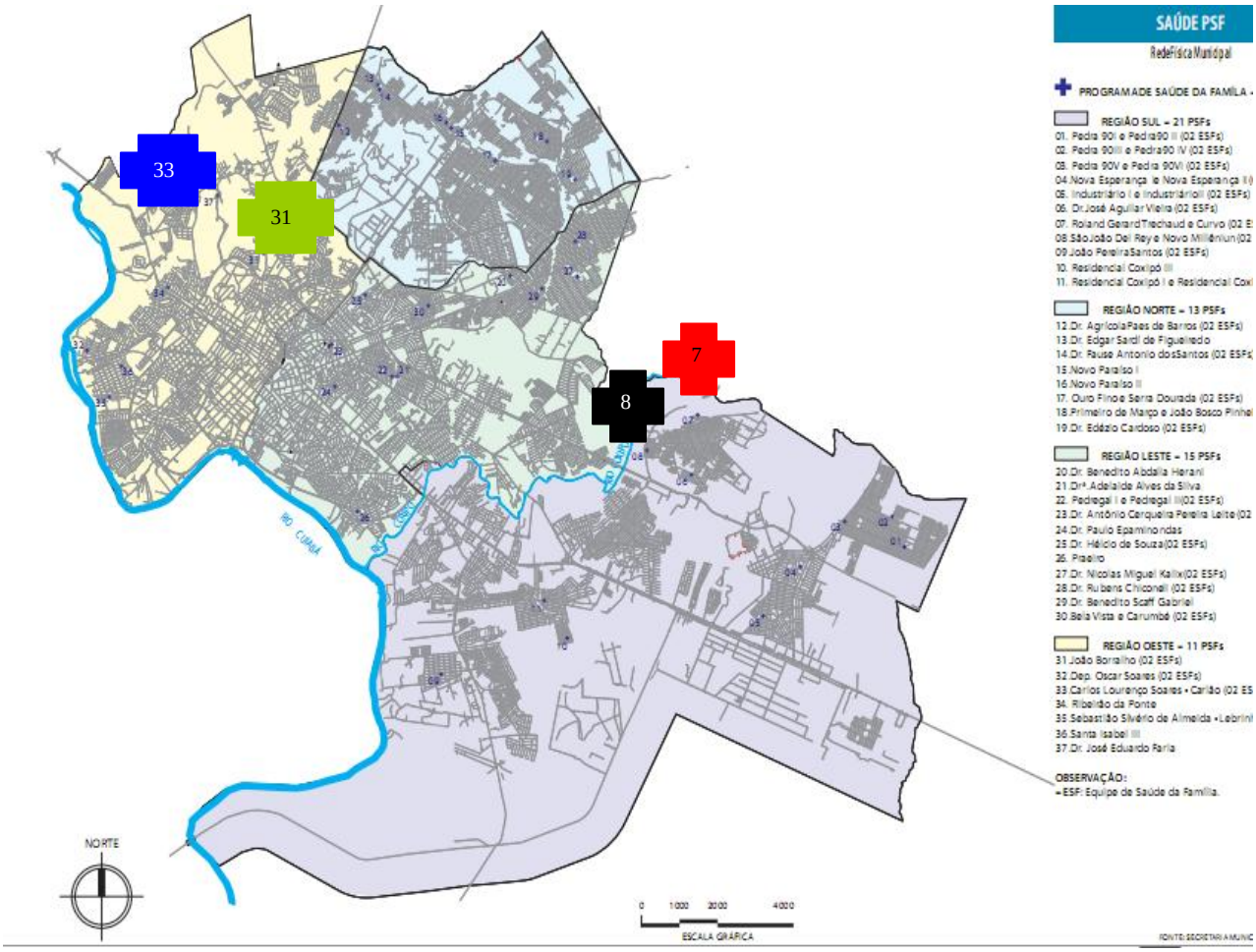
Na região sul as equipes:

a) Novo Millenium, representado pelo número 8 na figura 1 e pertence à unidade de saúde “Novo Millenium” (com adesão ao PMAQ);
b) Jardim Liberdade, representado pelo número 7 na figura 1 e pertencente à unidade de saúde “Roland Gerard Trechaud e Curvo” (sem adesão ao PMAQ).

Outro ponto importante para escolha da área era que as equipes deveriam estar completas segundo critérios da Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006), ou seja, composta de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sendo os ACS em número suficiente para cobrir

100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS. Apesar deste critério, as equipes de SF em Cuiabá, em geral, possuem uma área descoberta para ACS, considerando a característica equilibrada de categorias profissionais entre as equipes, optou-se em manter as equipes escolhidas inicialmente.

Figura 1-Mapa da rede física municipal de saúde/Equipe de Saúde da Família. Cuiabá - MT. 2012.



Fonte: Cuiabá (2013)

No início do trabalho de campo foi necessário excluir a equipe de SF Novo Millenium, pois os ACS desta equipe estariam ausentes do trabalho por 06 meses, devido à capacitação na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. O que prejudicou o atendimento regular aos usuários. A falta dos ACS durante este período fez com que a equipe de pesquisa considerasse a mesma incompleta.

Em relação à equipe de SF Liberdade, após o início da coleta de dados deste estudo, o médico, com vínculo empregatício de contrato temporário de trabalho interrompeu o atendimento por mais de 04 semanas. Este fato acabou coincidindo

com o início de uma greve dos médicos da Atenção Básica no Município de Cuiabá, o que inviabilizou a continuidade da coleta nesta equipe de SF. Com a interrupção das entrevistas nesta equipe, houve uma diminuição da amostra de usuários entrevistados nesta equipe.

6.2 Período

O período da coleta de dados foi de 05 meses, e aconteceu simultaneamente no PSF Colorado I e Liberdade, entre agosto a outubro de 2012 e na equipe do PSF Despraiado I ocorreu em novembro e dezembro de 2012.

6.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta por usuários cadastrados nas Unidades de Saúde pesquisadas e pelos profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS que compõem as equipes de Saúde da Família.

6.4 Critério de Inclusão

Foram incluídos neste estudo sujeitos maiores de 16 anos que concordaram em participar, e também os menores de 0 a 15 anos, representados pelos seus responsáveis.

6.5 Seleção dos Sujeitos de Pesquisa

Foram selecionados todos os usuários que procuraram o serviço para atendimento durante o período do estudo em questão, até completar a amostra e todos os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família e que aceitaram participar do estudo.

A todos os participantes a serem entrevistados foram apresentados os objetivos da pesquisa. Caso aceitassem participar do estudo estes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A e B).

6.6 Amostra

Foi calculada amostra através do Software EPI-INFO versão 3.3.2, com base no número médio de atendimentos de usuários que utilizam as ESF do estudo (média de 4500 atendimentos / 4 meses nas 4 equipes investigadas), 50% de prevalência, 2,5% de erro, 95% de confiabilidade e efeito do desenho de 1,2. Com base nestes parâmetros a amostra final deveria ser de 1146 usuários distribuídos proporcionalmente segundo as demandas das 4 unidades de saúde. Porém, após a exclusão da equipe SF Novo Millenium e a interrupção da coleta de dados na equipe SF Liberdade a casuística ficou em 625 usuários. Foram excluídas, também, 36 entrevistas por inconsistência dos dados, resultando numa casuística final de 599 entrevistas de usuários, assim distribuídos:

a) Equipe SF Despraiado I: 253 entrevistas;
b) Equipe SF Colorado I: 247entrevistas;
c) Equipe SF Jardim Liberdade: 99 entrevistas válidas.

Quanto aos profissionais de saúde que compõem as equipes, quase todos participaram do estudo com exceção de um ACS da equipe SF Colorado I que se recusou a participar do estudo, totalizando assim 22 profissionais.

6.7 Fonte de Dados

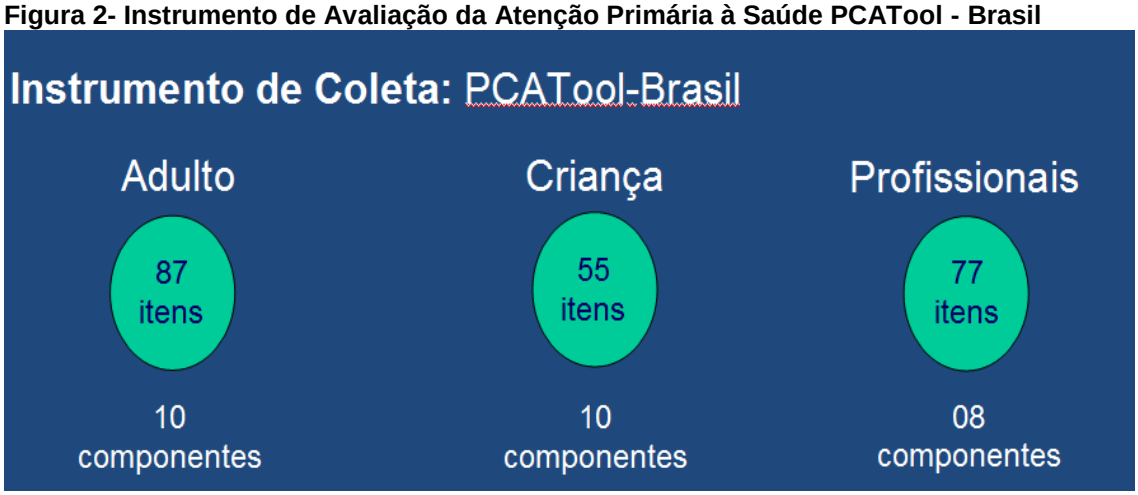
Foram utilizados dados primários coletados por meio da aplicação do formulário PCATOOL - Brasil e realizada pela própria pesquisadora e uma equipe voluntária treinada pela responsável do estudo, composta por 02 enfermeiras, 01 assistente social e três estagiárias. Foram utilizados os relatos e observações relevantes contidos no diário de campo da pesquisadora.

6.8 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi o PCATOOL-Brasil, um instrumento validado no Brasil, com perguntas estruturadas, para pesquisa avaliativa da atenção básica em saúde, conforme a experiência dos usuários e profissionais da ESF (Anexo A). Este instrumento possui três versões (Figura 2): usuário adulto, usuário

criança e profissional e os itens a serem questionados são divididos em componentes constituídos pelas dimensões ou sub-dimensões dos atributos da APS (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Comunitária).

Figura 2- Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde PCATool - Brasil



Fonte: A autora.

6.9 Variáveis do Estudo

Quanto aos usuários, foram consideradas variáveis sócio-demográficas: sexo, idade e escolaridade, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1- Variáveis sócio demográficas dos usuários.

Variáveis	Perfil	Limites
Sexo	Masculino	
	Feminino	
Idade	Criança	0 – 15 anos
	Adulto	16 – 59 anos
	Idoso	> 60 anos
Escolaridade	Baixa escolaridade	Analfabeto, pré escolar, fundamental incompleto e completo
	Alta escolaridade	Médio completo e superior completo

Fonte: A autora.

Quanto aos profissionais as variáveis foram: sexo, idade, qualificação profissional e tempo de trabalho na equipe, conforme demonstrado no quadro 2.

Quadro 2- Variáveis quanto ao perfil dos profissionais das equipes de saúde de família.

Variáveis	Perfil
Sexo	Masculino
	Feminino
Idade	20 - 30 anos
	31 – 40 anos
	> 41 anos
Qualificação profissional	Se não há
	Se há na área de saúde
Tempo de trabalho na equipe	< 1 ano
	1 – 5 anos
	> 5 anos

Fonte: A autora.

Quanto às variáveis relacionadas ao grau de orientação para APS foram considerados os componentes (sub-dimensões) dos atributos da APS, conforme demonstrado no quadro 3.

Quadro 3- Variáveis quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde.

Atributos	Dimensão	Componentes (sub-dimensões)
Atributos essenciais	Acesso de primeiro contato	Utilização
		Acessibilidade
	Longitudinalidade	Afiliação
		Longitudinalidade
	Integralidade	Serviços disponíveis
		Serviços prestados
	Coordenação	Integração de Cuidados
		Sistema de informação
Atributos Derivados	Orientação Familiar	Orientação Familiar
	Orientação Comunitária	Orientação Comunitária

Fonte: A autora.

Na tabela 01, estão representadas as categorias profissionais por equipe de saúde da família avaliada.

Tabela 1- Número absoluto de profissionais por categorias nas Equipes de Saúde da Família, Cuiabá, 2012.

Categoria profissional	Colorado I	Despraiado I	Liberdade
ACS	03	04	03
Auxiliar de enfermagem	-	01	01
Técnico de enfermagem	02	01	01
Enfermeiro	01	01	01
Médico	01	01	01

Fonte: A autora.

Neste estudo, os profissionais “auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem” foram incluídos na categoria “técnica de enfermagem”.

6.10 Plano de Análise

O banco de dados foi digitado no Excel com dupla entrada, sendo a primeira entrada no decorrer da coleta de dados e a segunda entrada após o término da coleta. O banco de dados foi realizado pela pesquisadora e por uma estagiária, e a validação do banco ocorreu manualmente pela própria pesquisadora.

As respostas foram estruturadas seguindo a escala de Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributo ou componente (subdimensão), da seguinte maneira: 1= com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 =provavelmente sim, 4= com certeza sim; 9 = não sei / não lembro.

A avaliação advém do conjunto de escores de cada atributo calculado por média aritmética simples, conforme demonstrado no quadro 4.

Quadro 4- Síntese dos atributos da Atenção Primária à Saúde e cálculos de escore e escala.

(Continua).

Atributos	Definição	Itens [1]	Cálculos
Afiliação	É o componente de estrutura do atributo Longitudinalidade.	VA e VC: A1, A2, A3	Algoritmo: • Todas as respostas NÃO: A1 = A2 = A3 = 0, Grau de Afiliação = 1. • Uma, duas ou três respostas SIM, diferentes, relativas a diferentes serviços: A1 ≠ A2 ≠ A3 ≠ 0, Grau de Afiliação = 2. • Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço: A1 = A2 ou A1=A3 ou A2=A3 e iguais a SIM, Grau de Afiliação = 3. • Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço: A1 = A2 = A3 = 1, Grau de Afiliação = 4.
Utilização	É o componente de estrutura do atributo acesso de primeiro contato	VA e VC: B1 a B3.	VA e VC= $\sum B_{1 a 3} / 3$
Acessibilidade (*)	É o componente processo do atributo acesso de primeiro contato.	VC: C1 a C6 VA: C1 a C12 VP: A1 a A9	VC = $\sum C_{1 a 6} / 6$ VA = $\sum C_{1 a 12} / 12$ VP= $\sum A_{1 a 9} / 9$
Longitudinalidade (**)	É o componente de processo do atributo longitudinalidade, que expressa o vínculo entre a equipe e o usuário.	VC: D1 a D11 VA: D1 a D14 VP: B1 a B13	VC= $\sum D_{1 a 11} / 11$ VA= $\sum C_{1 a 14} / 14$ VP= $\sum B_{1 a 13} / 13$
Integração de cuidados	É o componente de processo do atributo coordenação.	VC: E2 a E6 VA: E2 a E9 VP: C1 a C6	VC= $\sum E2_{a 6} / 5$ VA=$\sum E2_{a 9} / 8$ VP= $\sum C_{1 a 6} / 6$

Quadro 4- Síntese dos atributos da Atenção Primária à Saúde e cálculos de escore e escala.

(Continuação).

Atributos	Definição	Itens [1]	Cálculos
Sistema de informação	É o componente de estrutura do atributo coordenação.	VC e VA: F1 a F3 VP: D1 a D3	VC e VA=$\sum F_{1 a 3}$ / 3 VP= $\sum D_{1 a 3}$ / 3
Serviços disponíveis	É o componente de estrutura do atributo integralidade.	VC: G1 a G9 VA: G1 a G22 VP: E1 a E22	VC= $\sum G_{1 a 9}$ / 9 VA= $\sum G_{1 a 22}$ / 22 VP= $\sum D_{1 a 22}$ / 22
Serviços prestados	É o componente de processo de atenção do atributo integralidade.	VC: H1 a H5 VA(***): H1 a H13 VP: F1 a F15	VC =$\sum H_{1 a 5}$ / 5 VA Sexo Feminino HF= $\sum H_{1 a 13}$ / 13 VA Sexo Masculino HM= $\sum H_{1 a 11}$ / 11 VP = $\sum F_{1 a 15}$ / 15
Orientação familiar	É o componente que considera o contexto familiar do cuidado.	VC: I1 a I6 VA: I1 a I3 VP: G1 a G3	VC = $\sum I_{1 a 6}$ / 6 VA = $\sum I_{1 a 3}$ / 3 VP= $\sum G_{1 a 3}$ / 3
Orientação comunitária	É o componente que reconhece as necessidades de saúde da comunidade.	VC: J1 a J4 VA: J1 a J6 VP: H1 a H6	VC= $\sum J_{1 a 4}$ / 4 VA= $\sum J_{1 a 6}$ / 6 VP =$\sum H_{1 a 6}$ / 6

Quadro 4- Síntese dos atributos da Atenção Primária à Saúde e cálculos de escore e escala.

(Conclusão).

Atributos	Definição	Itens [1]	Cálculos
Escore essencial	É medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes.	∑ componentes dos atributos essenciais	∑ Componentes dos Atributos / Nº. de componentes
Escore geral	É medido pela análise agrupada dos atributos essenciais e derivados da APS.	∑ componentes dos atributos essenciais e derivados	∑Atributos Essenciais + ∑ dos Atributos Derivados / Nº. de componentes
Escala Geral	Caracteriza o grau de orientação do serviço ou sistema de saúde à atenção primária	Escores de cada atributo ou componente gera uma escala de 0 a 10.	(Escore obtido –1)x 10 / 3

Fonte: A autora.
Legenda: [1] - VA – Versão adulto, VC- Versão criança, VP – Versão profissional

(*) Os itens C2, C4 e C5 para a versão criança; os itens C9 a C12 para a versão adulto e o item A9 na versão profissional foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens tiveram seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

(**) O item D11 para a versão criança e o item D14 para a versão adulto, também foram realizados de modo que valor fora invertido. Após inversão dos valores, o escore para este atributo foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

(***) Os itens H12 e H13 (versão adulto) não foram aplicados para homens, portanto nesse componente o escore foi medido sem as somas destes itens quando o entrevistado fora do sexo masculino. Para obter o escore deste componente foi calculado separadamente para entrevistados do sexo feminino e masculino

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não foi calculado o escore deste componente para este entrevistado. E se 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, o valor deste item foi transformado de “9” para “2” (“provavelmente não”). Esta transformação foi necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Para cada entrevistado que não fosse possível calcular o escore em 4 ou mais componente essenciais, não foi atribuído o Escore Essencial da APS, para este entrevistado. No caso da possibilidade de cálculo do escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calculou-se a média dos componentes restantes para o Escore Essencial da APS.

Para cada entrevistado, caso não fosse possível calcular o escore em 5 ou mais componentes, não calculou o Escore Geral da APS para este entrevistado. E caso fosse possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, então se calculava a média dos componentes restantes para o Escore Geral da APS.

Neste trabalho foi utilizado o termo atributo para todos os componentes e subdimensões que compõe a APS.

Os atributos são elementos estruturantes da APS, um serviço provedor de APS deve apresentar de forma indissolúvel os atributos essenciais: “afiliação”, “utilização”, “acessibilidade”, “longitudinalidade”, “integração de cuidados”, “sistema de informação”, “serviços disponíveis”, “serviços prestados”. Quando acrescido dos atributos derivados: “orientação familiar” e “orientação comunitária”, estes qualificam os serviços de APS.

A estratificação dos escores para análise dos resultados foi definida como:

a) Baixo escore de 0 a 2,99;
b) Alto escore de 3 a 4.

Assim, o escore 3 acima pontua positivamente a ESF, e gera uma escala mínima de 6,67 indicando o grau de orientação da ESF para APS. Já o baixo escore, até 2,99 pontua negativamente a equipe.

6.11 Considerações Éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do CPqAM/FIOCRUZ em consonância com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996). Aprovado sob CAAE:03856312.8.0000.5190.

7 RESULTADOS

Resultados serão apresentados quanto ao perfil sócio demográfico dos usuários e profissionais pertencentes às equipes de SF avaliadas; quanto à descrição dos atributos qualificados por profissionais e usuários do estudo e ao grau de orientação para APS das equipes.

7.1 Quanto ao perfil sócio demográfico dos usuários e profissionais da equipes de saúde da família avaliadas

Em relação ao perfil sócio demográfico dos usuários entrevistados (Tabela 2) a análise demonstra que existe uma predominância de mulheres (68,3%), adultos (57,1%) e com baixa escolaridade (78,3%). Sendo que este perfil se mantém nas três Equipes SF.

Tabela 2- Perfil sócio demográfico dos usuários por Equipe de Saúde da Família. Cuiabá, 2012.

	Colorado I		Despraiado I		Liberdade		Total	
Perfil	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Masculino	73	29,5	81	32,0	36	36,4	190	31,7
Feminino	174	70,5	172	68,0	63	54,6	409	68,3
Total	247	100,0	253	100,0	99	100,0	599	100,0
Faixa Etária								
Criança	63	25,5	89	35,2	42	42,4	194	32,4
Adulto	153	61,9	143	56,5	46	46,5	342	57,1
Idoso	31	12,5	21	8,3	11	11,1	63	10,5
Total	247	100,0	253	100,0	99	100,0	599	100
Escolaridade								
Baixa escolaridade	186	75,3	198	78,3	85	85,9	469	78,3
Alta escolaridade	61	24,6	55	21,7	14	14,1	130	21,7
Total	247	100,0	253	100,0	99	100,0	599	100,0

Fonte: A autora

Considerando o número da amostra dos profissionais entrevistados o perfil foi descrito em número absoluto, assim a análise da tabela 2, demonstra que os

profissionais entrevistados foram predominantemente do gênero feminino (n=17), com idade superior aos 30 anos (n=15). No que se refere à qualificação profissional a maioria se especializou na área de saúde, e a equipe Despraiado I apresenta maior número de profissionais qualificados nesta área, contrapondo-se com a equipe Liberdade (Tabela 3).

Dos profissionais entrevistados a maioria trabalha a mais de 05 anos (n=12) nas equipes, neste perfil estão contidos predominantemente profissionais de nível técnico e ACS, enquanto dentre os profissionais de nível superior, 50% deles fazem parte das equipes estudadas há 01 ano ou menos, e estes novatos estão distribuídos igualitariamente nas equipes estudadas. Ainda, quanto ao tempo de trabalho nas equipes, a ESF Colorado I e Liberdade se equivalem, e os profissionais da equipe Despraiado I são os que têm um vínculo mais antigo com o serviço (Tabela 3).

Tabela 3- Número absoluto dos profissionais segundo o perfil por Equipe de Saúde da Família. Cuiabá, 2012.

Variáveis		Colorado I	Despraiado I	Liberdade	Total
Sexo					
	Masculino	01	01	03	05
	Feminino	06	07	04	17
Total		07	08	07	22
Idade					
	20 – 30 anos	03	02	02	07
	31 – 40 anos	01	02	02	05
	> 41 anos	03	04	03	10
Total		07	08	07	22
Especialização					
	Saúde	03	07	02	12
	Outra	01	01	00	02
	Não	03	00	05	08
Total		07	08	07	22
Anos trabalho					
	≤ 1 ano	01	01	01	03
	> 1 até ≤ 5 anos	03	01	03	07
	> 5anos	03	06	03	12
Total		07	08	07	22

Fonte: A autora.

Estratificando-se por categoria profissional, os ACS apresentam os maiores tempos de vínculos de serviço nas unidades estudadas, o que demonstra a alta rotatividade de médicos e enfermeiros na APS de Cuiabá (Tabela 4).

Tabela 4- Número absoluto de profissionais segundo categoria profissional e tempo de serviço. Cuiabá, 2012.

Anos de trabalho	ACS	Técnico de enfermagem	Enfermeiro	Médico
≤ 1 ano	-	-	02	01
> 1 até ≤ 5 anos	01	04	01	01
> 5anos	09	02	00	01

Fonte: A autora

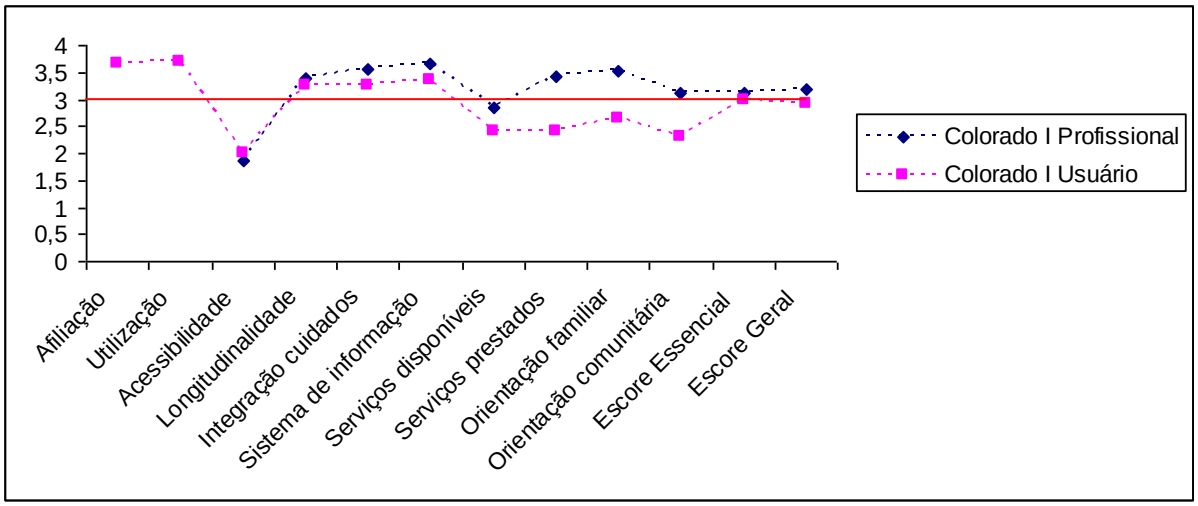
7.2 Quanto à descrição dos atributos qualificados por profissionais e usuários do estudo

Quando da análise dos escores dos atributos da APS na visão dos profissionais, em linhas gerais, esta revela que a “acessibilidade” e “serviços disponíveis” foram os atributos avaliados com baixo escore independentemente da Equipe de SF (Gráficos 1, 2 e 3). O atributo “orientação comunitária” na visão dos profissionais obteve avaliação com baixo escore nas equipes SF Despraiado I e Liberdade (Gráficos 2 e 3).

Em relação à análise dos escores dos atributos da APS na visão dos usuários esta revela que “acessibilidade”, “serviços disponíveis”, “serviços prestados”, “orientação familiar” e “orientação comunitária” foram atributos avaliados com escores baixos, independentemente da equipe avaliada (Gráficos 1, 2 e 3). O atributo “longitudinalidade” foi avaliado com baixo escore apenas na equipe de SF Despraiado I (Gráfico 2).

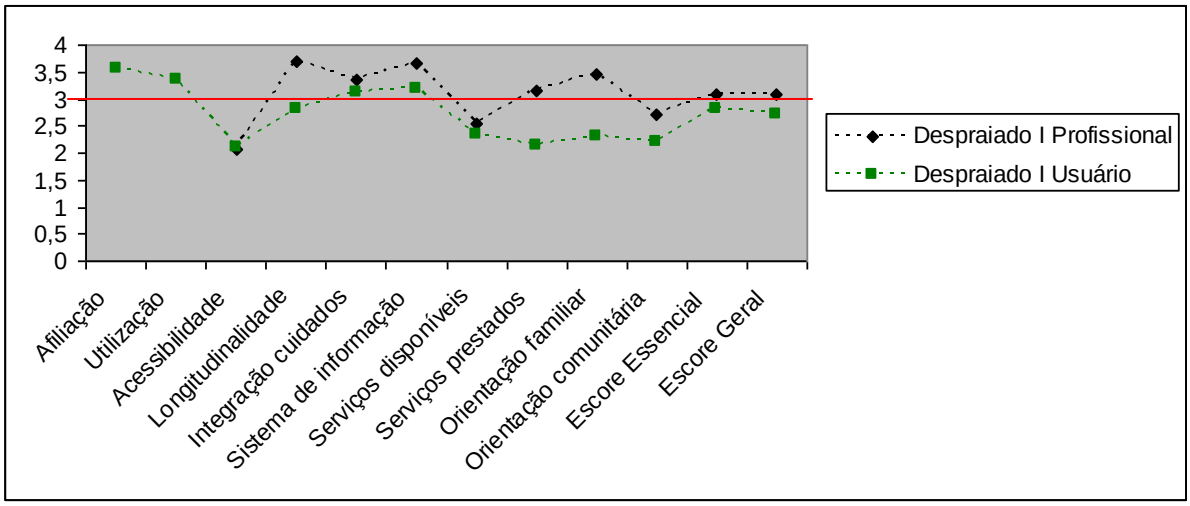
Ao analisar-se a visão dos profissionais e usuários identificou-se uma nítida diferença entre a avaliação dos profissionais e usuários para quase todos os atributos, sendo a avaliação dos usuários menos positiva (Gráficos 1, 2 e 3).

Gráfico 1- Resultados referentes aos atributos da Atenção Primária à Saúde na visão dos usuários e profissionais da ESF Colorado I. 2012. Cuiabá, MT.



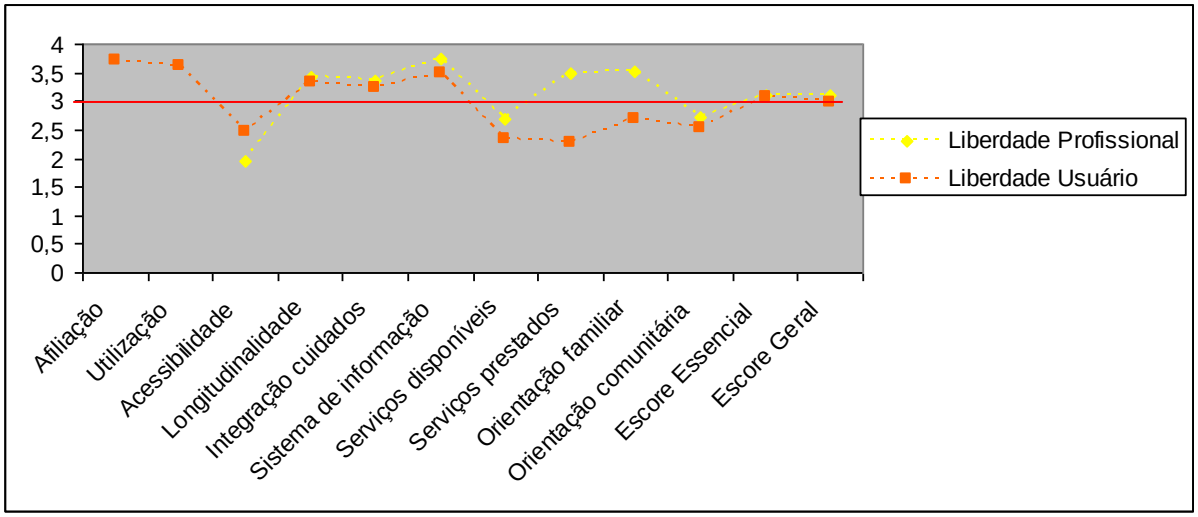
Fonte: A autora.

Gráfico 2- Resultados referentes aos atributos da atenção primária à saúde na visão dos usuários e profissionais da ESF Despraiado I. 2012. Cuiabá, MT.



Fonte: A autora.

Gráfico 3- Resultados referentes aos atributos da atenção primária à saúde na visão dos usuários e profissionais da ESF Liberdade. 2012. Cuiabá, MT.



Fonte: A autora.

Ao estratificar-se a categoria profissional por equipe de SF estudada a análise dos atributos apresenta resultados relevantes:

Quanto à equipe SF colorado I:

A análise dos atributos conforme as categorias profissionais na ESF Colorado I revela que o enfermeiro e o médico avaliaram a “Orientação Comunitária” com baixo escore (Apêndice D).

Quanto à equipe de SF Despraiado I:

A análise dos atributos da APS conforme a categoria profissional revela que o atributo “orientação comunitária”, foi avaliado com baixo escore pelos profissionais (n=06), exceto a enfermeira o avaliou positivamente (Apêndice E).

Em relação ao profissional o médico avaliou com baixo escore os seguintes atributos: “acessibilidade”, “integração de cuidados”, “serviços disponíveis”, “serviços prestados” e “orientação comunitária” (Apêndice E).

Quanto à equipe de SF Liberdade:

A análise dos atributos da APS conforme a categoria profissional revela que o enfermeiro desta equipe tem uma visão positiva dos atributos, exceto quanto à “acessibilidade” (Apêndice F).

Entretanto o médico e a técnica de enfermagem foram as categorias que avaliaram a equipe com menor escore: a técnica de enfermagem avaliou negativamente os atributos “acessibilidade”, “longitudinalidade”, “serviços disponíveis” e “orientação comunitária”; e o médico a “acessibilidade”, “integração de cuidados”, “serviços disponíveis”, “orientação familiar” e “orientação comunitária” (Apêndice F).

A análise dos atributos da APS das equipes segundo o perfil dos usuários mostrou que os resultados relevantes foram:

Na equipe SF Colorado I o atributo “Orientação Familiar” foi avaliado com baixo escore na faixa etária das crianças (52,4%) e adultos (57,5%), diferentemente dos resultados encontrados para os idosos (51,6%) que avaliaram o mesmo atributo com alto escore (Apêndice D).

Já para a equipe SF Despraiado I destaca-se o atributo “longitudinalidade” que foi bem avaliado apenas pelos idosos (66,7%) (Tabela 12 – apêndice J), e pelo sexo masculino (51,8%) (Apêndice E).

A análise na equipe SF Liberdade revelou que nos atributos “acessibilidade” e “Orientação Familiar” houve diferença entre as faixas etárias, as crianças avaliaram com alto escore estes dois atributos (64,3 e 54,7% respectivamente). Já para os adultos e idosos, estes dois atributos foram piores avaliados com a quase totalidade desses usuários (97,8% e 100% respectivamente) avaliando a “acessibilidade” muito mal (Apêndice F).

A análise segundo o gênero revela que para as mulheres (58,7%) a avaliação do atributo “orientação familiar” acompanha o resultado geral que é de má avaliação, no entanto, os homens (61,1%) avaliam bem este item (Apêndice F).

7.3 Quanto o grau de orientação para APS das equipes estudadas:

Quando da análise da média dos escores essenciais dos atributos na visão dos profissionais de saúde foi considerada boa para as três unidades de saúde investigadas, assim como a visão dos usuários para as ESF Colorado I e Liberdade (Tabela 5).

A análise do escore geral revelou que todos os profissionais avaliaram bem suas unidades de saúde, diferentemente do que foi observado na visão dos usuários, onde os escores gerais foram mal avaliados (tabela 5).

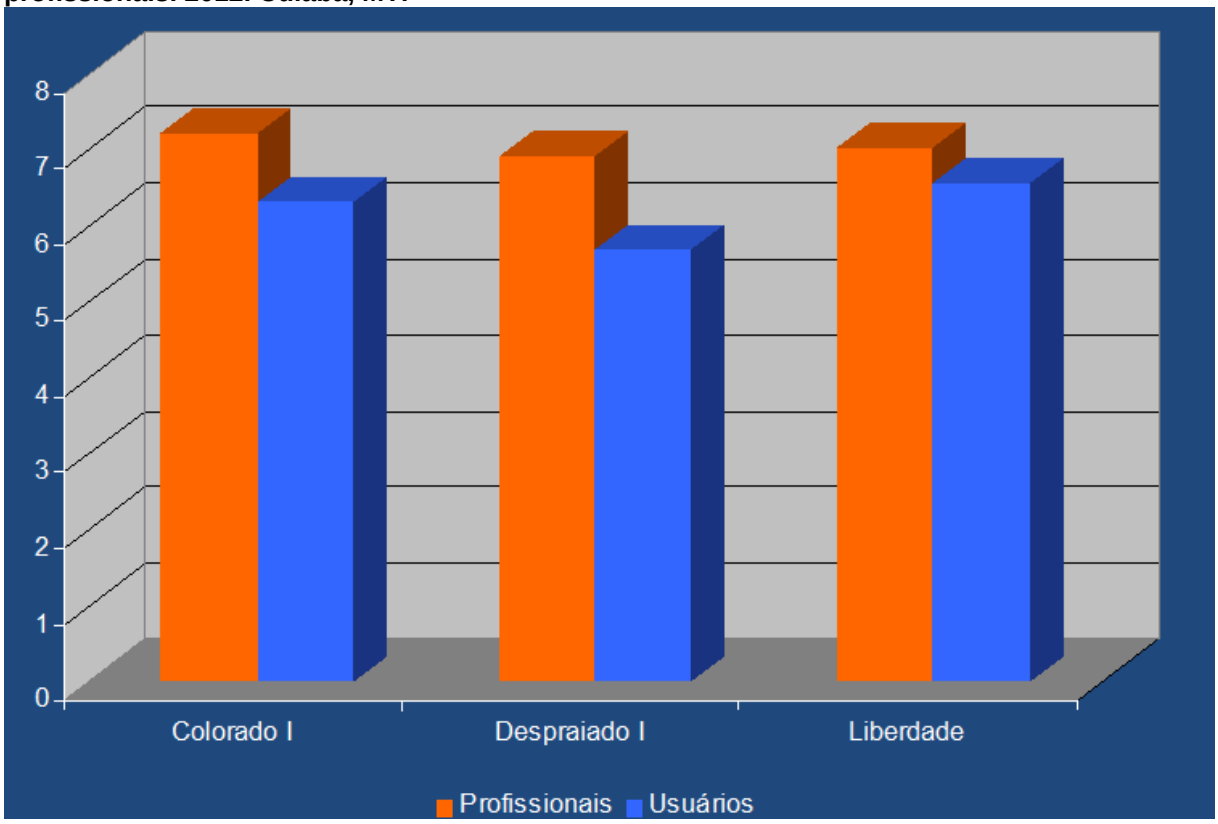
Esta análise gerou uma escala final com a mesma avaliação por tipo de sujeitos envolvidos na pesquisa, ou seja, quanto à orientação da APS das equipes estudadas na visão dos profissionais todas tem direcionamento para APS, e na visão dos usuários todas tem orientação para unidades tradicionais de saúde (Gráfico 4).

Tabela 5- Média dos escores e escala conforme os profissionais e usuários nas Equipes de Saúde da Família. Cuiabá, 2012.

	Colorado I		Despraiado I		Liberdade	
Escore	Profissional	Usuário	Profissional	Usuário	Profissional	Usuário
Afiliação	-	3,67	-	3,56	-	3,70
Utilização	-	3,70	-	3,34	-	3,62
Acessibilidade	1,88	2,01	2,08	2,10	1,94	2,46
Longitudinalidade	3,38	3,25	3,71	2,82	3,41	3,34
Integração cuidados	3,55	3,25	3,35	3,12	3,36	3,23
Sistema de informação	3,67	3,35	3,67	3,18	3,76	3,50
Serviços disponíveis	2,84	2,41	2,54	2,35	2,68	2,33
Serviços prestados	3,41	2,42	3,14	2,12	3,50	2,28
Orientação familiar	3,52	2,64	3,46	2,32	3,52	2,69
Orientação comunitária	3,12	2,32	2,71	2,21	2,71	2,54
Escore Essencial	3,12	3,00	3,08	2,82	3,11	3,06
Escore Geral	3,17	2,90	3,08	2,71	3,11	2,97
Escala	7,24	6,33	6,93	5,70	7,03	6,57

Fonte: A autora.

Gráfico 4- Grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na visão dos usuários e profissionais. 2012. Cuiabá, MT.



Fonte: A autora.

8 DISCUSSÃO

Em relação às características sócio-demográficas dos usuários entrevistados, observou-se uma predominância de mulheres, adultos e com baixa escolaridade, sendo uma característica da própria população brasileira, como demonstrado por Macinko e Lima-Costa (2012). Este resultado converge para estudos como Moimaz (2010), Couto (2010), Schwartz (2010), Facchini (2006) e Gouveia et al. (2009) que analisaram o uso dos serviços de saúde utilizando os recortes: etário, sexo e escolaridade.

De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens (MOIMAZ et al., 2010). Este referencial explica-se em parte pelas variações no perfil das necessidades de saúde entre os gêneros, incluindo-se demandas associadas à gravidez e ao parto. Mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal, as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (COUTO, 2010).

A presença feminina foi observada na maioria das atividades em todas as equipes de saúde da família avaliadas, elas representam melhor a clientela, tanto em termos de freqüência, quanto familiaridade com o espaço e a lógica de organização, ou seja, são maioria nas consultas, nas salas de espera, nas filas, nos grupos e nas áreas de circulação, achado similar descrito por Schwartz et al. (2010). A ESF Colorado I dedica um período de atendimento na semana para a saúde do homem, porém ainda, pouco freqüentado por eles.

Os estudos de Facchini (2006), Gouveia et al. (2009) e Schwartz et al. (2010) mostraram que a maior proporção dos usuários do SUS e especificamente de ESF são indivíduos com baixa escolaridade e de estratos econômicos menos privilegiados.

Considerando o perfil dos profissionais entrevistados foi predominantemente do gênero feminino com idade superior aos 30 anos. Sendo a feminilização da força de trabalho em saúde recorrente, conforme Machado (2000) os dados relativos a distribuição dos profissionais segundo sexo, constata-se que a ESF absorve mais mulheres em suas equipes de trabalho e a relação entre os profissionais do sexo feminino e masculino, na medicina, é mais equilibrada, 44,05% dos médicos no Programa são mulheres. Quanto à enfermagem, observa-se que 90,91% destes

profissionais são do sexo feminino, não fugindo a caracterização peculiar dessa profissão, que é composta quase que exclusivamente de mulheres. Este resultado também foi demonstrados em estudos similares como por Ibañez et al. (2006); Canesqui e Spinelli (2008), que também refere à mediana de idade dos profissionais de saúde de 36 anos.

Corroborando com os dados sobre faixa etária, Machado (2000) relata que a ESF apresenta uma alta concentração de profissionais na faixa entre 30 a 49 anos (66,62% dos médicos e 58,69% dos enfermeiros) e na faixa mais jovem (de até 29 anos), encontram-se apenas 19,12% dos médicos e 36,58% dos enfermeiros.

Contribuindo com este achado o que já havia sido observado por Carneiro e Gouveia (2004), sendo o Brasil um país onde a medicina é exercida principalmente por médicos com menos de 45 anos de idade. Estes autores ainda mostraram que a profissão médica é exercida principalmente por homens, porém com crescimento acentuado do número de mulheres jovens nesta profissão.

As ESF Colorado I, Despraiado I e Liberdade apresentam seu quadro de trabalhadores equilibrado entre as categorias profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. No que se refere à qualificação profissional a maioria se especializou na área de saúde, porém, não necessariamente em saúde da família, sendo que a equipe Despraiado I apresenta maior número de profissionais qualificados nesta área. Seus ACS possuem curso técnico na área saúde, contrapondo-se com a equipe Liberdade que seus ACS não possuem cursos além do ensino médio.

O ACS desponta como o elo que possibilita a confiança e o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida. Contudo, sua “formação” para o desempenho dessas funções precisa ser revista, considerando a amplitude do seu papel. A profissionalização dos ACS deve ser concebida como um processo voltado para a realidade em que está inserido, de forma sistemática. Essa percepção do ambiente e da cultura local deve estar claramente presente no desempenho de suas funções. Esse olhar se fundamenta no fato de que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde (MARZARI et al., 2011).

A Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso indica esforços na capacitação de profissionais para a ESF, como já descrito por Canesqui e Spinelli (2008). Atualmente se observa através de cursos oferecidos pela Escola de Saúde

Pública do Estado de Mato Grosso, como qualificação para ACS, especialização *latu sensu* em saúde pública e saúde da família. Além de oficinas de Capacitação para formação de apoiadores institucionais da atenção primária, oferecidos pelas Superintendências de Atenção á Saúde e Vigilância em Saúde.

Dos profissionais entrevistados a maioria trabalha a mais de 05 anos nas equipes, neste perfil estão contidos predominantemente profissionais de nível técnico e ACS, o que demonstra a alta rotatividade de médicos e enfermeiros na APS de Cuiabá. A rotatividade dos profissionais de nível superior das equipes de saúde da família em Mato Grosso também foi relatada por Canesqui e Spinelli (2008), comprometendo a vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades.

Considerando que no Brasil 45,88% dos médicos e 43,67% dos enfermeiros são incorporados ao PSF por meio de contratos temporários. Sendo que na região Centro-Oeste cerca de 50% dos médicos e dos enfermeiros são contratados pelo regime celetista (MACHADO, 2000), e em Cuiabá este vinculo predomina em 47,03% dos trabalhadores em saúde, e na atenção básica são 52% de prestadores de serviço (CUIABÁ, 2013), portanto predomina a precariedade dos vínculos empregatícios.

Este fenômeno da flexibilização das relações de trabalho verificadas na ESF, aliado a grande oferta de vagas para os médicos em outros municípios, muitas vezes com melhores salários, além da busca constante desses profissionais por melhores condições de trabalho e de qualidade de vida, resultam em freqüentes mudanças dos mesmos. Esta situação compromete a continuidade do Programa e, principalmente, a relação com a comunidade no que diz respeito, por exemplo, a sua credibilidade e da Secretaria Municipal de Saúde que o adota.

Os ACS, conforme consta em documentos oficiais é reconhecido pela pertença a uma comunidade e pelo seu saber popular (BRASIL, 2006a), é um trabalhador com a incumbência principal de constituir-se como elemento de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade (MARZARI et al., 2011). Através da Emenda Constitucional nº 51/06 (BRASIL, 2006b) proporcionou a desprecarização da relação de trabalho dos ACS, com o aproveitamento do trabalho realizado, dando continuidade, quando prevê a dispensa de submissão ao processo seletivo público para estes profissionais que, na data de promulgação da referida Emenda, estavam desempenhando suas atividades de ACS, portanto, uma atitude humanizadora, que

proporcionou maior tempo de atuação e a alguns destes ACS em Cuiabá pertencem às equipes desde sua implantação.

No estudo apresentado por Silva et al. (2011), realizado em Alfenas- MG, todos os enfermeiros entrevistados têm mais de um ano no serviço e 62,5% trabalham há mais de quatro anos, e sugere que o tempo de serviço pode estar relacionado com o conhecimento das atribuições, diretrizes, metas, objetivos da Estratégia assim como da organização do trabalho na unidade.

Quando da análise dos escores dos atributos da APS na visão dos profissionais e usuários, em linhas gerais, esta revela que a “acessibilidade” foi o atributo avaliado com baixo escore independentemente da ESF e do perfil dos usuários. Este resultado é similar a alguns estudos de avaliação (CHOMATAS, 2009; IBAÑEZ et al., 2006; KOLLING, 2008; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; MODES, 2011; SALA et al., 2011; STRALEN et al., 2008) que mostraram de forma geral, o acesso, em especial a acessibilidade, continua um nó crítico, embora a sua melhoria tenha sido uma das principais conquistas das ESF (GUIMARÃES, 2013; HARZHEIM et al., 2006; STARFILD, 2002).

O acesso equitativo aos serviços de saúde é de grande importância para diminuir os diferenciais quanto à exposição dos fatores de risco e suas consequências para a saúde dos indivíduos e grupos, assim como a vulnerabilidade (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

O advento do SUS no Brasil aumentou o acesso aos cuidados de saúde para uma proporção substancial da população brasileira (PAIM et al., 2011), desde o início do ano 2000 tem havido aumento na oferta de cuidados primários, serviços de diagnóstico e atendimento especializado, e isso pode ter resultado na maior utilização destes serviços. Por outro lado, existem altas taxas de hospitalização entre as pessoas de baixa renda, que pode representar a falta de acesso a alguns serviços de prevenção ou o uso de hospitais como um substituto para a atenção básica (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012).

Os problemas de acesso não se esgotam nas características socioeconômicas individuais, reflete também problemas de oferta e organização de serviços de saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008), não se tratando apenas de insatisfação de usuários para com o atendimento, pois os profissionais também atribuem uma avaliação baixa ao acesso.

Isso sugere que a introdução da saúde da família não implica necessariamente uma melhoria de acesso (STRALEN et al., 2008).

Dessa forma, pode-se dizer que a ESF provavelmente ainda se está longe de produzir uma reorientação da atenção primária, tal como preconizada pelo discurso oficial. O fato de que as equipes da Saúde da Família não conseguem avançar nessa perspectiva de acesso, pode ser resultado de uma estratégia ainda em construção. Entretanto, a dificuldade de estratégias de organização ou reorientação da atenção básica em obter os resultados almejados, poderá apontar para problemas sobre os quais a Estratégia Saúde da Família não consegue atuar (STRALEN et al., 2008).

Alguns depoimentos percebidos durante a entrevista dos usuários neste estudo, sobre acessibilidade e utilização do serviço predominam entre outras dificuldades, especialmente a obtenção de consulta médica, que para marcação da consulta em caso de eventos agudos devem enfrentar filas na madrugada e marcar para o outro dia, queixa já não observada pelos pacientes inseridos nos programas como pré natal, puericultura, hipertensão, diabetes, grupo de idosos, hanseníase ou tuberculose, pois suas consultas são agendadas a cada retorno.

Conforme também apontado por Chomatas (2009), a acessibilidade avaliada no PCATool, em alguns itens, considera a disponibilidade da equipe para o atendimento dos usuário fora do horário normal de funcionamento da unidade, como períodos noturnos e final de semana, principalmente relacionados a eventos agudos. Este não corresponde ao modelo de atenção primária aplicada no Brasil. O que nos faz refletir a necessidade sobre os limites do instrumento de avaliação ou 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.

É conveniente ressaltar que a organização da atenção primária em Cuiabá está estruturada com Equipes de Saúde da Família com funcionamento diurno e de segunda a sexta feira, contudo, de baixa cobertura populacional (38,2%). Porém, o município de Cuiabá dispõe de policlínicas (unidades municipais de urgências), que atendem as demandas de eventos agudos e em horários que as unidades de ESF não estão abertas.

Embora, a ESF foi concebida para expandir o acesso à atenção primária e coordenar a integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial

especializada, hospitalar secundária e terciária, rede de serviços de urgência e emergência, e a rede de serviços de atenção à saúde mental e de outros serviços. Em contraste com o esperado, o índice de avaliação da “acessibilidade” continua baixo, e o atributo “utilização” parece funcionar bem como porta de entrada e a procura da unidade é claramente reconhecida pelos usuários como necessária para acesso a uma consulta com especialista (SALA et al., 2011; STRALEN et al., 2008).

Quanto o atributo “longitudinalidade” o resultado, em geral, sugere que as equipes de saúde da família estabelecem um vínculo forte entre profissionais e os usuários, principalmente associado ao resultado positivo para o atributo “afiliação”.

Estratificando por categoria profissional e perfil do usuário, o resultado para “longitudinalidade” foi representado com alto escore na ESF Colorado I, independentemente da categoria profissional e perfil dos usuários, e na ESF Liberdade, com exceção da equipe técnica de enfermagem. A ESF Despraiado I se contrapõe na avaliação deste atributo sendo alto escore na visão dos profissionais, e baixo escore para os usuários em especial para as crianças, adultos, mulheres e alta escolaridade.

O resultado geral converge para os estudos realizados no país (CHOMATAS, 2009; IBAÑEZ et al., 2006; KOLLING, 2008; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; MODES, 2011; SALA et al., 2011; STRALEN et al., 2008), e pressupõe que as equipes avaliadas são capazes de identificar sua população adscrita e este reconhecimento reflete em uma relação interpessoal intensa que expressa a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

Este aspecto é bastante positivo, já que a assistência à saúde baseado na APS deve apostar no estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1994).

As unidades básicas tradicionais de saúde conforme estudos realizados (CHOMATAS, 2009; STRALEN et al., 2008) apresentam baixo escore para o atributo “longitudinalidade”. A ESF Despraiado I segue esta tendência onde a baixa avaliação quanto ao vínculo foi observada também em forma de queixas dos usuários na escuta durante as entrevistas. Como exemplos pode-se citar: “falta de interesse do médico”, “pouca comunicação entre médico e paciente”, “a enfermeira anterior atendia melhor”, “aqui é uma comédia”, “eles escolhem quem vai ser atendido, só quem é amigo dos ACS”.

Neste sentido é possível considerar que a concepção de vínculo pode estar associada a três fatos: na percepção da consciência do poder de luta; vinculado a condição de saúde do indivíduo; empatia que estabelece com a equipe; comprometimento da equipe.

Conforme Schimith e Lima (2004), a noção de vínculo que a ESF implanta é a de conhecer as pessoas e seus problemas, e deve ser extensiva a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. Desse modo, dentre as categorias profissionais entrevistadas a única que mal avaliou a “longitudinalidade” foi a equipe técnica de enfermagem da ESF Liberdade, e a noção de vínculo deve ser um produto de toda a equipe para que esta tenha melhor resolutividade.

Nas observações realizadas durante o processo de coleta de dados pode-se perceber usuários que frequentavam diariamente as unidades, principalmente Colorado I e Despraiado I, chamado pelos profissionais de “fregueses”. Neste contexto, identifica-se que existe um conceito predeterminado do usuário, definindo-o como portador de necessidades emocionais, ou seja, a somatização é a forma predominante do processo saúde-doença. É possível que suas necessidades de saúde não estejam sendo ouvidas e, portanto, não atendidas, por isso o retorno insistente (SCHIMITH; LIMA, 2004).

O atributo “integração do cuidado” recebeu uma boa avaliação por usuários e profissionais de todas as equipes de saúde da família avaliada, embora na ESF Despraiado I e Liberdade tenha sido pontuado por baixo escore pelos médicos.

O atributo “sistema de informação” recebeu uma boa avaliação por usuários e profissionais de todas as equipes de saúde da família avaliada.

Observando vários estudos os resultados não são homogêneos. No estudo apresentado por Ibañez et al. (2006), no município de São Paulo, há uma diferença entre a avaliação dos profissionais que avaliam bem estes atributos e usuários que o avaliam mal. Nos resultados apresentados por Stralen et al. (2008) nos municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul, e Leão, Caldeira e Oliveira (2011) em Montes Claros-MG, o atributo coordenação na visão dos usuários é razoável, com valor próximo do ponto de corte. E os resultados apresentados por Chomatas (2009) em Curitiba, e Kolling (2008) nos municípios do Rio Grande do Sul, na visão dos profissionais os escores são positivos para estes atributos. No estudo apresentado

por Sala et al. (2011) no município de São Paulo, este atributo teve um bom desempenho.

A coordenação representada pela integração de cuidados e sistema de informação 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 anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados (BRASIL, 2010).

Neste sentido, pensando-se no cuidado global do paciente, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços, com um sistema de referência e contra referência sistematizada. O estudo apresentado por Modes (2011), sobre a avaliação da atenção básica em Cuiabá, aponta que os serviços de saúde acessados não realizam a contra-referência de forma efetiva, pois não entram em contato com a unidade e não enviam nenhum tipo de informação sobre o atendimento oferecido. Este fato também foi observado neste estudo no relato dos profissionais médicos das equipes de saúde da família avaliadas, o que revela a falta de integração entre as equipes e outros serviços, favorecendo a descontinuidade de assistência à saúde e dificultando a integralidade, que é um dos princípios básicos do SUS.

O atributo “serviços disponíveis” quando da análise na visão dos profissionais e usuários, em geral, sua avaliação apresenta com baixo escore. Quanto ao atributo “serviços prestados” a avaliação na visão dos profissionais é positiva nas equipes de saúde da família avaliada, diferindo da opinião dos usuários que avaliam mal este atributo.

Estudos anteriores apresentam resultados positivos, na visão dos profissionais, para integralidade tanto na forma de “serviços disponíveis” como “serviços prestados”, como apontado por Ibañez et al. (2006); Stralen et al.(2008); Kolling (2008); Chomatas (2009).

Na visão dos usuários estudos corroboram com o resultado de baixo desempenho das equipes de saúde da família quanto aos atributos “serviços disponíveis” e “serviços prestados” (IBAÑEZ et al., 2006; STRALEN et al., 2008), embora o estudo apresentado por Leão, Caldeira e Oliveira (2011) sobre os atributos da atenção primária em Montes Claros-MG, demonstra escores aquém do desejado

para “serviços disponíveis” e escores positivos para “serviços prestados”, e o estudo de Sala et al. (2011) no município de São Paulo se contrapõe aos resultados anteriores, considerando que a avaliação foi positiva para ambos os atributos.

Este resultado mostra que em geral para os profissionais e os usuários não há melhoria significativa do elenco de serviços ofertados pela saúde da família. Pode-se perceber este resultado no relato destes profissionais durante a entrevista, onde houve queixa quanto à organização da equipe, ausência de reuniões entre os profissionais para planejamento e programação das ações.

O baixo emprego das reuniões para a análise dos indicadores de saúde e sócio-econômicos, das discussões dos casos clínicos e de seminários, das oficinas de planejamento, foi apontado por Canesqui e Spinelli (2008), no estudo o perfil e julgamento dos médicos e enfermeiros em Mato Grosso.

Nesse sentido reflete a percepção dos usuários e demonstra a necessidade das equipes de saúde da família disponibilizar mais serviços para atenderem às necessidades básicas de saúde da população, incluindo insumos como vacinas e medicamentos e também melhor utilizá-los.

Registra-se também a necessidade de uma melhor qualificação dos profissionais em relação aos cuidados no manejo das condições mais comuns e de grande impacto na saúde geral das famílias e da comunidade (tais como alcoolismo, uso de drogas, problemas de saúde mental, entre outros). Torna-se necessário, a ampliação do escopo de atuação dos serviços de saúde, conforme já apontado por Harzheim, Stein e Álvarez-Dardet (2004).

Quando da análise dos resultados para os atributos “orientação familiar” na visão dos profissionais, em geral, foi avaliado com alto escore.

Estratificando a categoria profissional, na ESF Despraiado I a equipe técnica de enfermagem avaliou negativamente este atributo, nesta direção segue o médico da ESF Liberdade.

Estudos semelhantes que avaliaram os atributos da APS na visão dos profissionais apresentam resultados de escores positivos (CHOMATAS, 2009; IBAÑEZ et al., 2006; KOLLING, 2008; STRALEN et al., 2008).

Entretanto, a visão dos usuários diverge dos profissionais apresentando resultados com baixo escore em todas as equipes de saúde da família estudada.

Desta forma, estudos anteriores (IBAÑEZ et al., 2006; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; SALA et al., 2011, STRALEN et al., 2008) corroboram com o resultado geral de baixo escore para este atributo na visão dos usuários.

Estratificando a faixa etária nos usuários do ESF Liberdade, os responsáveis pelas crianças avaliam positivamente a "orientação familiar", e é possível considerar que elevados escores de "longitudinalidade", se dê em função da assistência à saúde infantil pressupõe maior vínculo com a família (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Da mesma forma os idosos da ESF Colorado I, avaliaram positivamente este escore. O que pode ser explicado pelo fato desta equipe realizar atividades envolvendo grupo de idosos, o que estreita os laços afetivos, promove maior interação com a família. Isto tudo se aliando ao fato desta ESF possuir colaboração e parceria nesta ação com as seguintes instituições: Centro de Referência de Assistência Social do Bairro Novo Colorado, Universidade Federal de Mato Grosso com estagiários de medicina, enfermagem e educação física, promovendo a interação com o ensino e pesquisa.

Contudo, das ESF estudadas quais realizam visitas estruturadas pela equipe, além do ACS, são as ESF Colorado I e Liberdade, sendo que primeira tanto o médico como enfermeiro realizam em dias específico da semana e na outra somente o enfermeiro realiza visitas. Como relata Cruz e Bourget (2010) é preciso lembrar que ações no domicílio implicam em desafios para os profissionais ao aproximar suas ações da dinâmica de vida das famílias atendidas, englobando seus aspectos culturais, sociais, religiosos e afetivos na maneira de lidar com questões relativas à saúde de seus membros, e que a visita domiciliária é um espaço privilegiado para o diálogo e a troca de saberes.

Quando da análise do atributo "orientação comunitária", na visão dos profissionais, em geral, obteve uma avaliação razoável (50% com resultados positivos). Ao observar o escore de atributo por equipes de saúde família na visão dos profissionais encontra-se resultado positivo apenas para ESF Colorado I.

Estratificando a categoria profissional na análise da "orientação comunitária" nas equipes pode-se observar resultados com baixo escore segundo o médico e a enfermeira da ESF Colorado I; os ACS, técnica de enfermagem e o médico na ESF Despraiado I. Trata-se de valores baixos e aquém do esperado considerando os princípios e as diretrizes da Saúde da Família.

Contrapondo com resultados esperados para este atributo, o que nos chama atenção é, principalmente, a avaliação negativa dos próprios ACS da ESF Despraiado I. Considerando que a concepção deste atributo é o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços, o que reflete diretamente as ações dos ACS.

Na visão dos usuários o atributo “orientação comunitária” foi avaliado com baixo escore, independentemente da equipe de saúde da família estudada, este dado se converge com estudos anteriores (ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006; STRALEN et al., 2008; SALA et al., 2011), revelando as mesmas dificuldades do enfoque familiar. Diferentemente do estudo apresentado por Leão, Caldeira e Oliveira (2011) em Montes Claros-MG, onde o resultado foi positivo.

A avaliação negativa para a “orientação comunitária” pode estar associada à presença de áreas descobertas de ACS, em todas as equipes estudadas. É possível considerar que as ações de visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais, mas principalmente pelos agentes comunitários de saúde, facilita a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias da comunidade.

Há uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde. Para quase todas as dimensões a avaliação dos usuários é menos positiva, estudos anteriores (ELIAS et al., 2006; KOLLING, 2008; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; STRALEN et al., 2008) apontam a tendência da avaliação do serviço de saúde pelos usuários menos favorável do que os profissionais que atuam no serviço.

A análise da média do “escore essencial” dos atributos da APS composto por “afiliação”, “utilização”, “acessibilidade ao serviço”, “longitudinalidade”, “serviços disponíveis”, “serviços prestados”, “integração de cuidados” e “sistema de informação”, na visão dos profissionais de saúde foi considerada boa para as três unidades de saúde investigadas. Da mesma forma foi observado segundo os usuários das ESF Colorado I e Liberdade.

É plausível admitir que as equipes utilizadas com fonte regular de atenção à saúde estão fornecendo atenção em consonância com os atributos essenciais da APS (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Considera-se a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, e da orientação comunitária das ações. Um serviço de APS se caracteriza pela presença dos atributos essenciais que, combinados, são exclusivos da atenção primária, sendo esta qualificada pela presença dos atributos derivados, a orientação familiar e comunitária (BRASIL, 2010; STARFILD, 2002).

Desse modo, é possível considerar que em relação ao valor do escore derivado ainda é necessário que os serviços de saúde aprimorem as ações que têm como foco a família e a comunidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Na análise conjunta dos atributos (essencial e derivado), o “escore geral”, na visão dos profissionais, registra valor acima do referido como ideal. Este resultado pode ser percebido em outros estudos anteriores (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS, 2009; ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006; KOLLING, 2008; STRALEN et al., 2008)

Na direção oposta segue o valor registrado pelos usuários. Este resultado de baixo escore se converge com o apresentado por Castro et al. (2012) em seu estudo no município de Porto Alegre. Porém, são encontrados estudos com resultados não homogêneos como os que apontam um valor razoável do escore geral, como o relatado por Ibañez et al. (2006) apontando o nível de satisfação em 50% em média e a percepção dos usuários quanto à atenção básica dos municípios de São Paulo, o que de certa forma a qualifica como pouco satisfatória.

Leão et al. (2011) registra que as ESF avaliadas em Montes Claros-MG, estão próximas do valor referido como ideal. O estudo descrito por Elias et al (2006) apresenta um valor positivo para escore geral no município de São Paulo, como bastante satisfatório, este valor alcançado reitera as potencialidades para a estruturação de uma rede de atenção primária voltada às expectativas de usuários.

Segundo Castro et al. (2012) pode-se perguntar se o alto “escore geral” atribuído pelos profissionais é conseqüência do conhecimento, apenas teórico, que estes têm sobre a “orientação familiar” e “orientação comunitária” na ESF. Ou ainda, se o baixo escore geral atribuído pelos usuários é conseqüência 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.

Quanto à análise do grau de orientação à APS de cada ESF avaliada, na visão dos profissionais, todas têm orientação para APS. Discordando da avaliação dos usuários.

Com base neste resultado pode-se considerar que o grau de orientação à APS de cada equipe de saúde da família avaliada, na visão dos usuários, identifica um trabalho parecido com as unidades básicas de saúde tradicionais. Desta forma pode-se dizer que a mudança no processo de trabalho ainda não se deu por completo nestas equipes, e ainda é um processo em construção. Embora os profissionais carreguem consigo o discurso da APS.

Pode-se considerar também, que os usuários ainda não percebem as equipes da forma como é pensada na política, onde a ESF foi definida como estratégia para reorganização do modelo assistencial do SUS. Centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além da prática curativa (BRASIL, 2006a).

Este estudo apresenta algumas limitações que precisam ser levadas em conta:

Um aspecto a ser considerado é o período do estudo que foi marcado por reformas nas estruturas físicas nas ESF Despraiado I e Liberdade. A ESF Despraiado I não realizou atendimentos durante 03 meses, e a ESF Liberdade atendia a população em local improvisado e com muita dificuldade; além de ser marcado por períodos de greve do profissional médico, implicando ainda mais em redução dos atendimentos pelas equipes, o que pode ter gerado maior insatisfação ao acesso nestas equipes.

Esta condição obrigou a equipe da pesquisa a fazer busca ativa dos usuários em seus domicílios, com ajuda dos ACS, o que pode ter interferido na característica da amostra. Principalmente na ESF Liberdade, pois os usuários eram de difícil receptividade à avaliação, pois temiam prejudicar o enfermeiro e ACS, os quais a condição de vínculo com o usuário percebe-se muito fortalecida, onde a maior parte das consultas de pré natal e puericultura eram realizadas pelo enfermeiro devido à ausência do médico. E nos ACS desta equipe é marcante a pertença à comunidade.

Outro aspecto é a contratação recente de profissionais na ESF Despraiado I, a enfermeira com 03 meses de trabalho na equipe; na ESF Liberdade o médico com apenas 01 mês de trabalho na equipe.

A relevância deste tema indica a necessidade de pesquisas futuras com uma amostra mais representativa de equipes de saúde da família em Cuiabá, no sentido de aprofundar as questões apresentadas neste trabalho. Contudo é possível considerar que os gestores municipais terão desafios a enfrentar como a baixa legitimidade da APS que se manifesta tanto entre profissionais de saúde quanto entre a população usuária.

9 CONCLUSÃO

Diante dos resultados deste estudo pôde-se concluir que:

a) Em relação às características sócio-demográficas dos usuários entrevistados, observou-se uma predominância de mulheres, adultos e com baixa escolaridade; e o perfil dos profissionais foi predominantemente do gênero feminino com idade superior a 30 anos.
b) As equipes de saúde da família no que se refere a qualificação profissional a maioria se especializou na área de saúde, sendo a ESF Despraiado I a que apresenta maior número de profissionais qualificados. O tempo de trabalho da maioria dos profissionais é superior a 05 anos, neste perfil estão contidos predominantemente profissionais de nível técnico e ACS, o que demonstra a alta rotatividade de médicos e enfermeiros na APS de Cuiabá.
c) O atributo “acessibilidade” foi o atributo pior avaliado tanto pelos profissionais como usuários, independentemente do perfil, nas três equipes de saúde da família avaliadas.
d) O atributo “utilização” foi bem avaliado pelos usuários, independentemente do perfil analisado, nas três equipes de saúde da família avaliadas.
e) O atributo “longitudinalidade” quanto à avaliação dos profissionais e usuários da ESF Colorado I sugere um vínculo forte entre profissionais e usuários, independentemente da categoria profissional e perfil dos usuários; na ESF Despraiado I a avaliação apresenta alto escore na visão dos profissionais e na visão dos usuários baixo escore, principalmente no perfil crianças, adultos, mulheres e alta escolaridade; na ESF Liberdade os profissionais em sua maioria avaliaram a equipe com alto escore, com exceção da equipe técnica de enfermagem que avalia este atributo com baixo escore, e os usuários independentemente do perfil, avaliaram positivamente este atributo.
f) O atributo “Afiliação” foi avaliado com alto escore independentemente da equipe de saúde, categoria profissional e perfil dos usuários.
g) O atributo “integração de cuidados” foi avaliado com escore positivo pelos usuários das equipes de saúde da família, independentemente do perfil. Na avaliação dos profissionais, em geral, o escore foi positivo. Contudo, os médicos da ESF Despraiado I e Liberdade avaliaram este atributo com baixo escore.

h) O atributo “sistema de informação” foi avaliado positivamente pelos usuários e profissionais nas três equipes.
i) O atributo “serviços disponíveis” foi avaliado com baixo escore pelos profissionais das equipes, assim segue a avaliação dos usuários.
j) O atributo “serviços prestados” foi avaliado com alto escore pelos profissionais nas equipes de saúde da família, sendo apenas o médico da ESF Despraiado I que avaliou este atributo com baixo escore. Na análise dos usuários este atributo nas equipes foi avaliado negativamente.
k) O atributo “orientação familiar” foi avaliado com alto escore pelos profissionais das equipes. Porém, na ESF Despraiado I foi avaliado com baixo escore pela técnica de enfermagem, e na ESF Liberdade o médico avaliou negativamente. A análise dos usuários revela baixo escore para este atributo nas equipes de saúde da família. Sendo positivo apenas na visão dos idosos na ESF Colorado I, e das crianças na ESF Liberdade.
l) O atributo “Orientação comunitária” ao ser analisado pelos profissionais em geral obteve uma avaliação razoável (50% com resultados positivos), quando analisado por equipe de saúde da família, revela que apenas a ESF Colorado I, foi avaliado com alto escore. Estratificando a categoria profissional revela baixo escore segundo o médico e enfermeira da ESF Colorado I; e os ACS, técnica de enfermagem e o médico na ESF Despraiado I. Na visão dos usuários foi avaliado com baixo escore, independentemente da equipe de saúde da família estudada.
m) Quanto à análise dos escores essenciais dos atributos da APS, na visão dos profissionais de saúde foi considerada boa para as três unidades de saúde investigadas, assim como a visão dos usuários para as ESF Colorado I e Liberdade.
n) A análise conjunta dos atributos (essencial e derivado), o escore geral, na visão dos profissionais registra valor de alto escore. Na visão dos usuários, este resultado é de baixo escore.
o) Quanto à análise do grau de orientação à APS de cada ESF avaliada, na visão dos profissionais todas têm orientação para APS. Discordando a avaliação dos usuários.

p) Há uma diferença nítida entre a avaliação dos usuários e a dos profissionais de saúde. Para quase todas as dimensões a avaliação dos usuários é menos positiva.

9.1 Conclusão Geral

Os resultados aqui expostos refletem que para a Saúde da Família uma estratégia demasiadamente tímida, quanto à antecipação de mudanças. Aposta em objetivos amplos, porém, pouco coloca em questão as relações de trabalho dentro das equipes, condicionadas por longos anos de formação em direções não compatíveis com as propostas e pela forte presença tecnológica biomédica.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pautando nas constatações reveladas neste estudo, é possível elencar pontos que podem contribuir no processo de redirecionamento e mesmo retomada da caminhada para consolidação da APS como modelo de reorientação à saúde em Cuiabá-MT:

a) Provocar estratégias para avaliar e monitorar sistematicamente as ações da APS como uma possibilidade para corrigir rumos e a direcionalidade dessa política e o que esta por vir (VIANA, 1996);
b) Desenvolver análise de situação das necessidades da APS em Cuiabá-MT de formação e desenvolvimento por meio de pesquisa como objetivo de conhecer a força de trabalho do município;
c) Destacar estratégias para a elaboração da agenda de prioridade e de trabalho contemplando os momentos para formulação, implementação e avaliação desse modelo de APS;
d) Desenvolver estratégias para disseminar ações e projetos, como medida para fortalecer e consolidar esse modelo APS;
e) Buscar articulação para institucionalizar projetos de capacitação e educação permanente em APS para humanização da assistência e atuação nas Equipes de Saúde da Família.

Finalizando pode-se afirmar, a partir deste estudo e das diferentes dimensões analisadas, que são muitas as possibilidades do modelo APS provocar mudanças no SUS-Cuiabá-MT e consequentemente na Saúde da Família. No entanto, para isso, exige-se que cada um, por meio de avaliações, questionamentos e conflitos, provoque as discussões para avançar na solidificação da política de APS necessária para assim consolidar o SUS, universal, integral e participativo.

REFERÊNCIAS

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.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 583-592, 2004.

BARBOSA, A. C. Q. et al. Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de saúde da família e satisfação de usuários : um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Núcleo Interdisciplinar sobre Gestão em Organizações (não) Empresariais, UFMG, 2009.

BARROS, D. M.; SÁ M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2473-2482, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1994.

_____. Portaria n° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).Brasília, DF, p.11, 29 mar. 2006 a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm >. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. Emenda constitucional 51, 14 fev. 2006b. Acrescenta os && 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Diponível em: <http://www.planalto.gov.br/ ccivil_ 03/Constituicao/Emendas/Emc/emc51.htm>. Acesso em: 3 jun. 2013.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, abr./ jun. 2003.

_____. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a, p.18-19.

_____. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília, DF, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Evolução da população coberta por equipes de saúde da família implantadas no Brasil entre 1994 e agosto de 2011. 2011a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. Programa Nacional de melhoria da qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual instrutivo. Brasília, DF, 2011b.

BRÊTAS JUNIOR, N. (Org.). Conceitos adotados e atributos da Atenção Básica que queremos. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Brasília, DF, p. 8-17, 2011.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES O. A. Qualidade da assistência materno infantil em diferentes modelos de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, p. 3139 – 3147, 2010.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. Social Science & Medicine, New York, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI M. A. S. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n. 4, p. 862-870, 2008.

CARNEIRO, M. B.; GOUVEIA, V. V.(Orgs.). O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, p.45-50, 2004.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1772-1784, set, 2012.

CHOMATAS, E. R. V. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008. 2009. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, C. N. D. S. S. As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.

CONILL, E. M. Análisis de la problemática de la integración de la Aps en el contexto actual: causas que inciden en la Fragmentación de servicios y sus efectos en La Cohesión social. [S.l.: s.n.], 2007. Intercambio III.2-1-2007, Fortalecimiento de la

Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq6952.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.10, Supl. 1, p15-27, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. (Org.). Avaliação em Saúde dos modelos conceituais a pratica na analise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde:discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface - Comunicão, Saúde, Educação. São Paulo, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Sociedade. São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010.

CUIABÁ. Relatório de Gestão 2008, SUS – Cuiabá-MT. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. 2009.

_____. Relatório de Gestão 2011, SUS – Cuiabá-MT. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. 2011.

_____. Análise da situação de saúde da população e do sistema de serviços de saúde do SUS/Cuiabá. X Conferência Municipal de Saúde e Conferências regionais de saúde. Assessoria de Planejamento e Gestão/SMS. 2013.

DONABEDIAN, A. “The Seven Pillars of Quality”. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Chicago, v. 114, p. 1115-1118, Nov. 1990.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. The Milbank quarterly, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.633-641, 2006.

ESCOREL, S. et al. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. Revista Pananamericana de Salud Publica. Washington, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. 159-172, 2008.

FIGUEIREDO, A. M. Avaliação da Atenção Primária á Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.783-794, 2009.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, 2009.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.

GUIMARÃES, C. Desafios da gestão municipal do SUS. Revista POLI: saúde, educação e trabalho – jornalismo público para o fortalecimento da educação profissional em saúde. Fiocruz, Rio de Janeiro, ano v., n. 26, p. 2-8, jan./fev., 2013.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDET C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. Boletim da saúde, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p.23-40, jan./ jun. 2004.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em Português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 1649-1659, ago, 2006.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v.11, n. 3, p.683-703, 2006.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Nota 1: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=mt>. Acesso em: 9 abr. 2013.

KOLLING, J. H. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do Projeto Telesaúde RS: Estudo de Linha de Base. 2008. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA A. P.; OLIVEIRA M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v. 11, n.3, p. 323-334, jul. / set. 2011.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. International Journal Equity in Health Maryland City. v. 21, n.11, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-11-33.pdf>. Acesso em 20 abr. 2013.

MACINKO, J.; HARZHEIM, E. Instrumento da avaliação da atenção primária – sua utilização no Brasil. Revista brasileira saúde da família. Brasília, DF, n.14, p. 4-8, 2007.

MACHADO, M. H.; Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil: Rio de Janeiro: FIOCRUZ/DAB-MS, 2000. Disponível em < http://www4.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/o_perfil.html> Acesso em 03 de jun 2013.

MARZARI, C.K. et al. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, Supl. 1, p. 873-880, 2011.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. Revista da Atenção Primária á Saúde da Universidade de Juiz de Fora. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./ jun. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, v. 4, p.29-51, 1996.

MODES, P. S. S. A. Qualidade da atenção á saúde da criança menor de um ano na rede básica do Município de Cuiabá – MT: Perspectiva de mães/responsáveis e profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá– MT. 2011.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde para todos no ano 2000. Geneva, 1978.

_____. Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados primários: agora mais do que nunca. Lisboa, p. 44-63, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da atenção primária da saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-571.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. Southampton, V. 21, n. 377, p.1778-1797, maio, 2011. Resumo Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655> acesso em 20 abr 2013.

RIBEIRO, M. E.; PIRES D.; BLANK V. L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RONZANI, T. M.; SILVA C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 23-24, 2008.

SALA, A., et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Sociedade. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 999-1010, 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n. 6, p.1487-1494, Nov./Dez. 2004.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. Journal the Family Practice. New Jersey, v.50, p.161-175, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da Integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004. p.241-257.

SILVA, A.S. et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper o modelo flexneriano. Revista de enfermagem do centro oeste mineiro. Minas Gerais, Divinópolis, v.1, n. 1, p. 30-39, jan./mar. 2011.

SOUZA, A. C. C. et al. Acesso ao Serviço de Emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um Hospital de Fortaleza, CE, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, DF, v. 62, n.4, p. 353 -354, jul./ ago. 2009.

SPINELLI, M. A. S. et al. As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá. In: PINHEIRO R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). Atenção básica e integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ Abrasco, 2011. p. 105-27.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

STRALEN, C.J. V. et al. 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. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 148-S158, 2008.

TAVARES, M. F. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ROCHA, R. M. 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. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1054-1062, maio, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF, v. VII, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, Sup. 2, p. 190-198, 2004.

TRINDADE, T. G. Associação entre extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VUORI, H. A qualidade de saúde. Divulgação saúde para debate, Londrina, v. 3, p.17-21, 1991.

VIANA, A. L. D.; POZ, D. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl, p. 225-264, 2005.

VIANA, A.L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 05-43. 1996.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: UFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.15-39.

VOLPATO, L. E. R.; SCATENA, J. H. Análise da política de saúde bucal do Município de Cuiabá. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília- DF, vol. 15, n. 2, p. 47-55, abr/jun 2006.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PROFISSIONAIS

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Profissionais

Nº do Instrumento: _____

O (A) Sr.(a) está sendo convidado a participar do estudo "Vínculo na assistência em saúde: uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá-MT" que tem como objetivo avaliar o estabelecimento do vínculo entre os usuários e profissionais da APS em Cuiabá – MT e está sendo realizada por um grupo de pesquisadores pertencentes a Fundação Osvaldo Cruz - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/PE.

Sua participação consistirá em responder a um questionário para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde e apenas implicará na sua disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho.

O único risco que esta pesquisa poderá trazer para o (a) Sr.(a) é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas garantimos que seu nome e informações pessoais não serão divulgados, mantendo-os em sigilo e anonimato. Os resultados desta pesquisa serão divulgados de forma agregada e apenas no meio científico.

O (A) Sr.(a) não terá nenhum benefício direto com esta pesquisa, mas os resultados obtidos servirão para auxiliar a gestão de seu município bem como os usuários do sistema de saúde de sua cidade, na melhoria da qualidade da assistência prestada.

O (A) Sr.(a) tem total liberdade de participar ou não como voluntário desta pesquisa e ressalta-se que a concordância ou não em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha ou com o pesquisador responsável por este estudo. O (A) Sr.(a) poderá em qualquer momento desistir da pesquisa ou tirar dúvidas a respeito da mesma e para isto basta entrar em contato com a pesquisadora responsável (Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias) agora ou pelo telefone 65-96030428, ou pelo e-mail nutrikey@hotmail.com.

Este documento será emitido em duas vias sendo uma entregue ao pesquisador responsável e outra ficando em sua posse.

Eu,_____, RG: _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e concordo em participar do estudo de forma voluntária..

_____ _____

Assinatura do(a) Profissional Data

_____

Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias (Pesquisadora responsável)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO USUÁRIOS

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – Usuários

Nº do Instrumento: _____

O (A) Sr.(a) está sendo convidado a participar do estudo "Vínculo na assistência em saúde: uma visão dos usuários e profissionais da atenção básica – Cuiabá-MT" que tem como objetivo avaliar o estabelecimento do vínculo entre os usuários e profissionais da APS em Cuiabá – MT e está sendo realizada por um grupo de pesquisadores pertencentes a Fundação Osvaldo Cruz - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/PE.

Sua participação consistirá em responder a um questionário para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde e apenas implicará na sua disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita no seu serviço de saúde e contamos com cerca de 20 minutos da sua atenção

O único risco que esta pesquisa poderá trazer para o (a) Sr.(a) é o de constrangimento diante de alguma pergunta, mas garantimos que seu nome e informações pessoais não serão divulgados, mantendo-os em sigilo e anonimato. Os resultados desta pesquisa serão divulgados de forma agregada e apenas no meio científico.

O (A) Sr.(a) não terá nenhum benefício direto com esta pesquisa, mas os resultados obtidos servirão para auxiliar a gestão de seu município bem como os usuários do sistema de saúde de sua cidade, na melhoria da qualidade da assistência prestada.

O (A) Sr.(a) tem total liberdade de participar ou não como voluntário desta pesquisa e ressalta-se que a concordância ou não em nada irá alterar relação com o serviço de Saúde em que você utiliza ou com o pesquisador responsável por este estudo. O (A) Sr.(a) poderá em qualquer momento desistir da pesquisa ou tirar dúvidas a respeito da mesma e para isto basta entrar em contato com a pesquisadora responsável (Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias) agora ou pelo telefone 65-96030428, ou pelo e-mail nutrikey@hotmail.com.

Este documento será emitido em duas vias sendo uma entregue ao pesquisador responsável e outra ficando em sua posse.

Eu,_____, RG: _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e concordo em participar do estudo de forma voluntária..

_____ _____

Assinatura do(a) usuário (a) Data

_____

Keyla Aparecida Pontes Lopes Dias (Pesquisadora responsável)

APÊNDICE C – NÚMERO DE PROFISSIONAIS SEGUNDO OS ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tabela 6: Número absoluto de profissionais segundo os escores dos atributos da atenção primária das Equipes de Saúde de Família. Cuiabá, 2012.

Escores	ESF Colorado I	ESF Despraiado I	ESF Liberdade	Total
Acessibilidade				
Baixo escore	07	08	07	22
Alto escore	-	-	-	-
Longitudinalidade				
Baixo escore	01	-	02	03
Alto escore	06	08	05	19
Integração de Cuidados				
Baixo escore	-	01	02	03
Alto escore	07	07	05	19
Sistema de Informação				
Baixo escore	-	01	-	01
Alto escore	07	07	07	21
Serviços Disponíveis				
Baixo escore	05	07	06	18
Alto escore	02	01	01	04
Serviços Prestados				
Baixo escore	-	03	-	03
Alto escore	07	05	07	19
Orientação Familiar				
Baixo escore	-	02	01	03
Alto escore	07	06	06	19
Orientação comunitária				
Baixo escore	02	06	03	11
Alto escore	05	02	04	11

Fonte: A autora.

APÊNDICE D – ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COLORADO I

Tabela 7: Escores dos atributos da atenção primária por Categoria profissional na Equipe de Saúde da Família Colorado I. Cuiabá, 2012.

Escores	ACS	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	Total
Acessibilidade					
Baixo escore	03	02	01	01	07
Alto escore	-	-	-	-	-
Longitudinalidade					
Baixo escore	-	01	-	-	01
Alto escore	03	01	01	01	06
Integração de Cuidados					
Baixo escore	-	-	-	-	-
Alto escore	03	02	01	01	07
Sistema de Informação					
Baixo escore	-	-	-	-	-
Alto escore	03	02	01	01	07
Serviços Disponíveis					
Baixo escore	02	01	01	01	05
Alto escore	01	01	-	-	02
Serviços Prestados					
Baixo escore	-	-	-	-	-
Alto escore	03	02	01	01	07
Orientação Familiar					
Baixo escore	-	-	-	-	-
Alto escore	03	02	01	01	07
Orientação comunitária					
Baixo escore	-	-	01	01	02
Alto escore	03	02	-	-	05

Fonte: A autora.

Tabela 8: Escores dos atributos da atenção primária por faixa etária dos usuários na Equipe de Saúde de Família Colorado I. Cuiabá, 2012.

Escores		Criança		Adulto		Idoso		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Afiliação									
	Baixo escore	07	11,1	13	8,5	-	-	20	8,1
	Alto escore	56	88,9	140	91,5	31	100,0	227	91,9
Acesso - Utilização									
	Baixo escore	04	6,3	09	5,9	-	-	13	5,3
	Alto escore	59	93,6	144	94,1	31	100,0	234	94,7
Longitudinalidade									
	Baixo escore	12	19,1	50	32,7	06	19,4	68	27,5
	Alto escore	51	80,9	103	67,3	25	80,6	179	72,5
Integração de Cuidados									
	Baixo escore	06	26,1	28	34,1	04	21,0	38	30,7
	Alto escore	17	74,9	54	65,9	15	79,0	86	69,3
Sistema de Informação									
	Baixo escore	04	6,4	14	9,2	02	6,4	20	8,1
	Alto escore	59	93,6	139	90,8	29	93,6	227	91,9
Serviços Disponíveis									
	Baixo escore	44	69,8	140	91,5	26	83,9	210	85,0
	Alto escore	19	30,1	13	8,5	05	16,1	37	15,0
Serviços prestados									
	Baixo escore	34	54,0	126	82,4	22	71,0	182	73,7
	Alto escore	29	46,0	27	17,6	09	29,0	65	26,3
Orientação Familiar									
	Baixo escore	33	52,4	88	57,5	15	48,4	136	55,1
	Alto escore	30	47,6	65	42,5	16	51,6	111	44,9
Orientação Comunitária									
	Baixo escore	38	60,3	111	72,5	23	74,2	172	69,6
	Alto escore	25	39,7	42	27,5	08	25,8	75	30,4

Fonte: A autora.

Tabela 9: Escores dos atributos da atenção primária conforme o sexo dos usuários na ESF Colorado I. Cuiabá, 2012.

Escores	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afiliação						
Baixo escore	16	9,2	04	5,5	20	8,1
Alto escore	158	90,8	69	94,5	227	91,9
Acesso - Utilização						
Baixo escore	11	6,3	02	2,7	13	5,3
Alto escore	163	93,7	71	97,3	234	94,7
Acesso - Acessibilidade						
Baixo escore	164	94,2	58	79,5	222	89,9
Alto escore	10	5,8	15	20,5	25	10,1
Longitudinalidade						
Baixo escore	50	28,7	18	24,7	68	27,5
Alto escore	124	71,3	55	75,4	179	72,5
Integração de Cuidados						
Baixo escore	32	36,0	06	17,1	38	30,6
Alto escore	57	64,0	29	82,9	86	69,4
Sistema de Informação						
Baixo escore	15	8,6	05	6,8	20	8,1
Alto escore	159	91,4	68	93,2	227	91,9
Serviços Disponíveis						
Baixo escore	152	87,4	58	79,5	210	85,0
Alto escore	22	12,6	15	20,5	37	15,0
Serviços prestados						
Baixo escore	131	75,3	51	69,9	182	73,7
Alto escore	43	25,7	22	30,1	65	26,3
Orientação Familiar						
Baixo escore	97	55,7	39	53,4	136	55,0
Alto escore	77	44,3	34	46,6	111	45,0
Orientação Comunitária						
Baixo escore	117	67,2	55	75,3	172	69,6
Alto escore	57	32,8	18	24,7	75	30,4

Fonte: A autora.

Tabela 10: Escores dos atributos da atenção primária conforme a escolaridade dos usuários na Equipe de Saúde da Família Colorado I. Cuiabá, 2012.

Escores	Baixa escolaridade		Alta escolaridade		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afiliação						
Baixo escore	13	7,0	07	11,5	20	8,1
Alto escore	173	93,0	54	88,5	227	91,9
Acesso - Utilização						
Baixo escore	10	5,4	06	9,8	16	6,5
Alto escore	176	94,6	55	90,2	231	93,5
Acesso - Acessibilidade						
Baixo escore	161	86,6	61	100,0	222	89,9
Alto escore	25	13,4	-	-	25	10,1
Longitudinalidade						
Baixo escore	46	24,7	22	36,0	68	27,5
Alto escore	140	75,3	39	64,0	179	72,5
Integração de Cuidados						
Baixo escore	26	28,0	12	38,7	38	30,6
Alto escore	67	72,0	19	61,3	86	69,4
Sistema de Informação						
Baixo escore	14	7,5	06	9,8	20	8,1
Alto escore	172	92,5	55	90,2	227	91,9
Serviços Disponíveis						
Baixo escore	154	82,8	56	91,8	210	85,0
Alto escore	32	17,2	05	8,2	37	15,0
Serviços prestados						
Baixo escore	128	68,8	54	88,5	182	73,7
Alto escore	58	31,2	07	11,5	65	26,3
Orientação Familiar						
Baixo escore	101	54,3	35	57,4	136	55,0
Alto escore	85	45,7	26	42,6	111	45,0
Orientação Comunitária						
Baixo escore	125	67,2	47	77,0	172	69,6
Alto escore	61	32,8	14	23,0	75	30,4

Fonte: A autora.

APÊNDICE E - ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DESPRAIADO I

Tabela 11: Atributos da atenção primária por Categoria profissional na Equipe de Saúde da Família Despraiado I. Cuiabá, 2012.

Escores	ACS	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	Total
Acessibilidade					
Baixo escore	04	02	01	01	08
Alto escore	-	-	-	-	-
Longitudinalidade					
Baixo escore	-	-	-	-	-
Alto escore	04	02	01	01	08
Integração de Cuidados					
Baixo Escore	-	-	-	01	01
Alto escore	04	02	01	-	07
Sistema de Informação					
Baixo escore	-	01	-	-	01
Alto escore	04	01	01	01	07
Serviços Disponíveis					
Baixo escore	03	02	01	01	07
Alto escore	01	-	-	-	01
Serviços Prestados					
Baixo escore	01	01	-	01	03
Alto escore	03	01	01	-	05
Orientação Familiar					
Baixo escore	-	02	-	-	02
Alto escore	04	-	01	01	06
Orientação comunitária					
Baixo escore	03	02	-	01	06
Alto escore	01	-	01	-	02

Obs.: Elaborado pela autora

Tabela 12: Escores dos atributos da atenção primária por faixa etária dos usuários na Equipe de Saúde da Família Despraiado I. Cuiabá, 2012.

Escores	Crianças		Adultos		Idosos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afiliação								
Baixo escore	04	4,5	23	16,0	-	-	27	10,7
Alto escore	85	95,5	120	84,0	21	100,0	226	89,3
Acesso – Utilização								
Baixo escore	07	7,9	27	18,9	02	9,5	36	14,2
Alto escore	82	92,1	116	81,1	19	90,5	217	85,7
Acesso – Acessibilidade								
Baixo escore	59	66,3	141	98,6	21	100,0	221	87,4
Alto escore	30	33,7	02	1,4	-	-	32	12,6
Longitudinalidade								
Baixo escore	45	50,6	83	58,0	07	33,3	135	53,4
Alto escore	44	49,4	60	42,0	14	66,7	118	46,6
Integração de Cuidados								
Baixo escore	17	50,0	23	34,8	04	26,7	44	38,3
Alto escore	17	50,0	43	65,2	11	73,3	71	61,7
Sistema de Informação								
Baixo escore	07	7,9	21	14,7	01	4,8	29	11,5
Alto escore	82	92,1	122	85,3	20	95,2	224	88,5
Serviços Disponíveis								
Baixo escore	67	75,3	128	89,5	18	85,7	213	84,2
Alto escore	22	24,7	15	10,5	03	14,3	40	15,8
Serviços prestados								
Baixo escore	71	79,8	121	84,6	15	71,4	207	81,8
Alto escore	18	20,2	22	15,4	06	28,6	46	18,2
Orientação Familiar								
Baixo escore	67	75,3	106	74,1	12	57,1	185	73,1
Alto escore	22	24,7	37	25,9	09	42,9	68	26,8
Orientação Comunitária								
Baixo escore	70	78,7	114	79,7	12	57,1	196	77,5
Alto escore	19	21,3	29	20,3	09	42,9	57	22,5

Fonte: A autora.

Tabela 13: Escores dos atributos da atenção primária conforme o sexo dos usuários na Equipe de Saúde da Família Despraiado I. Cuiabá, 2012.

Escores	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afiliação						
Baixo escore	22	12,8	05	6,2	27	10,7
Alto escore	150	87,2	76	93,8	226	89,3
Acesso – Utilização						
Baixo escore	22	12,8	14	17,3	36	14,2
Alto escore	150	87,2	67	82,7	217	85,8
Acesso - Acessibilidade						
Baixo escore	157	91,3	64	79,0	221	87,4
Alto escore	15	8,7	17	21,0	32	12,6
Longitudinalidade						
Baixo escore	96	55,8	39	48,2	135	53,4
Alto escore	76	44,2	42	51,8	118	46,6
Integração de Cuidados						
Baixo escore	29	36,2	15	42,9	44	38,3
Alto escore	51	63,8	20	57,1	71	61,7
Sistema de Informação						
Baixo escore	21	12,2	08	9,9	29	11,5
Alto escore	151	87,8	73	90,1	224	88,5
Serviços Disponíveis						
Baixo escore	148	86,0	65	80,2	213	84,2
Alto escore	24	14,0	16	19,8	40	15,8
Serviços Prestados						
Baixo escore	143	83,2	64	78,9	207	81,8
Alto escore	29	16,8	17	21,1	46	18,2
Orientação Familiar						
Baixo escore	127	73,9	58	71,6	185	73,1
Alto escore	45	26,1	23	28,4	68	26,9
Orientação Comunitária						
Baixo escore	136	79,1	60	74,1	196	77,5
Alto escore	36	20,9	21	25,9	57	22,5

Fonte: A autora.

Tabela 14: Escores dos atributos da atenção primária conforme a escolaridade dos usuários na Equipe de Saúde da Família Despraiado I. Cuiabá, 2012.

Escores	Baixa escolaridade		Alta escolaridade		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afiliação						
Baixo escore	12	6,1	15	31,9	27	10,7
Alto escore	186	93,9	40	72,7	226	89,3
Acesso - Utilização						
Baixo escore	24	12,1	12	21,8	36	14,2
Alto escore	174	87,9	43	78,2	217	85,8
Acesso - Acessibilidade						
Baixo escore	166	83,8	55	100,0	221	87,4
Alto escore	32	16,2	-	-	32	12,6
Longitudinalidade						
Baixo escore	99	50,0	36	65,5	135	53,4
Alto escore	99	50,0	19	34,5	118	46,6
Integração de Cuidados						
Baixo escore	30	34,1	14	51,9	44	38,3
Alto escore	58	65,9	13	48,1	71	61,7
Sistema de Informação						
Baixo escore	21	10,6	08	14,5	29	11,5
Alto escore	177	89,4	47	85,5	224	88,5
Serviços Disponíveis						
Baixo escore	160	80,8	52	94,5	213	84,2
Alto escore	38	19,2	03	5,5	40	15,8
Serviços prestados						
Baixo escore	155	78,3	52	94,5	207	81,8
Alto escore	43	21,7	03	5,5	46	18,2
Orientação Familiar						
Baixo escore	141	71,2	44	80,0	185	73,1
Alto escore	57	28,8	11	20,0	68	26,9
Orientação Comunitária						
Baixo escore	147	74,2	49	89,1	196	77,5
Alto escore	51	25,8	06	10,9	57	22,5

Fonte: A autora.

APÊNDICE F - ESCORES DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LIBERDADE

T**abela 15: Atributos da atenção primária por Categoria profissional na Equipe de Saúde da Família Liberdade. Cuiabá, 2012.**

Escores	ACS	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	Total
Acessibilidade					
Baixo escore	03	02	01	01	07
Alto escore	-	-	-	-	-
Longitudinalidade					
Baixo escore	-	02	-	-	02
Alto escore	03	-	01	01	05
Integração de Cuidados					
Baixo escore	-	01	-	01	02
Alto escore	03	01	01	-	05
Sistema de Informação					
Baixo escore	-	-	-	-	-
Alto escore	03	02	01	01	07
Serviços Disponíveis					
Baixo escore	03	02	-	01	06
Alto escore	-	-	01	-	01
Serviços Prestados					
Baixo escore	-	-	-	-	-
Alto escore	03	02	01	01	07
Orientação Familiar					
Baixo escore	-	-	-	01	01
Alto escore	03	02	01	-	06
Orientação comunitária					
Baixo escore	-	02	-	01	03
Alto escore	03	-	01	-	04

Fonte: A autora.

Tabela 16: Escores dos atributos da atenção primária por faixa etária dos usuários na Equipe de Saúde da Família Liberdade. Cuiabá, 2012.

Escores	Crianças		Adultos		Idosos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Afiliação								
Baixo escore	01	2,4	01	2,2	02	18,2	04	4,0
Alto escore	41	97,6	45	97,8	09	81,8	95	95,6
Acesso - Utilização								
Baixo escore	01	2,4	04	8,7	03	27,2	08	8,1
Alto escore	41	97,6	42	91,3	08	72,7	91	91,9
Acesso - Acessibilidade								
Baixo escore	15	35,7	45	97,8	11	100,0	71	71,7
Alto escore	27	64,3	01	2,2	-	-	28	28,3
Longitudinalidade								
Baixo escore	05	11,9	15	32,6	04	36,4	24	24,2
Alto escore	37	88,1	31	67,4	07	63,6	75	75,8
Integração de Cuidados								
Baixo escore	04	40,0	07	29,2	02	33,3	13	32,5
Alto escore	06	60,0	17	70,8	04	66,7	27	67,5
Sistema de Informação								
Baixo escore	-	-	01	2,2	01	9,1	02	2,0
Alto escore	42	100,0	45	97,8	10	90,9	97	98,0
Serviços Disponíveis								
Baixo escore	29	69,0	42	91,3	11	100,0	82	82,8
Alto escore	13	31,0	04	8,7	-	-	17	17,2
Serviços prestados								
Baixo escore	27	64,3	36	78,3	09	81,8	72	72,8
Alto escore	15	35,7	10	21,7	02	18,2	27	27,2
Orientação Familiar								
Baixo escore	19	45,3	24	52,2	08	72,7	51	51,5
Alto escore	23	54,7	22	47,8	03	27,3	48	48,5
Orientação Comunitária								
Baixo escore	22	52,4	34	73,9	10	90,9	66	66,7
Alto escore	20	47,6	12	26,1	01	9,1	33	33,3

Fonte: A autora.

T**abela 17: Escores dos atributos da atenção primária conforme o sexo dos usuários na Equipe de Saúde da Família Liberdade. Cuiabá, 2012.**

Escores	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afiliação						
Baixo escore	02	3,2	02	5,6	04	4,0
Alto escore	61	96,8	34	94,4	95	96,0
Acesso - Utilização						
Baixo escore	05	7,9	03	8,3	08	8,1
Alto escore	58	92,1	33	97,1	91	91,9
Acesso - Acessibilidade						
Baixo escore	50	79,4	21	58,3	71	71,7
Alto escore	13	20,6	15	41,7	28	28,3
Longitudinalidade						
Baixo escore	15	23,8	09	25,0	24	24,3
Alto escore	48	76,2	27	75,0	75	75,7
Integração de Cuidados						
Baixo escore	09	36,0	04	26,7	13	32,5
Alto escore	16	64,0	11	73,3	27	67,5
Sistema de Informação						
Baixo escore	02	3,2	-	-	02	2,0
Alto escore	61	96,8	36	100,0	97	98,0
Serviços Disponíveis						
Baixo escore	56	88,9	26	72,2	82	82,8
Alto escore	07	11,1	10	27,8	17	17,2
Serviços prestados						
Baixo escore	48	76,2	24	66,7	72	72,7
Alto escore	15	23,8	12	33,3	27	27,3
Orientação Familiar						
Baixo escore	37	58,7	14	38,9	51	51,5
Alto escore	26	41,3	22	61,1	48	48,5
Orientação Comunitária						
Baixo escore	41	65,1	25	69,4	66	66,7
Alto escore	22	34,9	11	30,6	33	33,3

Fonte: A autora.

Tabela 18: Escores dos atributos da atenção primária conforme a escolaridade dos usuários na Equipe de Saúde da Família Liberdade. Cuiabá, 2012.

Escores	Baixa escolaridade		Alta escolaridade		Total	
	N	%	N	%	N	%
Afiliação						
Baixo escore	04	4,7	-	-	04	4,0
Alto escore	81	95,3	14	100,0	95	96,0
Acesso - Utilização						
Baixo escore	06	7,1	02	14,3	08	8,1
Alto escore	79	92,9	12	85,7	91	91,8
Acesso - Acessibilidade						
Baixo escore	57	67,0	14	100,0	71	71,7
Alto escore	28	33,0	-	-	28	28,3
Longitudinalidade						
Baixo escore	19	22,4	05	35,7	24	24,2
Alto escore	66	77,6	09	64,3	75	75,8
Integração de Cuidados						
Baixo escore	12	38,7	01	11,0	13	32,5
Alto escore	19	61,3	08	89,0	27	67,5
Sistema de Informação						
Baixo escore	02	2,4	-	-	02	2,0
Alto escore	83	97,6	14	100,0	97	98,0
Serviços Disponíveis						
Baixo escore	70	82,3	12	85,7	82	82,8
Alto escore	15	17,6	02	14,3	17	17,2
Serviços prestados						
Baixo escore	62	73,0	10	71,4	72	72,7
Alto escore	23	27,0	04	28,6	27	27,3
Orientação Familiar						
Baixo escore	44	51,8	07	50,0	51	51,5
Alto escore	41	48,2	07	50,0	48	48,5
Orientação Comunitária						
Baixo escore	55	64,7	11	78,6	66	66,7
Alto escore	30	35,3	03	21,4	33	33,3

Fonte: A autora.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATOOL BRASIL

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 a sua saúde?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).

– Se todos as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

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

Esclareça ao entrevistado que:
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):
A5 - _____
("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a **Seção B**)

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Continua...

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 37 2/8/2010 22:01:21

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 – Quando você chega no seu "*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	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 nome médico/enfermeiro*"?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*" quando pensa que é necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C12 – Quando você tem que ir ao "*nome do médico / enfermeira / local*", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 38 2/8/2010 22:01:21

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 ☐

Continua...

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 39 2/8/2010 22:01:22

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 medi-camentos 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 40 2/8/2010 22:01:22

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Continua...

Continuação

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/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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 42 2/8/2010 22:01:22

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto

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 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 43 2/8/2010 22:01:23

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 ☐

Continua...

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 44 2/8/2010 22:01:23

Continuação

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 45 2/8/2010 22:01:24

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 46 2/8/2010 22:01:24

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 47 2/8/2010 22:01:24

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 48 2/8/2010 22:01:25

4.2 Instrumento PCATool versão Profissionais

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 60 2/8/2010 22:01:27

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 61 2/8/2010 22:01:27

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 62 2/8/2010 22:01:27

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 63 2/8/2010 22:01:28

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 64 2/8/2010 22:01:28

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**	**Provavelmente, sim**	**Provavelmente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima). **Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?"**					
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Continua...

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 65 2/8/2010 22:01:28

Continuação

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 66 2/8/2010 22:01:29

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 67 2/8/2010 22:01:29

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 68 2/8/2010 22:01:29

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 todos as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).

– Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

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

Esclareça ao entrevistado que:
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):
A5 - _____
("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a **Seção B**)

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 14 2/8/2010 22:01:15

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 15 2/8/2010 22:01:16

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 16 2/8/2010 22:01:16

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 ☐

Continua...

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 17 2/8/2010 22:01:17

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 18 2/8/2010 22:01:17

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 especiali-zado, 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 quali-dade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 19 2/8/2010 22:01:17

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 20 2/8/2010 22:01:17

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 21 2/8/2010 22:01:18

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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 22 2/8/2010 22:01:18

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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – Você acha que o (a) "*médico/enfermeiro*" conhece a sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I2 – O/a "*médico/enfermeiro*" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I3 – O/a "*médico/enfermeiro*" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I4 – 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 ☐
I5 – 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 ☐
I6 – 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 23 2/8/2010 22:01:19

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	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, 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 ☐

Manual Avaliação PCATool Brasil Versão Final.indd 24 2/8/2010 22:01:19