UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE,

FABIANA ANGÉLICA DE PAULA

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO ADULTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DIAMANTINA MG

DIAMANTINA
2013

FABIANA ANGÉLICA DE PAULA

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO ADULTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DIAMANTINA MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Sociedade e Ambiente.

Orientador: Profa. Dra. Renata Aline de Andrade

DIAMANTINA
2013

Ficha Catalográfica - Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa CRB-6/2972

Paula, Fabiana Angélica de
M357a
2013 **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária na Saúde do Adulto na Estratégia de Saúde da Família de Diamantina/MG. / Fabiana Angélica de Paula. – Diamantina: UFVJM, 2013.**
114 p.: il.

Orientadora: Profª. Drª. Renata Aline Andrade
Coorientador: Profª. Drª. Delba Fonseca Santos

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, 2013.

1. Avaliação em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. PCATool. I. Andrade, Renata Aline. II. Santos, Delba Fonseca. III. Título.

CDD 614

Elaborada com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE DO ADULTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DIAMANTINA/MG.

Fabiana Angélica de Paula

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Sociedade e Ambiente, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 19/07/2013.

_____

Profa. Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu UFMG

_____

Profa. Delba Fonseca Santos - UFVJM

_____

Profa. Renata Aline Andrade – UFVJM
Presidente

DIAMANTINA
2013.

À minha família, fonte de inspiração para a realização de mais uma conquista em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por abençoar o meu caminho, ao Divino Espírito Santo por iluminar minha inteligência e fortalecer a minha vida para superar todos os obstáculos.

Aos meus pais, Jacinta e Wellington, por assumirem o dom da criação e do amor incondicional, e por serem os alicerces da minha vida. Cada vitória é apenas uma vitória simples perto do que vocês representam para mim. Sem vocês essa conquista não teria sido possível.

Aos meus irmãos, Juliano, Wesley e Fabrício, por sempre acreditarem, apoiarem e zelarem por mim. E acima de tudo, à minha cunhada Liliane, grande incentivadora e entusiasta dessa conquista, que faz dos nossos sonhos os seus.

À minha cunhada Rita, zelosa, sempre presente nesta trajetória.

À minha cunhada Elinara, aos meus queridos e amados sobrinhos Matheus Henrique, João Vítor e Maria Eduarda, bênçãos em minha vida.

Aos demais familiares e amigos, obrigada pelas orações e palavras de carinho e incentivo.

Aos meus primeiros mestres na arte do cuidar, Dr. Giovanni de Miranda Pereira e a Enfermeira Silvana Maria Ferreira Pereira.

Às professoras Najda Maria Murta e Agnes Murta pela generosidade em compartilhar e produzir conhecimento.

À minha orientadora, Profa. Dra. Renata Aline Andrade por acreditar na minha capacidade, abrindo as portas e me recebendo com carinho e satisfação que só os grandes mestres sabem fazer. Obrigada pelos conhecimentos, postura ética e acima de tudo, pela atenção e confiança para com os meus ideais.

À Profa. Dra. Delba Fonseca Santos, pelo apoio, incentivo, por sempre querer me mostrar o melhor caminho.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFVJM e seus funcionários, em especial à técnica Virgínia Batista.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde, Sociedade e Ambiente, sob a coordenação da Profa. Dra. Rosana Cambraia, dando-me a oportunidade de compartilhar a construção de conhecimentos com uma comunidade acadêmica altamente qualificada.

Aos colegas da pós-graduação, pela convivência e por tudo que vivemos e aprendemos juntos.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, pelo recurso financeiro disponibilizado ao programa por discente.

A CAPES/MEC pela aprovação, acompanhamento e avaliação do curso.

Ao CNPq pela disponibilização dos recursos para a bolsa de Iniciação Científica e Tecnológica, através do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica/CNPq – UFVJM.

À bolsista Cristhiane, parceira, amiga, competente e acima de tudo comprometida com o que se propõe a fazer.

Às voluntárias do projeto, Ariane, Darlene, Fabiana, Flaviana, Jéssica, Karla, Keithy, Luana, Maria Cristina, Maria Luíza, Michele, Regina e Vânia, pela ajuda, empenho e dedicação.

Aos colegas e amigos professores e técnicos – administrativos do Departamento de Enfermagem da UFVJM, Antônio Moacir, Paulo Celso, George, Liliane, Ana Paula, Rosamary, Dayse, Maria da Penha, Mirtes, Christiane, Dulce, Taciana, Luciana, Patrícia, Maristela, Mariana, Danielle, Gabriela, Helisamara, Izabela, Fabrício, Lilia, Lucimar, Pâmela, Fabiana e Raína, pelas orientações, ensinamentos, preocupação, incentivo e principalmente pela oportunidade de iniciar e terminar este tão almejado curso de mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina pela coparticipação no estudo.

Finalmente, aos usuários que participaram desta pesquisa, pela confiança, disponibilidade e comprometimento com a pesquisa. Vocês foram fundamentais para essa conquista.

RESUMO

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) são os eixos estruturantes do processo de APS e estão associados à qualidade dos serviços. O presente estudo teve como objetivo avaliar os atributos da atenção primária com ênfase na saúde do adulto na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina/MG. Trata-se de estudo transversal em uma amostra aleatória estratificada proporcional, realizada com 615 usuários acima de 20 anos cadastrados em sete equipes de saúde da família. Os dados foram coletados nos meses de janeiro a agosto de 2012, por meio do instrumento elaborado e validado no Brasil, chamado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool). Os dados foram digitados e analisados de forma descritiva e analítica pelo programa estatístico SPSS, versão 19.0 com nível de significância < 0,05. Para as comparações múltiplas entre os grupos, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis, com Post Hoc de Dunn. Os resultados revelaram escores satisfatórios para apenas dois atributos: Acesso de primeiro contato – Utilização e Coordenação – Sistema de informações. Os demais atributos apresentaram baixos valores de escore, tais como: Acesso de primeiro contato – Acessibilidade, longitudinalidade, Coordenação – Integração de cuidados, integralidade (Serviços disponíveis e Serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária. Ao avaliar os atributos em conjunto encontrou-se o escore geral abaixo (escore = 4,5) do valor considerado alto escore (escore ≥ 6,6). Na avaliação comparativa entre as áreas de abrangência percebeu-se uma melhor orientação para os atributos da APS pela área 04. Concluiu-se que a ESF, apesar de ser um cenário preferencial para as ações de promoção e prevenção à saúde e se constituir como porta de entrada para os serviços, não tem ofertado uma assistência integral ao adulto.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde**,** Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, PCATool.

ABSTRACT

The atributes to Primordial Attention to Health (APS) are the structural axes of the APS and are directly linked to service quality. This current study has as it main goal to evaluate those atributes focing on adults´health in the Family Health Strategy in Diamantina/MG. It´s a transversal study in a randomly selected proportional estratificada, realized with 615 users above the age of 20, registered in seven teams of the family health. Datas were harvested from January to August 2012 by the means of elaborated instrument and qualified in Brazil, called Evaluating of Primary Attention Instrument (PCAtool). Those datas were digitalized and analized in a descriptive and analytical manner by the statistical program SPSS; version 19.0 with a level of significance <0,05. For the multiple comparisons the Kruskal-Wallis test was used with Post Hoc of Dunn. Results revealed satisfying scores for only two atributes: first contact access -Use and Coordenation- Information System. The other atributes presented low value score; such as: First Access Contact-,Longitudeness,Coordenation-Care-Integration, Integritity, Integrality(available and performed services), family orientation and community orientation. As evaluating in a set the general score was found low (score = 4,5) from the considered high value score (score >_ 6,6). In the comparative evaluation among the abrangent areas we noticed a better orientation for the 04 area. We concluded that beside of being a preferncial scenery of promotion and prevention of health and being made up as an entrance door to services it hasn´t offered a fully assistance to the adult.

Key-words: Health-evaluation, Primary Attention to Health, Family Strategy to Health, PCATool.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Mapa de localização do município de Diamantina..... 29

FIGURA 2- Territorialização das áreas adscritas pelas ESFs da área urbana de Diamantina/MG, 2013..... 30

GRÁFICO 1- Escore Geral por área de abrangência. Diamantina/MG, 2012..... 43

GRÁFICO 2- Escore médio por atributo da APS. Diamantina/MG, 2012..... 44

GRÁFICO 3- Distribuição dos escores dos atributos por área de abrangência em relação ao ponto de corte. Diamantina/MG, 2012..... 45

FIGURA 3- Comparações múltiplas entre as áreas de abrangência nos atributos: A – Acessibilidade; B – Longitudinalidade e C – Serviços Disponíveis. Diamantina/MG, 2012..... 46

FIGURA 4- Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Orientação Familiar. Diamantina/MG, 2012..... 47

FIGURA 5- Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Serviços Prestados. Diamantina/MG, 2012..... 47

FIGURA 6- Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Sistema de Informações. Diamantina/MG, 2012..... 48

FIGURA 7- Comparação múltipla entre as áreas de abrangência nos atributos: A – Utilização e B – Integração de cuidados. Diamantina/MG, 2012..... 48

FIGURA 8- Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Orientação Comunitária. Diamantina/MG, 2012..... 49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição dos adultos por área de abrangência. Diamantina/MG, 2012 (n=660)..... 32

TABELA 2 Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (n=397) por área de abrangência em Diamantina/MG, 2012..... 40

TABELA 3 Profissional /serviço responsável pelo atendimento de saúde ao adulto, das áreas de abrangência das ESF (n=397), Diamantina/MG 2012..... 41

TABELA 4 Média/Mediana dos Escores dos atributos da APS, identificadas pela população adulta (n=397) de Diamantina/MG, 2012..... 42

LISTA DE ABREVITURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Anunciantes
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ABIPEME	Associação Brasileira de Propaganda e Marketing
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial em Álcool e drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CISAJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS
CVV	Centro Viva Vida
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HEMOMINAS	Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV	Vírus da Imunodeficiência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes comunitários de Saúde
PCATool	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSF	Programa de Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1.0) Introdução..... 13

1.1) Organização do Serviço de Saúde Brasileiro no Âmbito da Atenção Primária à Saúde..... 13

1.2) Atenção à Saúde do Adulto..... 18

1.3) O PCATool e a Importância da Avaliação da Atenção Primária à Saúde..... 21

2.0) Objetivos 28

2.1) Objetivo geral..... 28

2.2) Objetivos específicos..... 28

3.0) Métodos..... 29

3.1) Localização geográfica..... 29

3.2) Delineamento do estudo..... 31

3.2.1) Cálculo da amostra..... 31

3.2.2) Critérios de inclusão e exclusão..... 32

3.3) Instrumentos e coleta dos dados..... 32

3.4) Equipe de trabalho..... 34

3.5) Teste do instrumento e estudo piloto..... 35

3.6) Análise estatística dos dados..... 36

3.7) Aspectos éticos..... 38

4.0) Resultados..... 39

5.0) Discussão..... 50

6.0) Conclusão..... 64

7.0) Referências 66

8.0) Apêndices..... 72

9.0) Anexos..... 74

1. INTRODUÇÃO

1.1 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE BRASILEIRO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O século XX foi marcado por discussões sobre saúde e pelo desenvolvimento de diversas experiências em todo o mundo, as quais buscaram formas de enfrentar as desigualdades e injustiças sociais que atingiam grande parte da população. Essas experiências forneceram a base para os princípios e conceitos expressos na Declaração de Alma Ata (1978), configurando novo paradigma sobre a saúde, que passa a ser um direito fundamental. A Atenção Primária à Saúde (APS) nesse cenário é postulada como a principal estratégia para atingir a meta de Saúde para Todos (ALMEIDA, 2002; STARFIELD, 2002).

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata em 1978, possibilitou um novo olhar sobre a questão da saúde da população. Nessa ocasião, a APS foi definida como:

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 2004).

Desde então vários países re/organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de fácil acesso, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas com características que foram apontadas na Declaração de Alma-Ata como pontos primordiais em um sistema de saúde.

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos (GIL, 2006).

A organização sanitária do Brasil do período colonial até a década de oitenta apresentava-se dicotomizada: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a

coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009).

Na década de setenta e início dos anos oitenta, com a vigência do regime político da ditadura militar, emergiu a necessidade de formulação do processo da reforma no setor saúde. Esta reforma esteve vinculada à transição democrática, liderada por um grupo de intelectuais, médicos, representações políticas do setor saúde, movimentos populares e organizações sindicais (ANDRADE, PONTES, MARTINS, 2000).

Esse processo ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária e desencadeou uma ampla discussão no país, culminando com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), onde se concretizou o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, a definição de saúde como direito de cidadania e dever do Estado e na qual foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – SUS, proposto posteriormente pela constituição de 1988 (MENDES, 2001).

O SUS foi fruto de uma conquista popular em permanente processo de construção e aperfeiçoamento. A atuação tradicional do setor saúde, inclusive no Brasil, sempre conduziu a compreensão do indivíduo de forma isolada do seu contexto familiar, com tendência generalizante, fragmentando-o e compartimentando-o de suas realidades familiar e comunitária, contradizendo os princípios da APS (BRASIL, 1997).

O esgotamento desse modelo coincide com o início do movimento sanitário brasileiro, que surge, portanto, impulsionado por dois “sentimentos”: o da crítica ao modelo vigente e o da construção de uma imagem-objetivo de um novo sistema de saúde para o país, que pode ser visualizada por dois ângulos – o da conquista do direito universal ao acesso e o da organização do sistema de serviços de saúde (SILVA, 2009).

Assim, chega-se ao entendimento da necessidade de uma nova prática, constituída de forma democrática e participativa. Foi a partir dessa nova percepção e da necessidade gerada, que surgiu, no país, o primeiro programa de atenção primária ampliada, como estratégia de organização da assistência prestada: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (TEIXEIRA, 2004).

As primeiras equipes do PACS foram criadas no nordeste e posteriormente no norte do país. Elas tinham o propósito central de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações em situação de maior pobreza e consequentemente, mais exposta ao risco de adoecer, priorizando a população materno-infantil e oferecendo procedimentos simplificados de saúde. O trabalho dos agentes comunitários de saúde trouxe inúmeras vantagens para a população brasileira. Entre elas as contribuições mais significativas foi a redução da mortalidade materna e infantil, o aumento do número de gestantes que fazem o pré-natal, o aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo e a diminuição da desnutrição infantil (UNICEF, 2005).

No final de 1993, iniciou-se uma discussão com municípios já engajados no PACS, pois, apesar de se ter alcançado êxito, havia a necessidade de incorporar novos profissionais, para que os agentes não trabalhassem de forma isolada. Foram reconhecidas as limitações desse modelo como instrumento suficiente para provocar mudanças efetivas na forma de organização da APS, suscitando a necessidade de uma nova estratégia (BRASIL, 2002).

A mudança do modelo de saúde vigente se desenvolveu, principalmente, a partir de 1993-1994 quando foram desencadeados os processos de implementação do Programa Saúde da Família (PSF). Desde então, o PSF passa a englobar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos, através da ampliação e qualificação da APS (BRASIL, 2002).

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil define a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica (Atenção Básica foi a expressão escolhida pelo MS para abranger todas as iniciativas situadas no primeiro nível de atenção à saúde voltada para a sua promoção, tratamento de agravos, prevenção e reabilitação, sendo considerado sinônimo de Atenção Primária) levando em consideração os preceitos do SUS.

A Atenção Básica, para o MS do Brasil é caracterizada por:

> [...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006 p. 71).

E tem como área estratégica:

> [...] a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs (BRASIL, 2006 p.71).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2007).

A ESF enfatiza ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, sem descuidar da cura e reabilitação e, tem seu foco de ação voltado para o coletivo. Esse modelo de atenção reconhece a saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, tornando-o mais coerente com o conceito da atenção primária (RIBEIRO et al., 2008).

Segundo o MS (2005 p. 18 -19):

> A **Promoção da Saúde** foi definida pela OMS (1986) como "o processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre, e melhorem sua saúde". Os pré-requisitos para saúde vão além da simples prevenção de doenças, ou de estilo de vida próprio, incluindo aspectos como "paz, proteção, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça e equidade social". Busca-se a construção de uma capacidade para analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como, sobre os problemas que afetam a vida e as condições em que se vive.
>
> A **Prevenção de doenças** e agravos adota enfoque na redução dos fatores de risco para indivíduos e grupos sociais, contando para tal com os conhecimentos e metodologias acumuladas pela saúde coletiva em suas diversas áreas e ações programáticas. São enfatizadas ações de prevenção primária através da promoção de saúde (evitar o aparecimento da doença na população geral, intervindo nos fatores de risco), e proteção específica (evitar o aparecimento da doença em grupos subclínicos ou grupos de risco). Estas incluem as ações previstas na área de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.
>
> A Assistência e o **Tratamento** (prevenção secundária) se dirigem ao reconhecimento precoce da doença, a adoção de medidas de tratamento individual, familiar e comunitário, integrais em conformidade com o nível de atenção e o desenvolvimento atual da tecnologia em saúde. Para isso, as equipes de saúde devem

> ter acesso a condições de trabalho que garantam a qualidade do atendimento aos pacientes, às famílias e à comunidade, bem como, a garantia da referência aos demais níveis de atenção do sistema.
>
> A **Reabilitação da saúde** (prevenção terciária) tem por propósito restabelecer a capacidade funcional das pessoas que a tiveram prejudicada como consequência do processo de adoecimento. No contexto da estratégia Saúde da Família, as ações de reabilitação requerem o estreito envolvimento da família e de condições domiciliares para o alcance de melhores resultados nessa dimensão do cuidado, assim como acesso a serviços especializados de reabilitação quando necessário.

Ainda na linha histórica, em 2006, o MS aprova o Pacto pela Saúde por meio da Portaria 399/06 e 699/06 que regulamenta as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida e de Gestão. Após essas diretrizes, o MS institui a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB editada na Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para PSF e o PACS, pactuando indicadores de atenção à saúde como saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal e controle de patologias que mais uma vez traduz um esforço para consolidação de uma atenção primária à saúde resolutiva (MARTINS, 2012).

A Saúde da Família como principal estruturador dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes saúde da família (BRASIL, 2013).

Desde a sua criação o número de equipes da ESF vem aumentando significativamente. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Em 1994 eram apenas 328 equipes de saúde da família implantadas, em 1997 eram 1.623, em 2001 já existiam 13.168, em 2004 o número de equipes chegou a 21.300, em 2006 o total era de 26.729, cobrindo 46,2% da população brasileira, e em 2013 já existem 33.193 equipes, cobrindo 64,3% da população, o que corresponde a uma cobertura potencial de 105.377.342 milhões de pessoas (BRASIL, 2013).

A partir deste contexto pode-se perceber que o aumento do número de equipes melhorou o acesso ao cuidado integral e continuo aos portadores das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), propiciando, assim, uma plataforma para a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

1.2 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO

A estrutura da pirâmide por faixa etária no Brasil mostra que a partir de 1991, percebeu-se, nitidamente, o salto numérico da população em idade ativa (15 a 59 anos), ou seja, os chamados jovens e adultos, tanto em termos relativos como absolutos (BRASIL, 2009).

Importante chamar atenção para o fato de que a tendência do aumento progressivo de pessoas em idade ativa, previsto para o país até 2030, consubstancia o fenômeno denominado bônus demográfico. A expressão vem sendo muito utilizada na área da demografia, objetivando chamar atenção dos gestores das políticas públicas para o momento que se está verificando na dinâmica populacional brasileira. Demonstra que, além da busca de soluções para problemas histórico-estruturais da sociedade brasileira, há que se enfrentarem os novos obstáculos que começam a surgir, em decorrência do processo de envelhecimento da população (BRASIL, 2009).

A redução da população de crianças e jovens e o consequente aumento da população adulta e idosa está associada à queda continuada dos níveis de fecundidade e ao aumento da esperança de vida. A proporção de idosos, entre 1998 e 2008, aumentou de 8,8% para 11,1%. Atualmente, todos os estados do sudeste e sul, assim como a maioria do nordeste já alcançaram esta proporção. Estes dados mostram como o processo da longevidade está presente na sociedade brasileira e já indicam providências urgentes para garantir uma infraestrutura de atendimento a esses idosos, revelando a necessidade de uma constante revisão das políticas públicas voltadas para este segmento populacional (IBGE, 2009).

O Brasil, em decorrência do envelhecimento populacional, está enfrentando progressivamente a substituição das doenças infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas e degenerativas (IBGE, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) classifica como DCNT as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias. Faz parte do elenco das doenças: o alcoolismo, a dependência química, a tuberculose e a hanseníase (PIANCASTELLI, 2012).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada nos anos de 1998, 2003 e 2008, mostrou em sua última edição que, no total da população residente, 31,3% afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, correspondendo a 59,5 milhões de pessoas. O

percentual de mulheres com doenças crônicas (35,2%) é maior do que o de homens (27,2%), e aumenta com a idade: 45% para a população de 40 a 49 anos de idade e 79,1% na população de 65 anos ou mais de idade. A doença crônica mais frequentemente relatada no total da população entrevistada foi a hipertensão arterial (14,1%), seguida de doenças da coluna (13,5%) (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*, assumiram ônus crescente e preocupante em decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas. Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registraram prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade (BRASIL, 2011).

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de morte e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente tenham acesso a esses cuidados (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a saúde do adulto torna-se ainda mais importante, sendo necessário questionar sobre o momento em que se deve trabalhar com a prevenção de agravos da saúde e o atendimento que é dado ao adulto na promoção de saúde, prevenção de doenças e na recuperação, visando à qualidade de vida com mais dignidade e à velhice saudável (PIANCASTELLI, 2012).

A nova configuração traz à tona novas bases para a discussão acerca de políticas dirigidas a determinados segmentos etários, não só em relação às crianças e adolescentes, naqueles aspectos vinculados à saúde, educação e atenção materno-infantil, mas também em relação aos jovens, adultos e idosos, principalmente no que concerne às políticas de emprego, previdência social e serviços médicos que assumem um grau crescente de complexidade (BRASIL, 2009).

Dado que o processo de trabalho da equipe da ESF implica uma práxis que leva em conta o indivíduo, a família e a comunidade, nada mais coerente do que abordar o ser adulto dentro de uma perspectiva que possibilite compreensão mais abrangente dessa fase do ciclo de vida humano (PIANCASTELLI, 2012).

Neste contexto, a prevenção e o manejo cientificamente embasados dessas patologias são ações programáticas prioritárias para o MS brasileiro, por meio do programa de controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* (HIPERDIA), ações de controle e combate à tuberculose e à hanseníase, HIV/AIDS e à assistência farmacêutica – esse conjunto de diretrizes indicará a direção para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada de atenção à saúde do adulto (MINAS GERAIS, 2006).

1.3 O PCATOOL E A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Diante do aumento da cobertura populacional da ESF e seus serviços, cresce também a necessidade de produzir conhecimento científico sobre a atenção básica, sendo a avaliação dos serviços de saúde um instrumento importante desse conhecimento (HARZHEIM et al., 2005).

Para o MS (2005a, p. 18 – 19):

> "A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial da avaliação da atenção básica, a avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são corresponsáveis 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".

Desde 1998, o MS vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da Atenção Básica em conjunto com as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e instituições de pesquisa, mediante o Pacto pela Atenção Básica, além dos estudos de linhas de base e, mais recentemente, da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (FIGUEIREDO, 2013).

O AMQ integra o componente III do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) cujo objetivo é o fortalecimento da atenção básica no país, através de três componentes de atuação: I. Apoio à conversão e expansão da estratégia Saúde da Família – dirigido aos municípios acima de 100.000 habitantes. II. Desenvolvimento de recursos humanos da Estratégia Saúde da Família– dirigido a estados e municípios, independente do porte. III. Monitoramento e avaliação – dirigido a estados e municípios, independente do porte (BRASIL, 2005).

Apesar do esforço para o desenvolvimento de instrumentos de aplicabilidade nacional, observa-se que a abrangência dessas avaliações, inclusive da AMQ, ainda é limitada. Reflete-se, assim, a não institucionalização da cultura da avaliação, cujas causas podem estar relacionadas a duas ordens de dificuldades: seja para se chegar a um consenso sobre a pertinência dos resultados produzidos, seja para se utilizar desses mesmos resultados nos processos decisórios (CONTRANDIOPOULOS, 2006; MS, 2010).

Avaliar é formular um juízo de valor sobre algo: as políticas de saúde, as necessidades de saúde da população, a organização e a operacionalidade do trabalho em saúde, os resultados das ações etc., utilizando como referência os pressupostos e valores que fundamentam as escolhas dos sujeitos envolvidos (profissionais de saúde, usuários, população geral) com a atenção em saúde, os princípios gerais que norteiam a avaliação, a aplicação de critérios e normas técnicas e a adequação na disponibilidade e utilização de recursos materiais. Pressupõe, a tomada de posição sobre o sucesso e/ou fracasso da ação sob apreciação, independentemente desse julgamento ser resultado de uma avaliação normativa (normas e padrões) ou de uma pesquisa avaliativa (procedimentos científicos) (HARTZ, 1997).

As atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis são essenciais para orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações (MERHY, 2002).

A avaliação deve ser feita por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, posicionarem-se e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CHOMATAS, 2009).

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma. Entretanto, a questão fundamental a ser enfrentada é como medir desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade e montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem conseguir melhores resultados (HURST, 2002).

Disponibilizar os serviços é tão importante quanto avaliá-los por meio de ferramentas e metodologias que possibilitam um diagnóstico que condiz com realidade da APS, respeitando suas particularidades locais.

Em uma re/leitura da declaração de Alma-Ata, Starfield (1992) definiu atributos que caracterizavam um serviço quanto à orientação para a APS, sendo estes o acesso de primeiro contato ao sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção, a coordenação da assistência e a atenção centrada na família e na comunidade.

Entre os marcos teórico-conceituais da APS destaca-se a publicação "PrimaryCare: Balancing Health Needs, Services, and Technology", da Professora Barbara Starfield, em 1998, traduzido para língua portuguesa e publicada no Brasil em 2002. O livro traz evidências sobre o papel da APS nos sistemas de saúde, evidências científicas dos seus impactos na saúde da população e compara o custo benefício entre países com diferentes formas e em diferentes graus de implantação dessa estratégia, além de propor uma estrutura para mensurá-la e definir seus atributos (AGUIAR & MARTINS, 2012).

Starfield (2002) define e conceitua os quatro atributos essenciais da APS:

Primeiro contato: implica na acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou para acompanhamento rotineiro de saúde, constituindo, o serviço de saúde, como porta de entrada. Mas, para isso, é necessário que o serviço seja acessível à população, eliminando as barreiras financeiras, geográficas, operacionais e culturais;

Longitudinalidade: é a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;

Integralidade: consiste na prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Requer a oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias;

Coordenação: implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços. Para existir coordenação do cuidado é necessário que ocorra transferência de

informações sobre os problemas dos pacientes, bem como da atenção recebida em outros pontos de atenção, possibilitando assim a continuidade do cuidado.

A autora ainda define duas outras características, chamadas de princípios derivados da atenção primária:

Centralização familiar: prevê considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde;

Orientação comunitária: pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem. Exige, pois, uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva.

Uma vez que a ESF passa a ser responsável pela reorganização da Atenção Básica, é imprescindível que os profissionais de saúde aprendam a reconhecer quais são as necessidades e demandas de saúde das famílias de sua área adscrita, e ao reconhecê-las, consigam propor intervenções (RIBEIRO, 2009).

Apesar da necessidade de avaliação, existem desafios substanciais para estabelecer parâmetros de qualidade da APS que sejam mensuráveis.

Nessa perspectiva, em 1997, na Johns Hopkins University, Starfield e pesquisadores do Primary Care Policy Center elaboraram uma série de instrumentos para avaliação da APS, reunidos no chamado Primary Care Assessment Tool (PCATool), um instrumento de avaliação da atenção primária voltada para a saúde da criança e em 2001 um instrumento para a atenção primária voltada para adultos (STARFIELD, 2002; SHI, et al, 2001).

Essas ferramentas balizam-se nos atributos essenciais e derivados da APS sistematizados por Starfield: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural. A partir desses atributos, foram utilizadas as proposições de Donabedian, sendo considerados elementos de estrutura e processo de cada um dos atributos, o que possibilita a avaliação da relação entre a utilização de serviços da APS e os resultados em saúde (FIGUEIREDO, 2013).

Essa tríade foi desenvolvida para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde. A *estrutura* é composta pelos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros

necessários para a assistência médica, além de incluir o financiamento e a disponibilidade de mão de obra qualificada. O *processo* compreende as atividades que envolvem os profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos, sendo, que a análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. Por fim, o *resultado*, que é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DONABEDIAN, 1984).

Ao avaliar a APS é necessário identificar se esses serviços são orientados pelos seus atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação e por seus princípios derivados que constitui focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Suas presenças e extensões promovem melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, menores custos e maior equidade, e, consequentemente, provocam impacto sobre o estado de saúde das populações e das pessoas (STARFIELD, 2002).

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento PCATool 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, conduzido pelo grupo de pesquisa de atenção primária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (DUNCAN, 2006; HARZHEIM, 2006).

Ao longo dos anos, essa ferramenta foi utilizada e validada em diversos países, como Espanha e Canadá (PASARIN, et al, 2007). No Brasil, estudos analisaram a presença e o grau dos atributos da APS, aplicando versões do PCATool em usuários e profissionais de saúde lotados em serviços com diferentes formas de organização e financiamento (FIGUEIREDO, 2013).

Estudos utilizando o PCATool demonstraram que a ESF teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, sobre a redução de internações por condições sensíveis à APS, sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, assim como ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista sociossanitário. Entretanto, estudos apontam a heterogeneidade da qualidade da atenção prestada pelas equipes da ESF, assim como os desafios de ampliar a sua capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil, especialmente no caso das doenças crônicas (HARZHEIM, 2013).

O protagonismo dos usuários ocorre na medida em que sua participação implica num julgamento sobre a característica dos serviços, e consequentemente sobre sua qualidade, o que fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade da atenção (Favaro e Ferri *apud* UCHOA, 2011).

Considera-se que os processos de avaliação da satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde podem atuar para a construção de uma nova perspectiva do cuidado e que, além de monitorar as atividades desses serviços, pode fortalecer o controle social e a participação/inclusão dos usuários nos processos de planejamento. Pode contribuir, portanto, para a construção de alternativas conjuntas – entre serviços de saúde e usuários – para intervenções mais adequadas para solucionar problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde (BRANDÃO et al., 2013).

Apesar das instâncias de controle social existentes no SUS, dar voz ao usuário não tem sido uma prática tão frequente no setor saúde. Portanto, desenvolver pesquisas que analisem, avaliem e interpretem suas demandas e necessidades são imprescindíveis para se identificar dificuldades e assim, construir propostas de atuação. Nesta perspectiva foi que o presente estudo teve por objetivo avaliar os atributos da atenção primária com ênfase na saúde do adulto, a partir dos usuários pertencentes às áreas de abrangência de equipes ESFs que compõem a rede de APS do município de Diamantina/MG.

Acredita-se que os resultados gerados darão subsídios para que os gestores e os profissionais de saúde possam planejar e organizar a atenção primária com foco na assistência ao adulto e, consequentemente, promover a saúde no âmbito sanitário no Vale do Jequitinhonha, que é tão desprovido de profissionais e recursos. Tem-se, como meta, que, para além do âmbito local, os conhecimentos gerados nesta pesquisa possam, de alguma forma, ser úteis para os profissionais de saúde e gestores envolvidos nas ESFs de outras localidades do país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os atributos da atenção primária com ênfase na saúde do adulto nas Estratégias de Saúde da Família em Diamantina/MG.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a proporção de adultos cadastrados nas equipes de saúde da família, que tem a ESF como serviço preferencial de consulta;
- Caracterizar o perfil sócio demográfico dos adultos usuários das ESFs de Diamantina/MG;
- Fornecer escore geral dos atributos por área de abrangência das ESFs de Diamantina/MG;
- Fornecer escores em relação aos atributos essenciais (acesso (utilização e acessibilidade), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), longitudinalidade, coordenação (sistema de informações e integração de cuidados) e para os atributos derivados (orientação familiar e comunitária)) por área de abrangência das ESFs de Diamantina/MG;
- Comparar as áreas de abrangência pertencentes às ESFs quanto aos atributos de Atenção Primária à Saúde do adulto.

3 MÉTODOS

3.1 Localização geográfica

Essa pesquisa foi realizada nas áreas de abrangência das ESFs de Diamantina/MG, município de 45.880 pessoas (IBGE2010), localizada a cerca de 296Km da Capital do Estado.

Fonte: www.marlivieira.blogspot.com

FIGURA. 1- Mapa de localização do município de Diamantina

Em Diamantina, a rede de serviços públicos de APS consta de nove equipes de ESF sendo, sete equipes na zona urbana e duas equipes na zona rural, abrangendo 67,3% da população; e três equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), situadas na zona rural, que abrange 14,2% da população, totalizando 81,5% de cobertura populacional.

Ainda compõe a rede de saúde local: dois hospitais (Santa Casa de Caridade de Diamantina e Hospital Nossa Senhora da Saúde), um centro de hemodiálise, um centro de terapia intensiva, uma policlínica regional, um centro de testagem e aconselhamento em HIV/AIDS (CTA), um centro de especialidades odontológicas (CEO), três laboratórios de análises clínicas, um centro de apoio psicossocial (CAPS II), um centro de apoio psicossocial álcool e droga (CAPS AD), um centro de apoio à coleta, triagem e diagnóstico sanguíneo (HEMOMINAS), um centro especializado em reabilitação (CER), um centro viva vida (CVV) e um Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE).

O presente estudo foi realizado com a população adulta residente nas seguintes áreas de abrangência das ESFs, localizadas na zona urbana do munícipio de Diamantina: áreas 01 e

02 – Bairro Rio Grande, área 03 - Bairro da Palha, área 04 - Bairro Arraial dos Forros, área 05 - Bairro Vila Operária, área 06 - Bairro Bom Jesus e área 07 – Bairro Bela Vista, como demonstrado na FIG. 2.

O município contava à época do estudo com uma população de 17.091 pessoas acima de 20 anos cadastradas nas sete ESFs do referido estudo, perfazendo uma cobertura populacional de 69,5%.

Fonte: SMS Diamantina, 2009

FIGURA. 2 – Territorialização das áreas adscritas pelas ESFs da área urbana de Diamantina/MG, 2013.

3.2 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo transversal, descritivo, analítico, de abordagem quantitativa, para verificar e avaliar os atributos da atenção primária nas Estratégias de Saúde da Família em Diamantina/MG.

3.2.1 Cálculo da amostra

A população desta pesquisa foi composta por indivíduos com idade superior a 20 anos cadastrados nas ESFs do município de Diamantina/MG.

Foi realizado o cálculo do tamanho amostral considerando um nível de significância de 95%, erro de estimativa de 4% e uma prevalência de 50% de adultos acima de 20 anos cadastrados pelas ESFs, uma vez que este dado era desconhecido na população de Diamantina. Para compensar eventuais perdas o resultado foi acrescido de 10%.

Realizando o cálculo $\left(\frac{n= Z^2 \times P(1-P)}{E^2}\right)$ verificou-se que seria necessário entrevistar 660 sujeitos.

Os adultos foram selecionados por meio da amostragem aleatória sistemática estratificada, a partir do cadastro nesta faixa etária no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), adquiridos em cada equipe pela pesquisadora em formulário específico (APÊNDICE A). Realizou-se, então, a distribuição de modo proporcional a real distribuição dos adultos por equipe de saúde da família (Tabela 1). Com o objetivo de aumentar a representatividade da amostra, somente um adulto por domicílio e responsável participou da pesquisa. Na ocorrência de encontrar mais de um adulto cadastrado, foi selecionado para a entrevista o responsável mais velho, a fim de avaliarmos a continuidade da assistência.

O intervalo amostral (IA) foi calculado dividindo-se o número total de adultos mais velhos relacionados pelo número amostral da área de abrangência. Em seguida, foram selecionados os adultos a partir do resultado desta divisão aplicando-se o intervalo amostral encontrado.

TABELA. 1- Distribuição dos adultos por área de abrangência. Diamantina/MG, 2012 (n=660).

Área geográfica de atuação/ Bairro	Área de abrangência	População SIAB acima de 20 anos	Proporção	Amostra
Rio Grande	01	2.408	14%	92
Rio Grande	02	2.173	13%	86
Palha	03	2.183	13%	86
Arraial dos Forros	04	2.285	13%	86
Vila Operária	05	2.801	16%	106
Bom Jesus	06	2.867	17%	112
Bela Vista	07	2.374	14%	92
Total		17.091		660

3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão adultos que eram habitantes da área de cobertura da ESF; com idade superior a 20 anos; ter sido cadastrado pelo agente comunitário de saúde na ficha de cadastramento familiar (FICHA A) há pelo menos um ano e ser o indivíduo mais velho, em caso do domicílio ter mais de um adulto.

Como critério de exclusão adotou-se não apresentar condições físicas e/ou mentais para responder ao questionário.

3.3 Instrumentos e coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro a agosto de 2012. Foi utilizado o instrumento chamado *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (*PCATool* – do inglês *Primary Care Assessment Tool*), validado no Brasil na forma de entrevista, por Harzheim et al., (2006) que mede a extensão e a qualidade dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integração e coordenação) e derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS em serviços de atenção à saúde do adulto. A versão validada do PCATool adulto possui além de questões para avaliar os atributos da APS, três perguntas que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde. O questionário possui perguntas estruturadas e foi aplicado ao adulto no domicílio dos mesmos. As respostas são do tipo

Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo (1= com certeza não, 2= provavelmente não, 3= provavelmente sim e 4= com certeza sim) (ANEXO A).

A versão validada do PCATool do adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3).

2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).

3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).

4. Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14).

5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9).

6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3).

7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22).

8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11).

9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3).

10. Orientação Comunitária (J). Constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

Os itens do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido sua importância conceitual, estes itens foram mantidos no PCATool Brasil versão Adulto (BRASIL, 2010).

Também foram coletados dados em relação às características demográficas e socioeconômicas. O estrato social foi definido através do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil de 2005 (Critério Brasil) que entrou em vigor em 2008 (ABEP, 2007). Criado pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e pela Associação Brasileira de

Propaganda e Marketing (ABIPEME), o Critério Brasil divide a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo. Consiste em uma escala ou classificação socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família (ANEXO B).

Os adultos selecionados foram visitados pelos entrevistadores treinados e as entrevistas foram realizadas ou agendadas para a data adequada aos respondentes. Caso no domicílio selecionado não fosse possível realizar a entrevista por qualquer razão, o mesmo foi substituído, pelo domicílio vizinho, até ser encontrado usuário com características necessárias à pesquisa. Foram entrevistados usuários de ambos os gêneros, com taxa de resposta de 93,2% (n=615).

3.4 Equipe de trabalho

Para aplicação dos questionários, foi realizada seleção dos entrevistadores, que eram alunos dos diversos cursos da saúde (enfermagem, nutrição, fisioterapia e farmácia) e da área de humanas (bacharelado em humanidades) e tinham interesse em participar das atividades de campo. Após a seleção, foi realizado treinamento teórico-prático com duração de 40 horas, conduzido pela pesquisadora. Neste momento, foi explicado aos entrevistadores o objetivo da pesquisa, entregue um manual de instruções para utilização do questionário (ANEXO C) enfatizando a importância da postura e ética na condução da entrevista.

3.5 Teste do instrumento e estudo piloto

Foi realizado o teste do instrumento de pesquisa que permitiu identificar perguntas que necessitariam ser reformulada ou excluída, a adequação de espaço para respostas e a pertinência das informações solicitadas, considerando os objetivos dessa pesquisa. O teste piloto foi realizado por meio de entrevistas com moradores do município, em uma área semelhante às referidas áreas deste estudo. Buscou-se avaliar a adequação das perguntas do

ponto vista da compreensão e se as respostas obtidas atingiram o objetivo do questionamento. Estas informações não foram utilizadas na análise dos resultados da pesquisa.

- **Identificação do serviço preferencial**

Os serviços referidos como preferencial para atendimento à saúde do adulto foram definidos quando o usuário mencionou o mesmo local de atendimento para as três questões iniciais do PCATool referentes a utilização e vínculo (ANEXO A). Caso o usuário referisse dois serviços diferentes para as perguntas iniciais, era identificado o serviço que foi referido duas vezes. Caso o usuário referisse três distintos serviços para as três perguntas, era identificado o serviço referido na primeira pergunta. Se para as três perguntas houvesse resposta negativa, era identificado o serviço que o adulto havia consultado pela última vez. A partir deste ponto todo o questionário foi realizado com base no serviço identificado.

A partir do número de vezes que um serviço era referido para as três questões iniciais do PCATool, foi identificado o grau de afiliação com o serviço preferencial pelo adulto. Quanto mais citado o mesmo serviço para as perguntas iniciais, maior o grau de afiliação daquele usuário com o serviço referido.

- **Características socioeconômicas e demográficas**

Foram utilizadas variáveis que representavam características socioeconômicas (escolaridade, renda familiar e plano de saúde), demográficas (idade, sexo, estado civil), definido através do critério Brasil 2008, referido anteriormente.

3.6 Análise estatística dos dados

Os resultados obtidos na análise do perfil sócio demográfico foram expressos por frequências, por média e desvio padrão.

O cálculo dos escores foi realizado conforme recomendação dos organizadores do questionário PCATool - versão Adulto (BRASIL, 2010).

O instrumento exige que, para análise dos dados, ocorra a inversão dos valores dos itens C9, C10, C11, C12 que, tiveram seus valores invertidos para: valor 4=1, valor 3=2, valor 2=3 e valor 1=4.

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 foram calculados os escores deste componente para este entrevistado. Caso a soma de respostas em branco ("*missing*") com respostas "9" ("não sei/não lembro") fosse inferior a 50% do total de itens de um componente, transformou-se o valor "9" para valor "2" ("provavelmente não"). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010).

Primeiramente calculou-se o escore do grau de afiliação do adulto ao serviço de saúde/profissional de saúde, ou seja, a frequência na qual reconhece o serviço ou o profissional de saúde como referência para a assistência. A frequência foi calculada mediante a utilização de um algoritmo estruturado (HARZHEIM, 2006) de acordo com as diferentes possibilidades de respostas do adulto às três assertivas a seguir:

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

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

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

Para o cálculo do escore do "Grau de Afiliação" utilizou-se o seguinte algoritmo:

- Todas as respostas NÃO: A1 = A2 = A3 = 0, então Grau de Afiliação = 1;

- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços: A1 ≠ A2 ≠ A3 ≠ 0 , então Grau de Afiliação = 2;
- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço: A1 = A2 ou A1=A3 ou A2=A3 e iguais a SIM, então Grau de afiliação = 3;
- Todas as respostas SIM: A1 = A2 = A3 = 1, então Grau de Afiliação = 4.

Para obter-se o escore da qualidade da APS foi calculada a média dos valores, de acordo com orientações contidas no Manual do Instrumento de avaliação da APS – PCATooL:

- **Escore de cada atributo**: obtido através da média dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão do atributo: Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3). Escore = (B1+ B2+ B3)÷3

- **Escore Essencial**: obtido através da média de cada atributo essencial (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade) mais grau de afiliação, dividido pelo número de componentes: Escore Essencial = (A^* + B + C + D + E + F+ G + H) ÷ 8.

*A = Grau de Afiliação

- **Escore Derivado**: obtido através da soma das médias dos atributos derivados (orientação familiar e comunitária): Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3) ÷ 3; Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6) ÷ 6; Escore Derivado: I + J.

- **Escore Geral da APS**: valor médio dos atributos essenciais e derivados e o do grau de afiliação. Escore Geral = (A+B+C+D+E+F+G+H+(I+J)÷10.

Para melhor compreensão dos dados, o instrumento sugeriu uma transformação dos escores em escala de 0 – 10. Para tal utilizou-se a seguinte fórmula:

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

Foram considerados altos escores, os valores iguais ou maiores a 6,6 (seis vírgula seis), que equivalem a um ajustamento dos escores apontados na escala de Likert original a uma escala entre zero e dez, para cada um dos atributos avaliados, conforme recomendação dos estudos mais recentes que aplicam o mesmo instrumento (OLIVEIRA, 2007).

Vale ressaltar que os cálculos dos escores para cada atributo foram calculados para cada uma das sete áreas de abrangência do referido estudo.

Utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 19.0 com nível de significância < 0,05, bem como, o programa Prisma. O teste Kolmogorov- Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Devido ao fato da distribuição dos dados ser assimétrica e para avaliar os escores gerais e os escores de cada atributo em relação às áreas de abrangência utilizou-se o teste Kruskal-Wallis, com Post Hoc de Dunn.

3.7 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos da pesquisa seguiram considerações de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) sob o número de protocolo 088/11 (ANEXO D). Os entrevistados convidados a participar foram esclarecidos por escrito através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e orientados quanto aos objetivos da pesquisa, à liberdade de interromper a participação em qualquer fase da pesquisa e no momento em que julgar necessário, à preservação da sua privacidade, sigilo de sua identidade, à confidencialidade das informações prestadas, aos riscos e benefícios da pesquisa, sobre a participação voluntária sem ônus e ao seu direito de acesso aos resultados obtidos pelo estudo.

4 RESULTADOS

Dos 660 sujeitos, foram entrevistados 615 (93,2%) da população adulta adscrita às equipes de atenção primária de Diamantina. 45 entrevistas (6,8%) foram consideradas perdas por motivos de falecimento, recusa em participar da pesquisa, endereço inexistente e usuário sem condições para responder ao questionário. Na amostra final de 615 sujeitos, observou-se que 64,5% (n=397) dos sujeitos entrevistados referiram a ESF quando ficavam doentes ou precisavam de conselhos sobre a sua saúde e 35,5% (n=218) declararam utilizar outros serviços, entre os quais consultório particular (28,8%), pronto atendimento (5,0%), ambulatórios (1,0%) e 0,7% outros serviços, como fonte de cuidado que não aquele ao qual estavam geograficamente adscritos (dados não demonstrados).

Quanto à caracterização do perfil sócio demográfico da população de estudo (n=397) observou-se que 71,0% (n=282) eram do sexo feminino com média de idade de 50,5 anos (DP ± 16,1). 86,4% (n=343) dos entrevistados declararam renda média menor que dois salários mínimos e baixa escolaridade, sendo 61,5% (n=244) com até o ensino fundamental. 51,9% (n=206) eram casados, 16,6% (n=66) eram viúvos e 88,2% (n=350) relataram não possuírem plano de saúde, como pode ser evidenciado na Tabela 2.

TABELA. 2 – Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (n=397) por área de abrangência em Diamantina/MG, 2012.

Variáveis	Área 01 (n=66)	Área 02 (n=57)	Área 03 (n=62)	Área 04 (n=43)	Área 05 (n=46)	Área 06 (n=53)	Área 07 (n=70)	Total
Idade (média (DP))	48,7 (±16,5)	48,5 (±14,2)	49,8 (±17,0)	55,9 (±16,3)	46,0 (±14,5)	47,4 (±14,3)	56,9 (±16,4)	**50,5 (±16,1)**
Sexo								
Masculino (%)	24,2	15,8	30,6	39,5	39,1	18,9	37,1	**29,0**
Feminino (%)	75,8	84,2	69,4	60,5	60,9	81,1	62,9	**71,0**
Escolaridade								
Até a 7ª série fundamental (%)	71,2	57,9	80,6	53,5	43,5	45,3	67,1	**61,5**
Fundamental completo (%)	10,6	19,3	3,2	14,0	21,7	20,8	1,4	**12,1**
Médio completo (%)	13,6	19,3	14,5	30,2	32,6	30,2	28,6	**23,4**
Superior completo (%)	4,5	3,5	1,6	2,3	2,2	3,8	2,9	**3,0**
Renda								
< que 2 salários mínimos (%)	89,4	89,5	93,5	72,1	80,4	73,6	97,1	**86,4**
> que 2 salários mínimos (%)	10,6	10,5	6,5	27,9	19,6	26,4	2,9	**13,6**
Estado Civil								
Casado (%)	48,5	33,3	62,9	60,5	52,2	51,9	55,7	**51,9**
Separado (%)	7,6	10,5	3,2	14,0	8,7	9,4	5,7	**8,1**
Viúvo (%)	13,6	22,8	14,5	14,0	10,9	11,3	25,7	**16,6**
Solteiro/não informado (%)	30,3	33,3	19,4	11,6	28,3	28,3	12,9	**23,4**
Plano de saúde								
Sim (%)	13,6	8,8	3,2	20,9	6,5	20,8	11,4	**11,8**
Não (%)	86,4	91,2	96,8	79,1	93,5	79,2	88,6	**88,2**

Após identificação da população de estudo, o próximo passo consistiu em avaliar qual o responsável pelo atendimento de saúde ao adulto, e que o conhece melhor como pessoa nas ESFs, a partir da experiência dos sujeitos. Os dados demonstraram que 42,1% (n=167) referiram a equipe da ESF sem distinção de profissões, seguidos dos profissionais enfermeiro e médico (23,9% e 21,9%, respectivamente). O profissional técnico ou auxiliar de enfermagem foi referido por apenas 0,5%, o agente comunitário de saúde por 4,0% e 7,6% referiram que nenhum profissional/serviço foi responsável pelo seu atendimento (Tabela 3).

TABELA. 3 - Profissional /serviço responsável pelo atendimento de saúde ao adulto, das áreas de abrangência das ESF (n=397), Diamantina/MG 2012.

Profissional	N	%
Médico	87	21,9
Enfermeiro	95	23,9
Técnico ou auxiliar de enfermagem	02	0,5
Agente Comunitário de Saúde	16	4,0
Equipe (ESF)	167	42,1
Nenhum	30	7,6
Total	397	100

A média do escore geral, obtido pelas médias dos escores dos atributos de cada área (Tabela 4), para avaliação da APS em todo o município resultou em um valor de 4,5 (Gráfico 1), abaixo do escore considerado adequado (alto escore ≥ 6,6). Cabe ressaltar, entretanto, que o escore geral obtido para a área 04 (5,4) mostrou-se superior ao escore geral obtido para as outras áreas (área 01 = 4,4; área 02 = 4,5; área 03 = 4,4; área 05 = 4,6; área 06 = 4,5 e área 07 = 4,1). Os resultados da avaliação da APS, por meio da aplicação do PCATool, utilizando-se médias do escore geral por área apresentam-se no gráfico 1.

TABELA. 4 – Média/Mediana dos Escores dos atributos da APS, identificadas pela população adulta (n=397) de Diamantina/MG, 2012.

Atributos da APS	Área 01		Área 02		Área 03		Área 04		Área 05		Área 06		Área 07		*P**
	Média/Mediana														
Acesso Utilização	7,9	10,0[ac]	8,4	10,0[a]	9,3	10,0[c]	8,4	10,0[ac]	8,4	10,0[ac]	8,8	10,0[a]	7,3	7,7[a]	<0.001
Acesso Acessibilidade	3,2	3,3[a]	2,9	3,0[a]	3,2	3,3[a]	4,8	5,0[b]	2,8	3,0[a]	2,9	3,0[a]	2,6	2,2[a]	<0.001
Longitudinalidade	5,9	6,2[a]	6,2	6,2[a]	6,4	6,4[a]	7,7	8,3[b]	6,0	5,9[a]	6,6	6,6[a]	5,8	6,2[a]	<0.001
Coordenação Integração de cuidados	2,7	0,0[ab]	2,1	0,0[ab]	1,2	0,0[a]	3,0	0,0[b]	1,9	0,0[ab]	1,2	0,0[a]	1,5	0,0[ab]	<0.001
Coordenação Sistema de informações	6,5	7,4[ac]	7,2	7,7[ac]	6,0	6,6[ad]	7,8	7,7[c]	6,8	7,7[acd]	7,5	7,7[c]	5,6	5,5[bd]	<0.001
Integralidade Serviços disponíveis	3,3	3,2[ac]	3,3	3,1[ac]	2,5	2,3[a]	6,9	7,8[b]	4,2	4,4[c]	3,7	3,7[ac]	3,4	3,4[ac]	<0.001
Integralidade Serviços prestados	3,6	3,2	3,1	2,5	2,6	2,0	4,1	3,6	3,2	2,3	3,3	3,6	2,9	2,3	<0.001
Orientação familiar	3,8	3,3[a]	4,2	3,3[a]	3,8	3,3[a]	6,5	7,7[b]	4,7	4,4[ab]	3,7	3,3[a]	4,9	4,5[ab]	<0.001
Orientação comunitária	4,5	4,7[ab]	4,0	4,4[ab]	5,0	5,0[a]	4,9	5,0[a]	5,4	5,0[a]	3,2	3,8[b]	4,2	4,1[ab]	<0.001

*Teste Kruskal – Wallis. Diferentes letras indicam diferenças estatisticamente significativas – Teste de Dunn. Letras devem ser consideradas na linha.

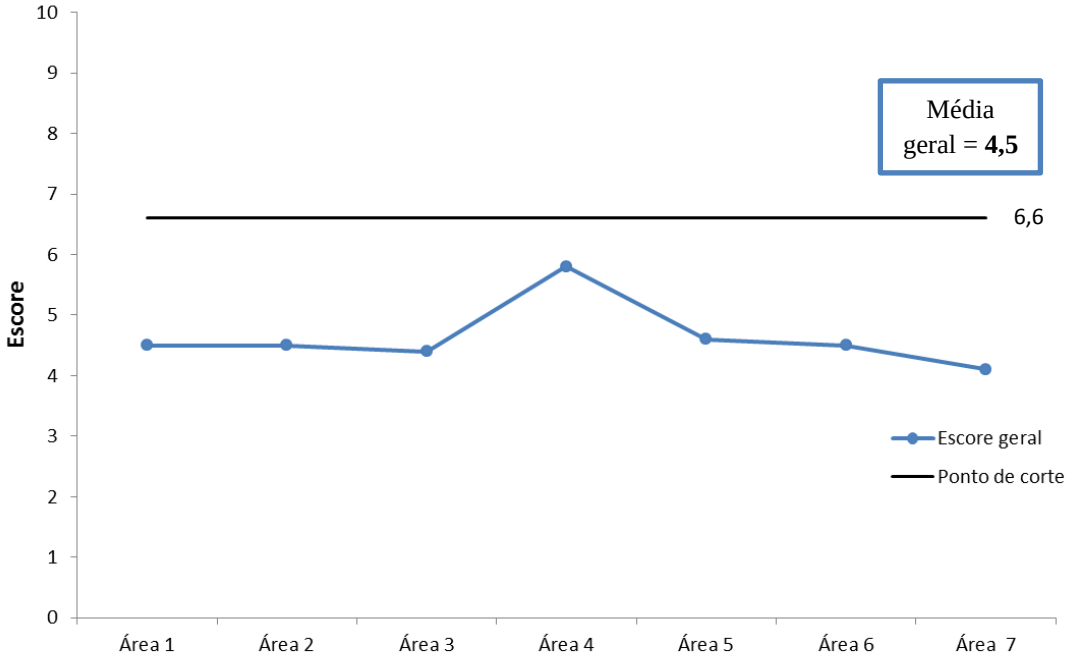

GRÁFICO 1 – Escore Geral por área de abrangência. Diamantina/MG, 2012.

Para melhor compreensão do escore geral observado em cada área estudada, foi identificada a média dos escores de cada atributo de todas as áreas de abrangência, e analisadas conjuntamente. Verificou-se que apenas os atributos "Acesso de primeiro contato – Utilização" e "Sistemas de informação" apresentaram alto escore (acima do ponto de corte 6,6), 8,3 e 6,7, respectivamente. Todos os outros atributos apresentaram baixo escore (abaixo do ponto de corte 6,6), sendo, 3,2 para os atributos "Acesso de primeiro contato – Acessibilidade" e "Serviços prestados", 6,3 para o atributo "Longitudinalidade", 4,4 para os atributos "Orientação familiar e comunitária" e com menor pontuação o atributo "Integração de cuidados", 1,9 (Gráfico 2).

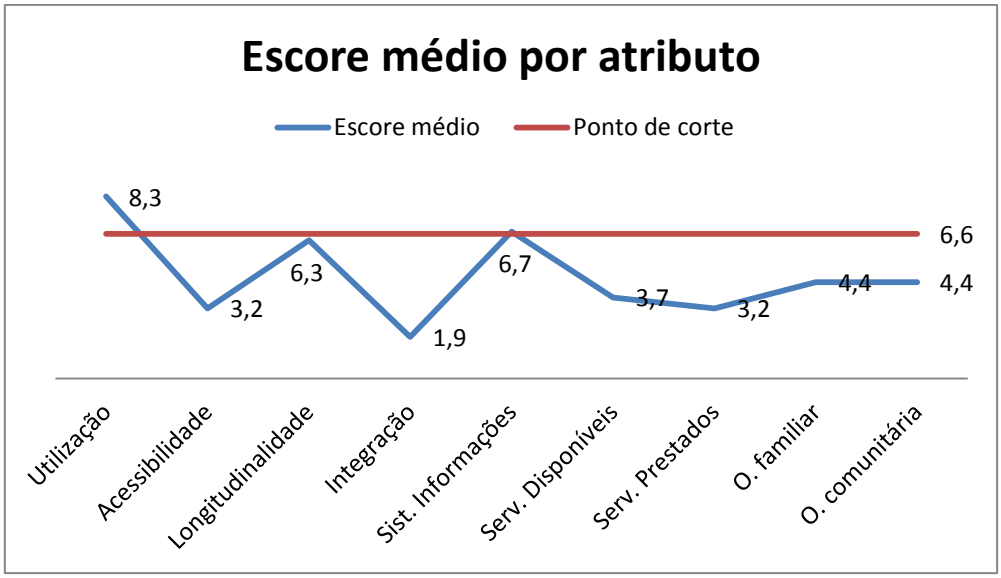

GRÁFICO 2 – Escore médio por atributo da APS. Diamantina/MG, 2012.

A seguir, com intuito de aprofundar as análises, foram investigadas diferenças por área, separadamente, em relação à avaliação dos atributos (Gráfico 3). Observou-se que para o atributo "Acesso de primeiro contato – Utilização" a avaliação foi favorável (escore ≥ 6,6) em todas as áreas de abrangência. Para "Sistema de informações", houve avaliação favorável (escore ≥ 6,6) em quatro áreas (02, 04, 05, 06) e desfavorável em três áreas (01, 03 e 07). Na avaliação dos atributos "Acesso de primeiro contato – Acessibilidade", "Serviços Prestados", "Orientação Familiar" e "Orientação Comunitária", todas as áreas apresentaram médias abaixo do ponto de corte. Cabe enfatizar que a área 04 apresentou escore médio muito próximo ao ponto de corte (escore = 6,5). Foi observado baixo escore (≤ 6,6) para os atributos "Longitudinalidade" em cinco áreas, exceto nas áreas 04 e 06. Em relação ao atributo "Serviços Disponíveis" somente a área 04 atingiu escore favorável (≥ 6,6). Cabe ressaltar que na avaliação do atributo "Integração de Cuidados" os valores ficaram muito aquém do escore desejável em todas as áreas avaliadas.

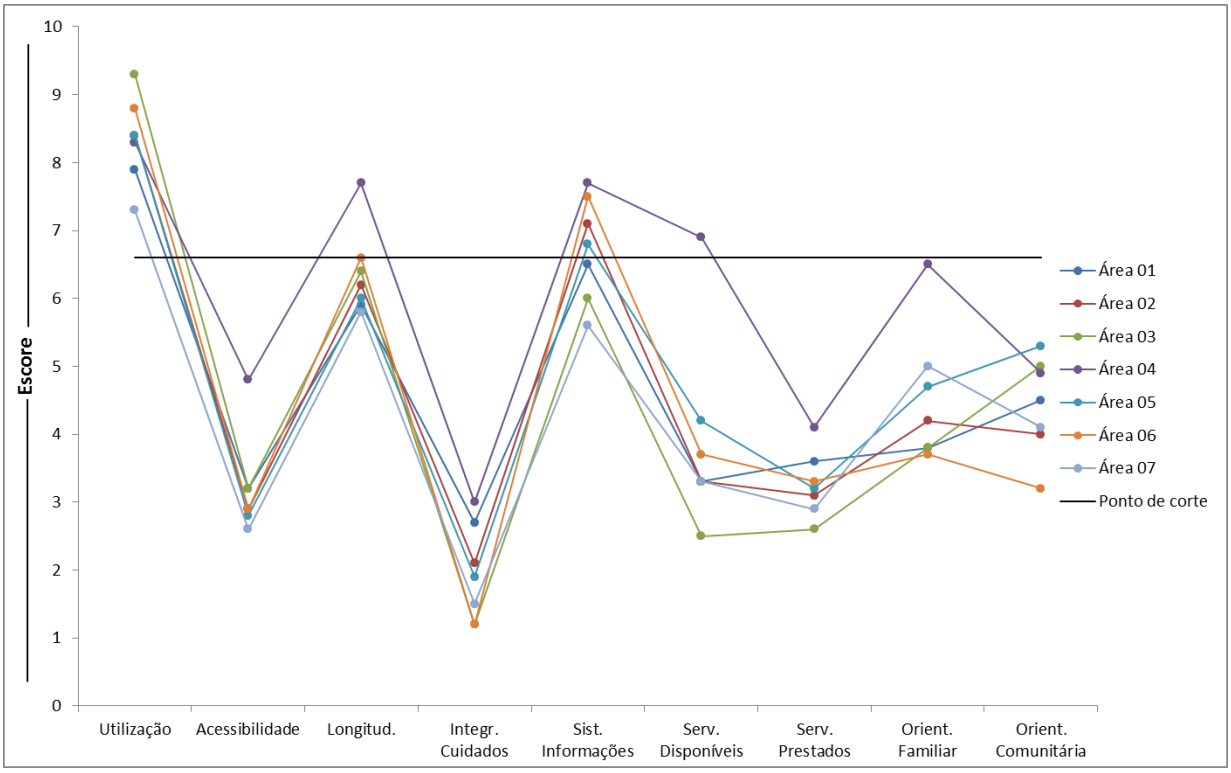

GRÁFICO 3 – Distribuição dos escores dos atributos por área de abrangência em relação ao ponto de corte. Diamantina/MG, 2012.

Por se tratar de escores individuais com distribuição não paramétrica observada para todos os atributos, utilizou-se medianas para a análise estatística dos dados, conforme Tabela 4.

Assim, para verificar diferenças significativas na percepção dos usuários quanto à efetividade da APS de Diamantina, realizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Por meio desse teste foi possível observar diferenças entre as áreas para todos os atributos. Com a finalidade de identificar quais entre as áreas eram diferentes entre si para cada atributo, realizou-se o Teste de comparações múltiplas de Dunn.

De forma interessante, na avaliação dos atributos, “Acesso de primeiro contato – Acessibilidade”, “Longitudinalidade” e “Serviços disponíveis”, os resultados encontrados na análise da área de abrangência 04 (5,0, 8,3 e 7,8, respecitvamente) apresentaram-se diferentes estatisticamente de todas as outras áreas (Tabela 4, Figuras 3A, 3B e 3C) tanto na avaliação de atributos satisfatórios (longitudinalidade e serviços disponíveis) quanto não satisfatório (Acessibilidade), conforme gráfico 3. Não foram observadas diferenças das demais áreas entre si, exceto as áreas 03 e 05 para o atributo “Serviços disponíveis” (Figura 3C).

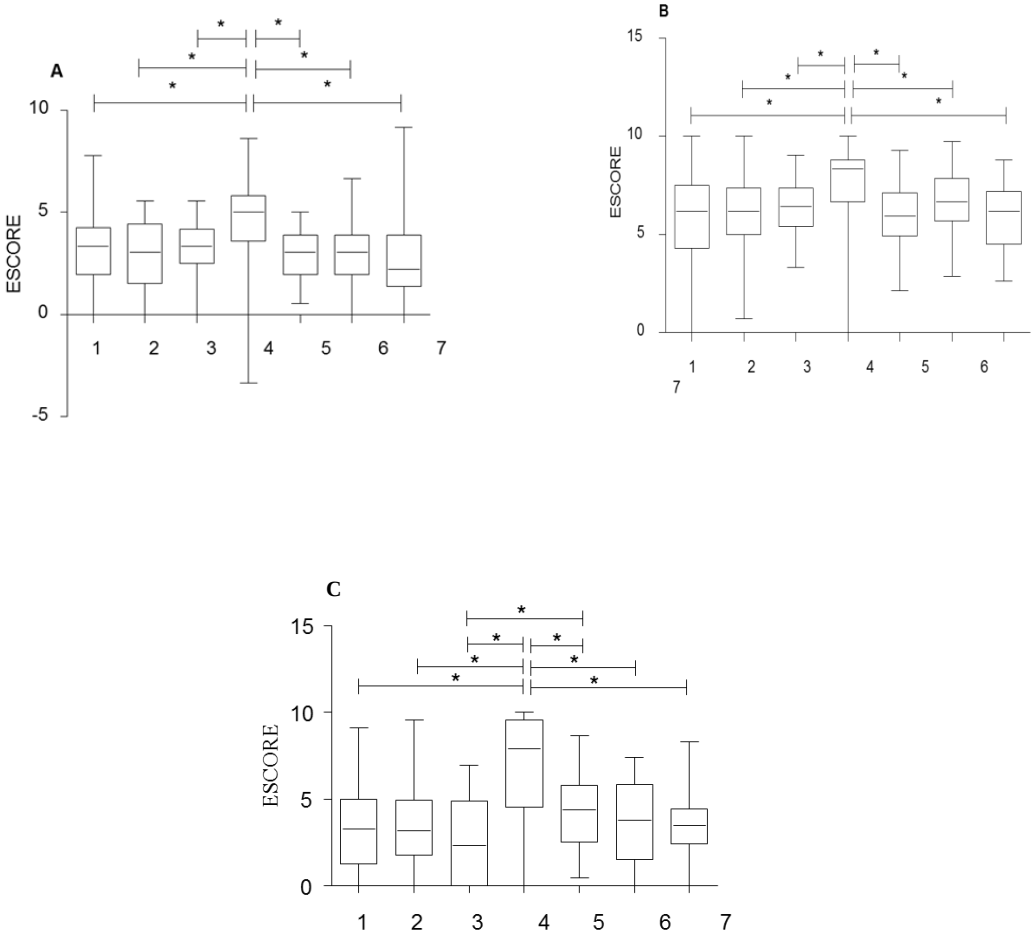

FIGURA. 3 – Comparações múltiplas entre as áreas de abrangência nos atributos: A – Acessibilidade; B – Longitudinalidade e C – Serviços Disponíveis. Diamantina/MG, 2012. Diferenças estatísticas foram consideradas com $p<0,05$.

De forma análoga, na avaliação do atributo “Orientação Familiar” os resultados encontrados na área de abrangência 04 mostraram diferenças estatísticas de outras quatro áreas (áreas 01, 02, 03, 06) (Tabela 4, Figura 4).

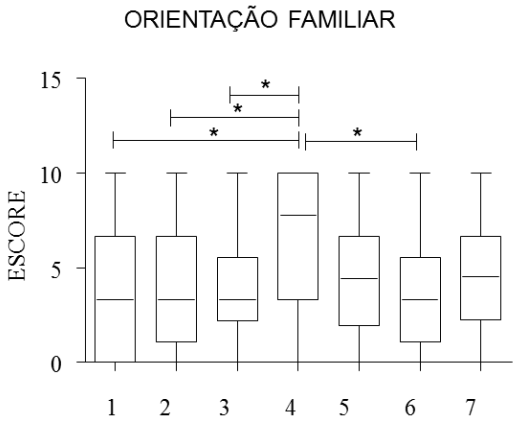

FIGURA. 4 - Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Orientação Familiar. Diamantina/MG, 2012. Diferenças estatísticas foram consideradas com p<0,05.

Na avaliação do atributo “Serviços prestados” não foram demonstrados diferenças significativas entre as ESF avaliadas (Tabela 4, Figura 5).

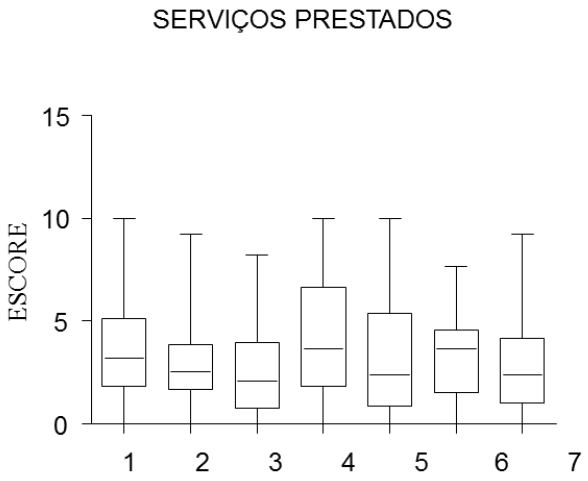

FIGURA. 5 - Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Serviços Prestados. Diamantina/MG, 2012. Diferenças estatísticas foram consideradas com p<0,05.

Na avaliação do atributo “Sistema de informações” menores valores de mediana foram observados para as áreas 03 e 07 (6,6 e 5,5 respectivamente) e diferenças estatísticas foram verificadas: área 07 difere das áreas 01, 02, 04 e 06. E a área 03 difere das áreas 04 e 06 (Tabela 4, Figura 6).

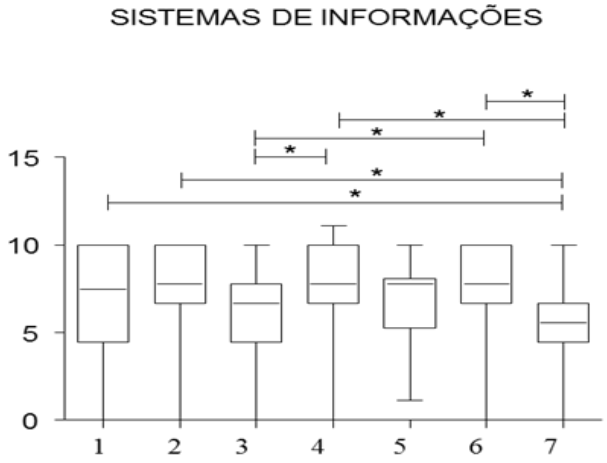

FIGURA. 6 - Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Sistema de Informações. Diamantina/MG, 2012. Diferenças estatísticas foram consideradas com p<0,05.

Quanto aos atributos "Acesso de primeiro contato – Utilização" e "Integração de cuidados" pôde-se perceber um padrão mais uniforme na avaliação (área 03 diferiu significativamente apenas das áreas 02 e 07 e das áreas 04 e 06, respectivamente), conforme figura 7.

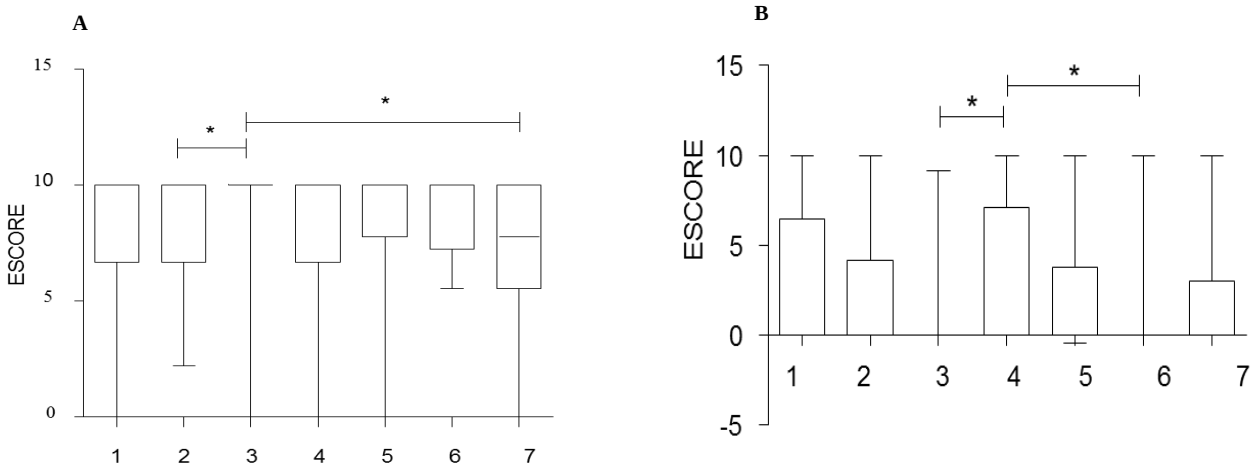

FIGURA. 7 - Comparação múltipla entre as áreas de abrangência nos atributo: A – Utilização e B – Integração de cuidados. Diamantina/MG, 2012. Diferenças estatísticas foram consideradas com p<0,05.

Na “Orientação Comunitária” diferenças estatísticas foram encontradas na área 06 em relação a três outras áreas (áreas 03, 04 e 05), (Tabela 4, Figura 8).

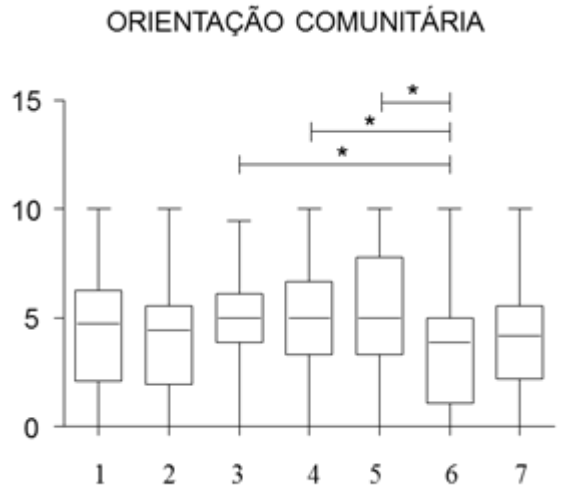

FIGURA. 8 - Comparação múltipla entre as áreas de abrangência no atributo: Orientação Comunitária. Diamantina/MG, 2012. Diferenças estatísticas foram consideradas com $p<0,05$

5 DISCUSSÃO

A avaliação realizada mostrou-se coerente com os propósitos do instrumento, reafirmando o que foi exposto por Harzheim et al. (2006) que ressaltaram a importância do PCATool como instrumento que provê informações essenciais sobre o desempenho dos serviços de saúde na APS.

A identificação da ESF como serviço de referência para o cuidado de saúde ao adulto foi observada para a maioria dos entrevistados no presente estudo (64,5%). Por meio desse resultado, questiona-se se realmente a ESF vem consolidando-se como porta de entrada central do sistema de saúde, reafirmando-se como peça fundamental no processo de reestruturação do sistema sanitário brasileiro ao promover uma mudança na práxis em saúde ao privilegiar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, representando um modelo de atenção à saúde centrado no usuário e em suas necessidades, como exposto por Martins et al. (2011), uma vez que pesquisas indicam que mais de 80% dos casos poderiam ser atendidos e resolvidos nos serviços básicos e no âmbito municipal, (PAIM, 2009).

Esse achado aproxima-se com pesquisas realizadas em Diamantina/MG por Ribeiro (2009) em que a ESF foi referência para a saúde da criança para 77,6% dos usuários entrevistados pelo PCATool. Embora também não tenha alcançado o percentual adequado de 80%, supõe-se que o maior percentual encontrado nesse trabalho possa estar relacionado aos esforços do Ministério da Saúde ao instituir políticas para a atenção à saúde infantil, dentre elas, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil com consequente desenvolvimento de várias ações como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, entre outras. Tais ações contribuem para o funcionamento adequado dos serviços de saúde da criança no nível local, de modo a prover respostas mais satisfatórias a esta população (BRAZ, 2011).

É interessante enfatizar que, embora, 64,5% dos usuários tenham referido a ESF como provedora do cuidado, outros serviços continuam sendo procurados como fonte primária de atenção, indicando a sobreposição de rede e implantação da ESF como um programa paralelo. Situação semelhante foi descrita por Giovanella et al. (2007) ao examinar fatores facilitadores

e limitantes da implantação do PSF em grandes centros. Assim, o mesmo pode estar ocorrendo em municípios pequenos, como no estudo em questão.

Um maior percentual de entrevistas foi realizado com mulheres (71,0%), o que demonstra que foram as adultas mais velhas e responsáveis pelo cuidado da família. Essa maior demanda feminina em participar da pesquisa acompanha o perfil da transição demográfica brasileira, principalmente em áreas urbanas, que se caracteriza por uma maior concentração de mulheres a partir das faixas etárias de adolescentes e adultos jovens, com especial ênfase nas idades mais avançadas (PINHEIRO, 2002).

O perfil sociodemográfico dos indivíduos que utilizavam a ESF apontou vulnerabilidade econômica e social. Esses resultados assemelham a outros trabalhos em que os extratos mais pobres da população utilizavam mais os serviços da ESF como referência para a assistência (SILVA, 2000; SIQUEIRA, 2007; SANTOS, 2000). Esses achados foram confirmados por Martins et al. (2011), que relata que a representação social dos usuários do SUS encontra-se ainda marcada por uma visão focalizada e assistencialista da atenção à saúde, destacando que o atendimento do SUS é para segmentos mais pobres e excluídos da sociedade. Esta visão pode estar associada ao desconhecimento da sociedade de seu sistema sanitário, de forma que a saúde não é vista como um direito do usuário, retratando assim a falta de tradição do povo brasileiro no exercício de sua cidadania (RAMOS, 2003).

Com relação à utilização da ESF, foi observado que 88,2% dos usuários destes serviços não possuíam planos de saúde privados ou públicos. Este dado aproxima-se de outro estudo (SILVA, 2011), em que mais de 80% dos usuários dos serviços de APS não possuíam planos de saúde, confirmando que o SUS é o maior agente de financiamento da atenção à saúde do país, e se destaca tanto no provimento de ações básicas como de maior complexidade (PORTO, 2006).

A equipe da ESF foi referida pelos usuários como a responsável pelo atendimento de saúde ao adulto e que o conhece melhor como pessoa. Esse achado corrobora com a PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e PACS ao ter como um dos fundamentos e diretrizes a vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. Além disso, adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita, no que diz respeito à produção do cuidado (BRASIL, 2012).

Tão importante quanto conhecer a população usuária da APS, constitui-se necessário avaliar o seu processo de atenção e os seus resultados, a fim de identificar o impacto destes serviços na população adulta do município de Diamantina.

O presente estudo, ao utilizar o escore ≥ 6.6 como parâmetro referencial para indicar a presença e extensão dos atributos da APS, como indicado na literatura (HARZHEIM, et al., 2006), propõe uma linha de corte objetiva para mensurar a presença e a extensão dos atributos da APS junto aos serviços de saúde.

Ao analisar os valores das médias de escores, destacaram-se baixos escores para a maioria dos atributos avaliados (Gráfico 2), assim como nos estudos de Leão, Caldeira e Oliveira (2011) e Braz (2012), que tiveram como objetivo avaliar os atributos da APS, com enfoque sobre a saúde infantil na ESF, em município de Minas Gerais e Bahia, respectivamente, mediante o uso do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – infantil).

Dessa forma, sendo a ESF um modelo de reorganização e fortalecimento da APS (STARFIELD, 2002), esses achados indicam a necessidade de melhoria da APS, mediante reformulação do processo de trabalho por parte dos gestores e profissionais de saúde para consolidação da efetividade da APS.

As ESFs precisam incorporar a ideia de que a sua responsabilidade não se limita às quatro paredes da unidade de saúde da família e que causar impacto nos problemas significa trazer respostas reais que alterem o quadro de saúde da sua área de responsabilização, interferindo positivamente no modo de produção dos riscos e dos sofrimentos (RIBEIRO, 2009).

O atributo "Acesso de primeiro contato" implica acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde (BRASIL, 2010).

Observou-se a identificação da população adulta com a ESF como referência para o seu cuidado, confirmado pelo escore satisfatório (8,3) recebido para o atributo "Acesso de primeiro contato – Utilização" (Gráfico 2). Cabe enfatizar que para a população estudada (usuários que referiram a ESF como responsável pelo seu cuidado, n=397) o resultado encontrado já era esperado. Para estes usuários, percebe-se que as unidades de ESF constituem o primeiro local a ser procurado pelo adulto quando necessitam de cuidados de

saúde, bem como para encaminhamentos a outros serviços de saúde. Essa constatação está de acordo com Travassos (2004), ao afirmar que a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. Ainda segundo o mesmo autor, o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

A demonstração favorável ao serviço de ESF de Diamantina como referencial de porta de entrada do sistema desvela a existência de um referencial homogêneo para a população adulta, quando o estudo demonstrou um padrão mais uniforme na avaliação do atributo "Acesso de primeiro contato – Utilização" para todas as áreas de abrangência do referido estudo (Figura 7A). Os resultados são coerentes com outro estudo que identificou um bom desempenho da ESF com elevado escore para a porta de entrada (GIOVANELLA et al. 2009).

No tocante ao "Acesso de primeiro contato – Acessibilidade", todas as áreas de abrangência das ESFs ficaram aquém do nível satisfatório (Gráfico 3), demonstrando barreiras de acesso. Para Travassos (2004) a acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes. O achado é relevante, pois se verifica que os serviços das ESFs apresentaram inadequada presença desse atributo da APS podendo refletir de forma negativa quanto à organização e à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento.

Apesar de todas as áreas de abrangência das ESFs terem ficado aquém do nível satisfatório (≥ 6,6) para o atributo "Acesso de primeiro contato – Acessibilidade" (Gráfico 3), a área de abrangência 04 apresentou melhor projeção para este atributo (escore = 5,0). Pode-se inferir que a mesma esteja sendo contemplada com melhor oferta de serviços por parte da equipe responsável pela população adscrita da área 04, sem que haja maiores barreiras geográficas restritivas ao seu acesso.

Os resultados encontrados referentes à acessibilidade nas unidades de ESFs do município de Diamantina indicaram que a acessibilidade é um problema a ser enfrentado. Esse achado mostrou-se semelhante a outros estudos realizados em outras regiões brasileiras como nas cidades de Porto Alegre-PR e Colombo-PR (OLIVEIRA, 2007; OLIVEIRA, 2012), que utilizaram o PCATool adulto e PCATool – infantil, respectivamente, para avaliação dos atributos da APS.

Sendo a acessibilidade um elemento estrutural necessário da APS, quando não disponível, a atenção será postergada, ao ponto de afetar adversamente o manejo dos problemas, comprometendo o desempenho dos serviços (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, é premente a necessidade dos gestores e profissionais do município discutirem e priorizarem as reais necessidades da população, para uma melhor organização e estruturação do trabalho com ênfase nas práticas voltadas, principalmente, ao acolhimento da população adulta.

Em relação à "longitudinalidade", o estudo revelou baixo escore (6,3) para este atributo (Gráfico 2), que segundo Starfield (2002) "a longitudinalidade, no contexto da APS, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou tipo de problema". Este atributo é considerado característica central da APS, segundo BRAZ (2012), tal atributo está fortemente relacionado à boa comunicação, que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência.

Apesar desse resultado geral não satisfatório, a área de abrangência 04, apresentou melhor orientação para o atributo "longitudinalidade" (escore = 8,3), com diferença estatisticamente significativa em relação às demais áreas (Figura 3B). Pode-se aludir que a prática profissional da equipe de ESF responsável pela população da referida área, esteja mais adequada e centralizada no usuário, ao configurar-se como uma fonte regular de cuidado ao adulto, garantindo maior vinculação deste para com o serviço em questão.

O resultado encontrado no estudo para o atributo "longitudinalidade" foi divergente aos de outros trabalhos (BRAZ, 2012; OLIVEIRA, 2012; LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011; CHOMATAS, 2009; OLIVEIRA, 2007) que apontaram um escore maior deste atributo nas unidades de ESFs, porém, converge com resultado encontrado no estudo de Castro (2012), em que "longitudinalidade" não foi favorável à ESF. Esse estudo teve por objetivo comparar a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os diferentes tipos de serviços de APS de Porto Alegre (RS), por meio do PCATool, versão para profissionais de saúde.

Segundo Cunha e Giovanella (2011), três elementos são imprescindíveis na composição do atributo longitudinalidade: a existência e o reconhecimento de uma fonte

regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional – que se refere à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde.

O atributo "Coordenação da atenção à saúde", o qual foi dividido no PCATool em "Integração de cuidados" e "Sistema de informações", 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 na atenção global ao paciente (BRASIL, 2010).

Quanto à "integração de cuidados" (Gráfico 2), o valor da média do escore foi insatisfatório (1,9), visto que a maioria dos adultos entrevistados relatou não terem consultado nenhum especialista ou serviço especializado. Ao avaliar conjuntamente todas as áreas de abrangência, pôde-se perceber um padrão mais uniforme na avaliação, denotando que os serviços de APS do município do estudo não estão exercendo o correto papel regulador do acesso aos níveis de maior complexidade da atenção.

Verificou-se que o atributo "Sistema de informações", alcançou uma média do escore (6,7) (Gráfico 2) dentro dos parâmetros adequados (≥ 6,6), com avaliação favorável para a maioria das áreas de abrangência (Gráfico 3), o que demonstra que os profissionais e usuários possuem adequado acesso aos registros de atendimentos em prontuários, condição importante para um bom acompanhamento de usuários e famílias pelos serviços de saúde.

Os resultados da avaliação do atributo "Coordenação da atenção à saúde" (Gráfico 2) apontaram aspectos positivos (Sistema de informações, escore = 6,7) e negativos (Integração de cuidados, escore = 1,9), o que reflete a ausência de um sistema organizado, com fragmentação da atenção nos diferentes níveis locais de prestação de serviços e reforça a falta de uma sólida informação de base, bem como, a necessidade de estratégias sistemáticas de desenvolvê-la (STARFIELD, 2002).

Almeida et al. *(*2010) afirma que para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a constituição de redes integradas, que será operacionalizada mediante estratégias de investimentos em sistemas informatizados e descentralizados de regulação, monitoramento das filas de espera para a atenção especializada, aumento da oferta de serviços

próprios municipais, implantação de protocolos clínicos, além dos prontuários eletrônicos, bem como, a continuidade dos profissionais e equipes.

Superar os efeitos da fragmentação que persistem na rede de serviços de saúde do SUS e potencializar a APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios segundo os gestores municipais (GIOVANELLA et al., 2009).

O atributo "Integralidade" são 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 adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS (BRASIL, 2010). É um atributo que se caracteriza por "Serviços Disponíveis" e "Serviços Prestados".

"Integralidade - Serviços disponíveis" avalia a estrutura – ou seja, a variedade de atividades com as quais a unidade de APS é capaz de lidar, tendo em vista que deveria ter capacidade para reconhecer e manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população. O atributo "Integralidade - Serviços prestados" avalia o processo – isto é, o desempenho de atividades pelo profissional (CASTRO et al. 2012).

Na avaliação desses atributos verificou-se que todas as áreas de abrangência apresentaram escore médio abaixo (3,2) do ponto de corte (≥ 6,6) para "Serviços Prestados" e na avaliação comparativa não houve diferenças significativas entre as áreas avaliadas para este atributo (Figura 5). Para "Serviços Disponíveis", o escore médio foi de 3,7 e somente a área 04 atingiu escore favorável (7,8) e se apresentou diferente estatisticamente de todas as outras áreas (Figura 3C). A avaliação negativa do atributo "Integralidade" sugere que nem todas as ações de promoção e prevenção da saúde, voltadas ao cuidado integral ao adulto estão sendo executadas de forma efetiva pelas ESFs responsáveis pelas áreas de abrangência da zona urbana do município de Diamantina.

Uma possível explicação para a área 04 estar orientada favoravelmente para o atributo "Integralidade – Serviços Disponíveis" podem ser a existência e execução da maioria dos serviços e ações pela ESF responsável pela referida área, bem como, a divulgação destes serviços pelos profissionais à população.

Em relação às dimensões da integralidade "Serviços Disponíveis" observaram-se valores do escore aquém do ideal também nos estudos de LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA (2011) e HAERZHEIM (2004). No estudo de Braz (2012) observaram-se baixos escores tanto para "Serviços Disponíveis" como para "Serviços Prestados".

Para Starfield (2002), a integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde. Quando os serviços são muitos limitados em alcance ou profundidade, as doenças preveníveis podem não ser prevenidas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco e as pessoas podem morrer mais cedo do que deveriam.

A integralidade da assistência é o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (MONTENEGRO, 2010), por isso, diante dos resultados obtidos no presente estudo, uma atenção especial deverá ser dada para a efetivação desse atributo**.**

Costa (2011) observou em seu estudo um despreparo dos profissionais acerca das medidas preventivas, de controle e de promoção da saúde e ainda a pouca participação dos profissionais de nível superior, que permanecem praticando apenas a orientação individual em consultório, ainda que no contexto do PSF. A organização e estruturação do trabalho continuam permeáveis ao modelo biomédico, dificultando, portanto, a assimilação da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.

Tal afirmação é reforçada por Bonfada et al. (2012) ao concluir que ainda se tem uma atenção à saúde limitada aos trâmites da queixa-conduta, que em pouco contribui para a transformação da realidade de saúde/doença individual e coletiva.

Este fato demonstra a necessidade das unidades de saúde da ESF disponibilizarem mais serviços para atenderem às necessidades básicas de saúde da população. 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 (alcoolismo, o uso de drogas, saúde mental, entre outros) (LEÃO et al., 2011).

É preciso permitir um processo criativo na inter-relação profissional-usuário-gestor, eliminando possíveis fragmentações presentes, tanto na organização dos serviços de saúde, quanto nas práticas cotidianas dos profissionais que atuam nesses serviços. Isso promove uma

assistência integral e resolutiva, humaniza as práticas de saúde priorizando a qualidade de vida da população e a saúde enquanto direito de cidadania (VIEGAS et al., 2010).

A perspectiva da integralidade das ações favorece uma ação inter/transdisciplinar. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias na ESF é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva da integralidade, faz-se necessária uma aproximação integral entre os sujeitos que prestam o cuidado (VIEGAS, 2013).

A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012).

Para Costa (2011), aumentar o número de ESF sem modificar a organização do processo de trabalho, enfatizando a atenção no usuário e sua família, no trabalho multiprofissional e nas ações de educação, prevenção de enfermidades e promoção da saúde, torna o serviço de saúde fragmentado e com baixa resolubilidade, o que inviabiliza a ESF como proposta de fortalecimento da APS.

Ao atributo "Orientação Familiar"- prevê considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Em relação à avaliação do mesmo, todas as áreas apresentaram médias abaixo do ponto de corte (≥ 6,6), com média geral de 4,4 (Gráfico 2). Os resultados encontrados na área de abrangência 04 mostraram diferenças estatísticas de outras quatro áreas (áreas 01, 02, 03, 06), apresentando-se com melhor orientação para este atributo (Figura 4).

Este achado reflete o quanto a família não tem sido destaque no processo de formação e de assistência à saúde nas unidades de ESFs municipal. Faz-se necessário conhecer bem o contexto familiar e sua exposição a agravos, e para que isso ocorra as equipes devem propor a criação de espaços em que, os serviços possam contemplar de forma efetiva o cuidado à família como forma de fortalecer a APS municipal.

Resultado discordante foi apresentado por Cunha et al. (2006) em um estudo comparativo entre ESF e UBS utilizando o PCATool – infantil, realizado na zona sul de Porto Alegre, para avaliação da atenção à saúde infantil, que evidenciou, na experiência dos profissionais, diferença significativa nos escores do atributo "orientação familiar" a favor da ESF.

Porém, em outro estudo realizado por Pimenta et al (2011), em uma ESF de Amparo, São Paulo, utilizando o PCATool, o atributo "orientação familiar" apresentou na experiência dos usuários o escore mais baixo, semelhante ao estudo de Ibañez et al. (2006), em que o enfoque familiar apresentou menores percentuais.

Oliveira (2012) cita em seu trabalho, afirmativa feita por Freitas (2008) "que embora a ESF desde a sua implantação apresente como foco a família, não se evidência, nos documentos analisados e especialmente na Política de Atenção Básica, nas proposições tecnológicas e finalidades a valorização da família e de suas redes de relações.".

Segundo Ibañez et al. (2006), a família ainda não tem sido incorporada na assistência à saúde, transformar essa experiência vivida requer forte e duradouro investimento não somente em capacitação, mas um esforço de mudança cultural de profissionais e gestores e sustentabilidade das propostas implantadas.

O atributo "Orientação comunitária" 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 (BRASIL, 2010).

No tocante à "orientação comunitária" desenvolvida pelas unidades de ESFs à saúde do adulto, foi observado que todas as áreas de abrangência apresentaram médias abaixo do ponto de corte (≥ 6,6), com valor da média geral do escore em 4,4 (Gráfico 2). Na avaliação comparativa entre as áreas constataram-se diferenças estatísticas da área 06 em relação a três

outras áreas (áreas 03, 04 e 05), negativamente, pois, a área 06 apresentou o pior desempenho para tal atributo com valor de mediana igual a 3,8 (Tabela 4, Figura 8).

Tal resultado evidencia que a atenção à saúde desenvolvida pelas ESFs, não está focalizando corretamente a comunidade na qual estão inseridas. Sinaliza a necessidade de uma revisão do processo de trabalho, onde aquele que utiliza o serviço tenha efetivamente participação na formulação de propostas e intervenções (PEREIRA, 2011).

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (BRAZ, 2012; COSTA, 2011; VAN STRALEN et al., 2008) e mostrou-se diferente dos estudos de (LEÃO et al., 2011; CHOMATAS, 2009; CUNHA, 2006).

Estudo canadense realizado por Muldoon et al. (2010) teve como objetivo determinar quais modelos de organização da atenção primária em Ontário estavam mais orientados à comunidade nas práticas da atenção primária, utilizando como ferramenta de avaliação o PCATool. Concluiu-se que prestadores de cuidados primários em Ontário apresentaram altos índices de orientação à comunidade.

Ao conhecer a prática do trabalho realizado com famílias pelos enfermeiros que atuam no PSF em Maringá (PR), Oliveira e Marcon (2007) observaram certo despreparo do enfermeiro para assistir a família, visto que a utilização de estratégias como a visita domiciliar, a educação em saúde e o acolhimento ainda são marcados pelo modelo tradicional, curativo e individual da assistência.

Para Santos et al. (2012), a escassez de reuniões com a comunidade, ou seja, insuficiência de atividades mais amplas (preventivas e promocionais) e debates acerca dos determinantes sociais da saúde, no âmbito do território, fragiliza a ESF, pois limita a responsabilidade sanitária e restringe as atividades rotineiras a ações clínico-ambulatoriais. A visita aos domicílios e outros espaços comunitários precisa ser qualificada, propositiva e direcionada a problemas específicos, pois, permite a identificação de risco e vulnerabilidade dos indivíduos, famílias e setores do território, além de favorecer o vínculo entre equipe e comunidade, aumentando a capilaridade da clínica e a construção de projetos terapêuticos mais precisos.

O cuidado integral, articulado às reais necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades apresenta-se como um recurso importante, capaz de contribuir para a ampliação

do conceito de saúde e/ou do viver saudável, além de possibilitar elementos para a consolidação da ESF (BACKES et al., 2012).

As práticas de saúde, tanto nos serviços de saúde quanto nas famílias e comunidade, necessitam ser repensadas e ressignificadas, procurando aumentar o vínculo com a população, a adesão às medidas de proteção e promoção à saúde, a atuação efetiva dos profissionais de saúde junto às famílias, a construção de planos de responsabilização e de projetos de saúde. É importante que os profissionais de saúde busquem produzir narrativas, conhecer as escolhas e tomadas de decisão no cuidado que é realizado em casa, fortalecer virtudes e experiências cotidianas, interagir e dialogar para ampliar o cuidado (MELLO & LIMA, 2009*)*.

Quando se analisou o valor do escore geral igual a 4,5 (Gráfico 1), abaixo do escore considerado satisfatório (≥ 6,6) percebeu-se que os serviços de saúde escolhidos pelos usuários como fonte regular de atenção à saúde do adulto não estão fornecendo atenção em consonância com os atributos essenciais e derivados da APS.

A área de abrangência 04 obteve a melhor orientação para os atributos da APS na avaliação dos usuários. Isso suscita uma reflexão de que a equipe de ESF responsável por tal área possa estar desenvolvendo várias características importantes para a qualidade da atenção ofertada ao adulto, como uma melhor adequação dos prontuários, facilitando a troca de informações entre o trinômio: equipe – profissional - usuário, a comunicação profissional-paciente pode estar sendo exercida de forma efetiva, a continuidade da equipe, sem rotatividade de profissionais culminando para uma maior proteção à saúde do paciente.

Os resultados desta investigação de caráter avaliativo da APS, baseados na percepção do sujeito, assinalam que as características organizacionais e de desempenho das ESFs estudadas precisam de investimentos para melhorar a satisfação daqueles que a utilizam, podendo se constituir em subsídios para o gestor local em futuras decisões acerca do investimento da rede municipal visando o fortalecimento da APS.

Uma provável explicação para a heterogeneidade dos resultados apresentados por cada área de abrangência em relação à operacionalização dos atributos da APS pode estar associada a diferentes estruturas tanto físicas quanto organizacionais das equipes responsáveis por tais áreas, comprometendo todo um processo de trabalho e consequentemente o processo avaliativo.

É importante salientar que o método de avaliação dos serviços proposto pelo PCATool é muito eficaz, porém, é necessário avançar nas investigações de estrutura, processo de trabalho e determinação social.

As limitações do estudo foram em consequência ao instrumento PCATool, que apresenta algumas limitações. A primeira é considerar, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos tenham os mesmos “pesos” na medida da orientação à APS. A segunda reside em utilizar apenas a experiência dos atores envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado.

Além disso, outras limitações são aquelas inerentes à pesquisa avaliativa, transversal, sujeita às limitações próprias desse tipo de delineamento. Uma delas é a validade externa, já que os resultados da pesquisa avaliativa de serviços devem ser discutidos considerando-se a realidade local dos serviços; outra é a impossibilidade de inferência causal em virtude de causalidade reversa. (CASTRO, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta investigação com enfoque avaliativo da APS assinalam que as características organizacionais e de desempenho das ESFs estudadas precisam de reformulações para melhorar a satisfação daqueles que a utilizam.

Todos os serviços possuem, na experiência dos usuários, atributos que precisam ser melhorados.

Os componentes avaliados permitiram apontar que alguns atributos da APS não estão sendo efetivados no que se refere à assistência integral à saúde do adulto. Apesar desses achados, observaram-se com relação à utilização dos serviços bem como, do sistema de informações, avaliações satisfatórias. Os atributos acessibilidade, integração de cuidados, integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e comunitária apresentaram baixos valores dos escores, caracterizando o escore geral como insatisfatório.

Os achados no presente estudo evidenciaram uma ineficiência do serviço local em prover as necessidades de saúde da população adulta. Não há uma prática interdisciplinar, integral, intersetorial e articulada às possíveis redes de atenção. O controle social é praticamente inexistente, não havendo a garantia dos direitos e da cidadania.

O cuidado integral, não se encontra articulado às reais necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, capaz de contribuir para a ampliação do conceito de saúde e/ou do viver saudável, além de possibilitar elementos para a consolidação da ESF.

Verificaram-se diferenças pertinentes entre as diversas áreas que compõem o município, o que aponta uma necessidade de sistematização das ações e serviços de saúde e maior comunicação e troca de experiências entre os profissionais das ESFs.

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção à saúde do adulto no município. Por isso, espera-se que a divulgação destas evidências aos gestores e profissionais de saúde possibilite e gere discussões, transformações e reorganização de suas práticas possibilitando uma maior inserção da população na formulação das atividades, rumo à reformulação do sistema de saúde hegemônico vigente.

Acredita-se que este trabalho poderá subsidiar futuras práticas e decisões acerca do investimento público, visando o fortalecimento da APS pelos gestores municipais.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.S.W.; MARTINS, P. Atributos essenciais e qualificadores da Atenção Primária a Saúde. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 25(2 Supl): 1-2, 2012.

ALMEIDA, C. Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, Suplemento, p.23-36, 2002.

ALMEIDA, P.F et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2): 286-298, 2010.

ANDRADE, L.O.M; PONTES, R.J.S; MARTINS, J.R.T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 8(1-2): 84-92, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESA DE PESQUISA (ABEP). Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. São Paulo; 2007.

BACKES, M.T.S.; BACKES, D.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. Significado de viver saudável em uma comunidade socialmente vulnerável no Sul do Brasil. **Acta Paul Enferm,** 25(2):190-6, 2012.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2):555-560, 2012.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Desafios e Conquistas do PSF**. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília, n.5, p.7-24, mai., 2002. 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde em família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.

_____. **Diabetes Mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** *primary care assessment tool pcatool* – Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 4º edição. Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº. 1.101/GM, de 12 de junho de 2002**. Aprova os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm. Acesso em 24 de junho de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família /** Ministério

da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica,estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Nacional de Saúde:** PNS 2012-2015. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/. Acesso em 30 de abril de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia. Acesso em 22 de maio de 2013.

BRANDÃO A.L.R.B.S et al. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1): 103-114 2013.

BRAZ, J.C. **Avaliação da atenção às crianças menores de um ano nas Estratégias de Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores.** 2012. 86p. Dissertação. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.

CASTRO, R.C.L et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, 28(9):1772-1784, 2012.

CHOMATAS, V.E.R. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde na Rede Básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. 2009. p. Dissertação. Faculdade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

CONTRANDIOPOULOS A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):705-711, 2006.

COSTA, G.D et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3229-3240, 2011.

CUNHA, CRH. **Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros, comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional.** 2006. 86p. Dissertação. Faculdade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1029-1042, 2011.

DONABEDIAN A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evalución**. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.

FIGUEIREDO, A. M e colaboradores. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(1):41-48, 2013.

Gil, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 22(6):1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panamericana Salud Publica,** 21(2), 2007.

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

HARTZ, M.Z.A. **Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde.** In: Hartz, MZA. org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil**. 2004. 190p. Tese. Alicante (Espanha): Universidade de Alicante; 2004.

HARZHEIM, E. et al. Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.49, n.4, p. 248-252, 2005.

HARZHEIM, E. et al. **Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services.** Cadernos de Saúde Publica, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, E. et al. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro.** Porto Alegre, 2013.

HURST, J. **Performance measurement and improvement in OECD health systems:** overview of issues and challenges, p. 35-54, 2002. In OECD. Measuring up - improving health system performance in OECD countries. Editora da OCDE, Paris.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):683-703, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSITICA – IBGE. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSITICA. IBGE cidades 2010. Diamantina. Disponível em http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1. Acesso: 01mar 2013.

LEÃO, C.D. A, CALDEIRA, A.P, OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,**v. 11, n. 3, set, 2011.

MARTINS, P.C et al. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3):1933-1942, 2011.

MARTINS, C.C. **Análise do processo de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em Minas Gerais tendo por preferência o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. 2012.162 f. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MELLO DF, LIMA RAG. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais. **Rev Latino-am Enfermagem**, 17(4), 2009.

MERHY, EE. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde:** a informação e o dia-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy, EE, Onocko, R. orgs. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a edição. São Paulo: Hucitec; 113-150, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde**. Atenção a saúde do adulto:** hanseníase. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 62p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na atenção básica em saúde**. Brasília: Ministério da saúde; 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é AMQ? Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/proesf/docs/geral/4-OficinaSGP2-AMQ.pdf. Acesso: 15 jun 2013.

MONTENEGRO, L.C.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev Esc Enferm USP**. 44(3):649-56, 2010.

MULDOON, L.; DAHROUGE, S.; HOGG, W.; GENEAU, R.; RUSSELL, G.; SHORTT, M. Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. **Canadian Family Physician.** Le Médecin de famille canadien; v.56, 2010.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, 41(1): 65-72, 2007

OLIVEIRA MMC. Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde entre os serviços de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre: uma análise agregada. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

OLIVEIRA, V.B.C.A. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde da criança no município de Colombo – PR**. 2012. p.118. Dissertação. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata – apud Bárbara Starfield – 2004. 1978.

PEREIRA, M.J.B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C.M; COUTINHO, S.S.; QUELUZ, M.C.; CAMPOS, L.V.O.; FERMINO, T.Z.; SANTOS, C.B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** 32(1):48-55, 2011.

PAIM, J.S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p.

PASARÍN, M. I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. **Aten Primaria**, Spain, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.

PIANCASTELLI, CH. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):687-707, 2002.

PORTO, S.M.; SANTOS, I.S.; UGA, M.A.D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. **Cien Saude Colet**. 11(4):895-910, 2006.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública.** 19: 27, 2003.

RIBEIRO, L.C.C et al., O Diagnóstico Administrativo e Situacional como Instrumento para o Planejamento de Ações na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**,13(3):448-52, 2008.

RIBEIRO, L.C.C. **Acolhimento as crianças na atenção primaria à saúde**: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. 2009. 105 p. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

SANTOS, I.S.; BARONI, R.C.; MINOTTO, I.; KLUMB, A.G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública,** 34: 603-9, 2000.

SANTOS, A.M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(10):2687-2702, 2012.

SCHMID*T* et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The lancet**. Publicado *Online* 9 de maio DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9, 2011.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **The Journal of Family Practice**, 50 (2): 161-75, 2001.

SILVA, N.N.; PEDROSO, L.C.; PUCCINI, R.F.; FURLANI, W.J. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Rev Saúde Pública**, 34: 44-9, 2000.

SILVA, Z.P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(9): 3807-3816, 2011.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009.

SIQUEIRA, B.R. **Miséria**. 3 ed. Rio de Janeiro: KroArts; 2007.

STARFIELD, B. **Primary care:** concept, evaluation and policy. New york: Oxford University Press, 1992.

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

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, p.10-23, 2004.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

UCHOA, A.C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 21 [3]: 1061-1076, 2011.

UNICEF. **O município e a criança de até 6 anos**. Direitos cumpridos, respeitados e protegidos. 2005.

VAN STRALEN, C.J. 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. **Cad. Saúde Pública,** 24 Sup 1:S148-S158, 2008.

VIEGAS, S.M.F. et al. O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva,** 20 [2]: 769-784, 2010.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da Equipe Saúde da Família. **Esc Anna Nery**. 17 (1):133 – 141, 2013.

.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE REGISTRO DOS ADULTOS MAIS VELHOS CADASTRADOS NAS ESFS.

Relação nominal da População Adulta (acima de 20anos) cadastrada na área de abrangência da ESF _____

Critério: Seleção do adulto mais velho cadastrado na Ficha de Cadastro da Família (Ficha A)

Sequência numérica	Nome	Data de nascimento	Endereço	Agente comunitário de saúde/microárea

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: "Avaliação dos Atributos da Atenção Primária nas Estratégias de Saúde da Família de Diamantina/MG", em virtude de responder a um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida na unidade de saúde básica da sua região, coordenada pelo (a) Professora Dra. Renata Aline de Andrade e contará ainda com a Professora Fabiana Angélica de Paula e a aluna Cristhiane Carvalhais Reis Silva, bolsista do projeto.

Você foi escolhido aleatoriamente e a sua participação não é obrigatória sendo que a qualquer momento da pesquisa você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM, com a unidade de saúde da sua região ou com a Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina.

O objetivo desta pesquisa é: avaliar a qualidade da assistência prestada à população adulta das Unidades de Saúde de Diamantina/MG.

Caso você decida aceitar o convite, será submetido ao seguinte procedimento: responder a um questionário em sua própria casa. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente trinta minutos.

Nesta pesquisa existe a possibilidade de riscos como o de alguma questão poder causar constrangimento, neste momento, estes serão minimizados, respeitando o seu direito em não responder a questão sem nenhum prejuízo para você. Os benefícios relacionados com a sua participação poderão auxiliar para que os gestores e os profissionais de saúde possam conhecer as limitações da atenção à saúde da sua região e assim planejar e organizar melhor a assistência à saúde do adulto.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, as informações obtidas por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação.

A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não estão previstos gastos, portanto não está previsto ressarcimento. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Dra. Renata Aline de Andrade
Endereço: _Rua da Glória, 187, Centro, Diamantina.
Telefone 35526000, Departamento de Farmácia.

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____
Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000
Tel.: (38)3532-1200 Ramal 1366 - Coordenadora Profa. Agnes Maria Gomes Murta; Secretaria (Dione de Paula) - Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br ou cep@ufvjm.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA – PCATOOL/ BRASIL - VERSÃO ADULTO.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde

Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 7.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Edifício Premium, SAF Sul, Quadra 2, Lotes 5/6, bloco II, subsolo
CEP 70070-600, Brasília- DF
Tels.: (61) 3306-8044/8090
Fax: (61) 3306-8028
Home Page: www.saude.gov.br/dab

Equipe Técnica:
Erno Harzheim
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Mônica Maria Celestina de Oliveira
Thiago Gomes da Trindade
Milena Rodrigues Agostinho
Lisiane Hauser

Coordenação editorial:
Antônio Sergio de Freitas Ferreira
Renata Ribeiro Sampaio

Apoio financeiro:
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério de Ciência e Tecnologia

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Ministério da Educação

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia da Universidad de Alicante, Espanha

Autores
Erno Harzheim
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Mônica Maria Celestina de Oliveira
Thiago Gomes da Trindade
Milena Rodrigues Agostinho
Lisiane Hauser

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Normalização:
Aline Santos Jacob

Diagramação:
Artmix - studio de criação

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool pcatool* - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1696-3

1. Atenção à Saúde. 2. Atenção básica. 3. Saúde da Família. I. Título. II. Série.

CDU 613.9-055

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0084

Títulos para indexação:
Em inglês: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil
Em espanhol: Manual del instrumento de evaluación de la Atención Primaria a la Salud: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- Seguir com entrevista.

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 <u>conhece melhor</u> como pessoa?

( ) Não

( ) Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

( ) Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

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

( ) Não

( ) Sim, mesmo que A1 & A2 acima.

( ) Sim, o mesmo que A1 somente.

( ) Sim, o mesmo que A2 somente.

( ) Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

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

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

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

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

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

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

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3 continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado nas 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 o adulto 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**)

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

B1 – Quando você **necessita** de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* antes de ir a outro serviço de saúde?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

B2 – Quando você **tem um novo problema de saúde**, você vai ao seu "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* antes de ir a outro serviço de saúde?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* tem que encaminhar você obrigatoriamente?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1 – O "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* fica aberto no sábado ou no domingo?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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 as 20 horas?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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"*?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

C9 – Quando você chega ao seu "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
1( )	2( )	3( )	4( )	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"*?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
1( )	2( )	3( )	4( )	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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
1( )	2( )	3( )	4( )	9( )

C12 – Quando você tem que ir ao "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro/local",* você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
1( )	2( )	3( )	4( )	9( )

D – LONGITUDINALIDADE

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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D2 – Você acha que o seu "*médico/enfermeiro"* entende o que você diz ou pergunta?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D3 – O seu "*médico/enfermeiro"* responde suas perguntas de maneira que você entenda?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o *médico/enfermeiro* que melhor conhece você?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D5 - O seu "*médico/enfermeiro"* lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "*médico/enfermeiro"*?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D8 - O seu "*médico/enfermeiro"* sabe quem mora com você?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D9 - O seu "*médico/enfermeiro"* sabe quais problemas são mais importantes para você?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D10 – O seu "*médico/enfermeiro"* conhece a sua história clínica (história médica) completa?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D11 - O seu "*médico/enfermeiro"* sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

D13 - O seu "*médico/enfermeiro"* sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

( ) Sim

( ) Não **(Passe para a questão F1)**

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

E2 - O "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

E5 - O seu "*médico/enfermeiro"* ou alguém que trabalha no "*nome do serviço de saúde"* ajudou-o/a a marcar esta consulta?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

E6 - O seu "*médico/enfermeiro"* escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

E7 – O "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* sabe quais foram os resultados desta consulta?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "*médico/enfermeiro"* conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

F1 – Quando você vai no "*nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* vc 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).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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"?*

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

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

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “*nome do serviço de saúde* /*ou nomee médico*/*enfermeiro*”)

G1 – Respostas a pergunta sobre nutrição ou dieta.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G4 – Vacinas (imunização).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G6 – Tratamento dentário.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G13 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G15 – Remoção de verrugas.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Papanicolau).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G18 – Cuidados pré-natais.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G19 – Remoção de unha encravada.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama.

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
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 ex: em estado de coma).

Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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

Em consultas ao "*nome do serviço de saúde* / *ou nome médico*/*enfermeiro*", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).

H1 – conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H6 – Testes de sangue para verificar níveis de colesterol.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H11 – Como prevenir quedas.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "*nome do serviço de saúde* / *ou nome médico*/*enfermeiro*" **com sua família**

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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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).

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

I3 – O seu *"médico/enfermeiro"* se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

J1 – Alguém no *"nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"* faz visitas domiciliares?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
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?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

J6 – convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?

Com certeza, sim	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
4( )	3( )	2( )	1( )	9( )

ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS – CRITÉRIO BRASIL.

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Idade: Sexo: Possui plano de saúde:

1) **POSSE DE ITENS**

QUANTIDADE DE ITENS

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

2) **GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DE FAMÍLIA**

Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/Ginasial incompleto	Até 7ª Série Fundamental	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

3) **RENDA FAMILIAR POR CLASSES**

CLASSE	PONTOS	RENDA MÉDIA FAMILIAR (R$)
A1	42 a 46	9.733,00
A2	35 a 41	6.564,00
B1	29 a 34	3.479,00
B2	23 a 28	2.013,00
C1	18 a 22	1.195,00
C2	14 a 17	726,00
D	8 a 13	485,00
E	0 a 7	277,00

ANEXO C – MANUAL DE INSTRUÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

MANUAL DE INSTRUÇÕES

Caro colaborador,

Este é o manual de campo da pesquisa: **Avaliação dos atributos da Atenção Primária na Saúde do adulto nas Estratégias de Saúde da Família de Diamantina/ MG.** Uma pesquisa desse porte deve ter algumas regras bem definidas para que seus resultados consigam refletir a realidade da saúde nas comunidades entrevistadas. Este manual é um apoio neste sentido.

Esperamos que aqui você possa encontrar a solução para as dúvidas mais comuns ao longo do seu trabalho de campo. Caso alguma dificuldade inesperada surja durante seu trabalho, não pense duas vezes: entre em contato:
Fabiana Angélica de Paula
Tel: 3532- 6078 ou 38 9963-3263

VAMOS LÁ
Ainda em casa....
Cada entrevistador deverá ter todo material necessário para a realização das entrevistas. Confira na lista abaixo se não lhe falta nada:

- crachá;
- carteira de identidade;
- lápis, borracha, apontador, caneta, prancheta e pasta;
- questionários;
- manual de instruções;
- Não esqueça de vestir uma roupa confortável. Não use roupas curtas, nem justas. Vista-se de maneira recatada. Não use roupas de marcas, nem tênis/sapatos de grife. Não leve dinheiro em excesso. Não use jóias.

Etapas do trabalho de campo

1. PONTUALIDADE NO CAMPO

2. LOCAL DO TRABALHO:

A partir da chegada à comunidade a concentração deve ser total nas tarefas a realizar.

3. RECONHECIMENTO DA ÁREA:

Você esta recebendo o endereço das casas que deverá ser visitada, tenha atenção para não se perder no bairro.

4. CASAS A VISITAR

Caso não haja ninguém na casa escolhida, passe para outra casa já selecionada. Se reside o adulto, mas no momento não há ninguém na casa, anote o endereço no questionário para nova visita no futuro, além de perguntar ao vizinho se ele sabe o horário mais fácil de encontrar as pessoas em casa. Cada casa sorteada será visitada no máximo 2 vezes em horários e dias distintos.

Visite as casas selecionadas nesta área, localizando os adultos previamente escolhidos.
Pergunte se o adulto escolhido vive nesta comunidade há pelo menos um ano. Se sim: **APRESENTE-SE E INICIE O QUESTIONÁRIO.**
Se não, anote desde quando: APRESENTE-SE E INICIE O QUESTIONÁRIO.
Caso tenha algum problema na identificação da casa ou na localização do adulto selecionado anote.

5. APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Informe que você é estudante da universidade e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE A SAÚDE DO ADULTO E O ATENDIMENTO QUE ELES RECEBEM.

Reforce que você **NÃO** pertence à unidade de saúde da comunidade. Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas , como as positivas.

Reforce a IMPORTÂNCIA do estudo para todos os adultos da comunidade.

Diga que esta família foi escolhida por sorteio e que sua colaboração é muito importante para ajudar na pesquisa.
Diga que a entrevista vai durar mais ou menos 30 minutos.

Mostre seu crachá.

Se inicialmente a pessoa recusar, insista com educação. Saliente a importância da pesquisa para a comunidade. Se houver recusa inicial, combine um horário mais adequado para o entrevistado. Anote o endereço e o horário da nova visita.

6. INSTRUÇÕES GERAIS

Não vá entrando no terreno/casa do entrevistado, caso não tenha sido convidado.

Bata palmas ou use a campainha.

Seja simpático desde o início. É despertando o interesse inicial do entrevistado que você conseguirá realizar uma entrevista tranqüila.
Caso você seja convidado a entrar na casa para realizar a entrevista, aceite desde que não perceba uma situação de risco (morador embriagado, etc.).

Caso a pessoa esteja trabalhando em casa (ex: lavando roupa), ofereça-se para fazer as perguntas enquanto ele(a) trabalha.
Se lhe oferecerem um cafezinho, aceite-o.

Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome.

Seja simpático. O questionário é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade.

Para adultos use sempre a expressão Sr. ou Sra.

Formule as perguntas exatamente como estão escritas. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar a pergunta. Não induza as respostas. Tranqüilidade é a chave do sucesso!! Mesmo que já saiba a resposta anote o que o entrevistado respondeu, mesmo que considere que não é esta a melhor resposta.

Quando houver dúvidas sobre a resposta, escreva por extenso para posterior discussão com o coordenador.

Quando uma resposta parecer pouco confiável, repita a pergunta de maneira mais enfática.

Se as respostas forem duvidosas quanto a números (ex: "2 ou 3 vezes"), perguntar se é mais para 2 ou mais para 3. Se não souber, marque o valor inferior.

Se houver dúvida entre marcar "sim" (com certeza sim) ou "não" (com certeza não), marque "não" (nunca). Mas, antes, repita a pergunta.

Se a resposta do entrevistado for "sim", mas ele tem que escolher a resposta entre as alternativas "Com certeza, sim/Acho que sim/.....", leia apenas as respostas afirmativas. Se, por outro lado, a resposta for "não", leia apenas as opções negativas: "Provavelmente não/Com certeza Não".

Marque a resposta à caneta, circulando o quadradinho e o número (ou palavra) correspondente. Caso surjam erros, aponte com uma seta e escreva "Resposta correta". Ex:
1) Sim 2) Não 9) Não sei / Não me lembro

Escreva sempre com letra de forma.
Não deixe perguntas em branco.
Caso o entrevistado não saiba uma resposta que exige um número para ser respondida (ex: a idade), não deixe em branco, preencha com 9999.

Não leia para os entrevistados o título de cada sessão do questionário.

Não leia para os entrevistados o que está entre parênteses no questionário.

Considerar como membro da família todas as pessoas que fazem as refeições juntas. Se houver empregadas domésticas na casa, não contar como família.

Explique o que é SERVIÇO DE SAÚDE: "serviço de saúde é o local onde você vai quando está doente, por exemplo: um posto de saúde, uma emergência de hospital, um consultório médico, entre outros."

Ao terminar o questionário, ainda na casa do entrevistado, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhuma pergunta foi esquecida.

7. QUESTIONÁRIO

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

- Nome do entrevistador:

Preencha com o nome de quem realiza a entrevista.

- Hora do início e final da entrevista:

Preencher com horário de 24 horas, por exemplo: 13:23.
- Data da aplicação do questionário: Preencher com o dia, mês e ano (4 dígitos).

Área de abrangência: Escrever o nome da equipe de Saúde da Família que atende este adulto/família.

INTRODUÇÃO e QUESTÕES DE RASTREAMENTO

I1- O adulto _____(nome) vive nesta casa? E ele vive nesta comunidade há pelo menos um ano?

Anote a resposta e siga as instruções entre parênteses.

I2- Anote o nome do adulto selecionado, sua idade e data de nascimento e endereço.

CONSENTIMENTO

Leia o consentimento e peça para o adulto selecionado assiná-lo. Caso o adulto não saiba escrever, leia o termo junto de uma testemunha que saiba escrever e peça para que esta pessoa assine no local indicado.

CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1. Há um médico/enfermeira ou serviço de saúde onde você <u>COSTUMA</u> ir_ quando está doente ou quando necessita algum conselho sobre a sua saúde?

Enfatize a palavra sublinhada.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde.

2. Existe um serviço de saúde onde te <u>CONHECEM BEM</u> ?

Enfatize as palavras sublinhadas.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta **1.**

3. Existe um médico/enfermeira que você <u>CONSIDERA O PROFISSIONAL MAIS RESPONSÁVEL</u> pelo seu atendimento?

Enfatize as palavras sublinhadas.

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o da pergunta **1 e 2.**

Após estas 3 perguntas você deve saber identificar o serviço de saúde/profissional que será enfocado ao longo de todo o questionário. Siga as instruções de identificação contidas no questionário.

4. (Para o ENTREVISTADOR: conforme as respostas das perguntas 1,2 e 3 defina que tipo de serviço de saúde é este identificado? Se necessário, faça mais perguntas para identificá-lo.)

Marque a resposta que melhor caracterize o local identificado.

Ambulatório de um hospital considerar a Policlínica

5. Então para deixar claro, quando você precisa consultar, você procura:

"CONSULTAR" corresponde ao encontro individualizado do adulto com o médico ou enfermeira dentro do consultório.

Defina se a pessoa procura um profissional específico (médico ou enfermeira) ou um serviço de saúde. A partir desta questão, todas as perguntas vão referir-se a este local/profissional. Substitua sempre "NOME DO LOCAL" pelo nome do serviço especificado (por exemplo "postinho da vila") e substitua sempre "MÉDICO/ENFERMEIRA" por "Dr.nome do médico" ou "Enfª nome da enfermeira".

6. O seu (médico/enfermeira) atende:

Leia as alternativas e marque a resposta indicada.

7. O seu (médico/enfermeira) atende principalmente adultos com (ler as alternativas):

"Somente certos tipos de problemas" refere-se ao atendimento especializado de alguns tipos específicos de problemas de saúde, enquanto "A maioria dos tipos de problemas" refere-se a um ambulatório geral.

8. Você escolheu o(a) _____(nome do local) ou você consulta nele porque pertence à área deste _____(nome do local)?

Marque a resposta indicada.

11. Você vai ao _____(nome do local) por algum tipo de problema médico específico?

Problema médico específico refere-se a condições específicas de saúde, por exemplo:pressão alta, diabetes, etc. Se necessário use exemplos.

Caso a respota seja SIM, anote o tipo do problema.

UTILIZAÇÃO - PRIMEIRO CONTATO

Para as questões referentes a este atributo, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°1 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

12. Se você necessita de um especialista, o (a) (médico/enfermeira) tem que providenciar o encaminhamento para você?

Caso o adulto nunca tenha precisado de um especialista, marque “Não sei”.

13. Quando o(a) _____(nome do local) está aberto e você fica doente, alguém deste _____(nome do local) o atende no mesmo dia?

Caso o entrevistado responda que deve chegar cedo para conseguir “ficha” para o mesmo dia, insista nas respostas do Cartão, salientando que número de vezes (com certeza sim,

provavelmente sim, provavelmente não, com certeza não) ele chega cedo e consegue a "ficha".

14. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO no(a) _____(nome do local)?
Deseja-se saber sobre a consulta de rotina. Não é a consulta de retorno para reavaliação de um problema de saúde.

ATENÇÃO CONTINUADA

Para as questões referentes a este atributo, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza. sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua "nome do local" pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua "(médico/enfermeira)" por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

COORDENAÇÃO
Para as questões referentes a esse atributo, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no verso do Cartão), com as alternativas:

Com certeza	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza,	Não sei / Não me lembro

sim	não

No início desta série de perguntas, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

Sempre substitua “nome do local” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “(médico/enfermeira)” por Dr. Nome do médico ou Enfª Nome da enfermeira.

INTEGRALIDADE (SERVIÇOS NECESSÁRIOS)

15. Agora vou falar sobre uma lista de serviços que você ou toda sua família podem precisar em algum momento. Diga se o _____(nome do local) tem estes serviços.

Saliente que esta pergunta não se refere especificamente ao adulto escolhido. Esta pergunta é sobre toda a experiência com o serviço de saúde que esta pessoa possui. Não necessariamente ela deve ter recebido estes serviços, mas sim saber ou não sobre sua disponibilidade. Estes serviços referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO na unidade. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no posto em questão.

Para responder cada item use o Cartão de Respostas n° 1, com as alternativas:

Com certeza. sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

SERVIÇOS RECEBIDOS

16. Vou te falar sobre vários assuntos importantes para a sua saúde. Quero que você me diga se nas consultas ao seu (médico/enfermeira), algum destes assuntos foram conversados com você?

A cada item acrescente antes "O seu (médico/enfermeira) conversou com você sobre ....."

Para as respostas, use o Cartão de Respostas n°2, com as alternativas:

Com certeza. sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

COMPETÊNCIA CULTURAL

Para as questões referentes a este atributo, deve ser utilizado o Cartão de Resposta n°2 (o n° está no versodo Cartão), com as alternativas:

Com certeza. sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza, não	Não sei / Não me lembro

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICO-SOCIOECONÔMICAS

17. Na sua casa tem: (para os Eletrodomésticos: anote somente se estiver funcionando, sempre anotando o número de artigos – (00) Não tem (Quantidade) se Sim, tem)

Rádio_____ Geladeira_____ Carro_____ Empregada_____ Freezer ___

Máquina de lavar roupa_____ Vídeo cassete_____ TV a cores_____ Banheiro_____

Se o entrevistado confirma a existência de um destes artigos, pergunte se está funcionando e o número de cada um, anotando a quantidade de cada um junto ao referido artigo.

ANEXO – D PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFVJM

UFVJM | Comitê de Ética em Pesquisa | cep comitê de ética em pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO	Nº de protocolo no Comitê: 088/11
X PROJETO DE PESQUISA	
□ TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	

I - Identificação:

□ **Título do projeto:** Avaliação dos atributos da atenção primária nas estratégias de saúde da família de Diamantina/MG
□ **Pesquisador responsável**: Renata Aline Andrade – Doutora
□ **Instituição responsável pela realização**: UFVJM
□ **Instituição/Local onde se realizará**: Domicílio dos usuários das ESFs de Diamantina
□ **Área de Concentração**: Ciências da Saúde/Saúde Coletiva
□ **Data de apresentação ao CEP**: 05 de outubro de 2011; 1ª ressubmissão em 18/11/11.

II - Objetivos:

Geral: Avaliar os atributos da atenção primária com ênfase na saúde do adulto na ESFs de Diamantina/MG

III- Sumário do projeto:
□ **Descrição e caracterização da amostra**: 1495 indivíduos que moram na área de cobertura das ESFs de Diamantina e são atendidos por este serviço, com mais de 20 anos.
□ **Critérios de inclusão e exclusão: Inclusão**: estar cadastrado na ESF, ter mais de 20 anos, habitar a área de cobertura da ESF. Serão **excluídos** do estudo aqueles indivíduos que não tiverem condições físicas/mentais para responder ao instrumento de análise do estudo.
□ **Adequação da metodologia**: *adequada.*
Os indivíduos que participarão do estudo serão selecionados por amostragem aleatória estratificada proporcional, a partir do cadastro no Sistema de Informação em Atenção Básica. Somente um adulto por domicílio será entrevistado – se houver mais de um será selecionado o adulto mais velho. A abordagem dos voluntários acontecerá durante a visita dos agentes da unidade de saúde, quando serão explicados os objetivos do projeto apresentado do TCLE. Para coleta das informações pertinentes aos objetivos do estudo será utilizado o questionário PCA Tool adulto. Acadêmicos do PET-saúde realizarão as entrevistas, após passarem por um treinamento teórico/prático.
□ **Adequação das condições**: *adequadas*
Os participantes serão abordados e entrevistados em seu domicílio.

IV- Comentários do relator frente à Resolução 196/96/CNS e complementares em particular sobre:

□ **Justificativa do uso do placebo (caso haja):** não se aplica
□ **Justificativa da suspensão terapêutica (wash out):** não se aplica
□ **Estrutura do protocolo**: ok
□ **Análise de riscos e benefícios**: Os **riscos** descritos pelo pesquisador incluem constrangimento ao responder às perguntas. Os **benefícios** incluem a obtenção de informações que auxiliarão os gestores e profissionais de saúde no conhecimento das limitações da atenção à saúde da região.
□ **Adequação do consentimento e forma de obtê-lo**: O TCLE será obtido quando da primeira visita ao voluntário. O documento é adequado e atende as prerrogativas da Resolução nº. 196/96/CNS.
□ **Informação adequada quanto ao financiamento**: adequado, os custos serão arcados pela pesquisadora.
□ **Lista de centros** (para estudos multicêntricos): Não se aplica.
□ Outros:

V – Pendências

VI- Observações:

1. Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

VII – Motivos da não aprovação

Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Rodovia MGT 367, Km 583, nº. 5000, Alto da Jacuba, CEP 39100000 – Diamantina MG – Brasil (38) 3532.1240 – http://www.ufvjm.edu.br/pesquisa/cep.html

Rndrade
15/12/11

VIII- Parecer Consubstanciado do CEP:

[X] **APROVADO.** Receberá parecer e certificado do Comitê.

[ ] **PENDENTE**. Certificado do Comitê sujeito à resolução das pendências em tempo previsto.

[ ] **NÃO APROVADO.** Receberá apenas o parecer do CEP. Submeterá novo projeto ao Comitê.

Observações ao pesquisador:
Para projetos aprovados

1) Somente estará autorizado o início da pesquisa, após aprovação do protocolo pelo CEP.
2) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
3) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
4) O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
5) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
6) Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente, em 12 de maio de 2012 e em 12 de março de 2013. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

IX- Data da reunião do CEP: 13 de dezembro de 2011.

Tacianu Cavalcanti de Oliveira
(Membro Decano do CEP-UFVJM)

p/ **Profª. Agnes Maria Gomes Murta, Ph.D.**
Coordenadora do CEP UFVJM

Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Rodovia MGT 367, Km 583, nº. 5000, Alto da Jacuba, CEP 39100000 – Diamantina MG – Brasil (38) 3532.1240 – http://www.ufvjm.edu.br/pesquisa/cep.html