

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL**

**MURILO FRANCO RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE DE ARAGUARI/MG PELOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UBERLÂNDIA**

**2021**

**MURILO FRANCO RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE DE ARAGUARI/MG PELOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Uberlândia como exigência para a obtenção do título de Mestre em Gestão Organizacional.

Linha de pesquisa: Gestão Pública

Orientador: Prof. Dr. Peterson Gandolfi

**UBERLÂNDIA**

**2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

R696a  
2021 Rodrigues, Murilo Franco, 1983-  
Avaliação da qualidade dos serviços prestados na atenção primária à saúde de Araguari/MG pelos usuários da estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / Murilo Franco Rodrigues. - 2021.

Orientador: Peterson Elizandro Gandolfi.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2021.5512>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Administração. I. Gandolfi, Peterson Elizandro, 1973-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional. III. Título.

---

CDU:658

**MURILO FRANCO RODRIGUES**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE DE ARAGUARI/MG PELOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação aprovada para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Uberlândia (MG) pela banca examinadora formada por:

Uberlândia, 31 de março de 2021.

Prof. Dr. Peterson Elizandro Gandolfi (orientador)

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Júnior (membro externo)

Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes (membro interno)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional  
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 5M, Sala 109 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: (34) 3239-4525 - www.fagen.ufu.br - ppggo@ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Gestão Organizacional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional, 68, PPGGO				
Data:	trinta e um de março de dois mil e vinte e um	Hora de início:	13h00	Hora de encerramento:	15h10
Matrícula do Discente:	11822GOM016				
Nome do Discente:	Murilo Franco Rodrigues				
Título do Trabalho:	Avaliação da qualidade dos serviços prestados na atenção primária à saúde em Araguari pelos usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família				
Área de concentração:	Gestão Empresarial				
Linha de pesquisa:	Gestão Pública				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	-				

Reuniu-se, por meio de webconferência, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional, assim composta: Professores Doutores: [Peterson Elizandro Gandolfi - FAGEN/UFU](#), orientador do candidato; José Eduardo Ferreira Lopes - FAGEN/UFU e Álvaro Escrivão Júnior - FGV.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Peterson Elizandro Gandolfi, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

[Aprovado.](#)

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de [Mestre](#).

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Peterson Elizandro Gandolfi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 31/03/2021, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **José Eduardo Ferreira Lopes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 31/03/2021, às 15:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **ALVARO ESCRIVÃO JUNIOR, Usuário Externo**, em 26/04/2021, às 16:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2594367** e o código CRC **E2DCFD7A**.

---

*À minha família,  
presente em todo esse percurso.*

## AGRADECIMENTOS

Chegou ao final mais uma etapa de suma importância na minha vida acadêmica e, por que não, profissional. Essa etapa se mostrou cheia de desafios, dificuldades, oportunidades, crescimento e amadurecimento. E, para superá-los, a presença de pessoas importantes em minha vida foi essencial.

Assim, em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois dele provém o mais importante que é a saúde e a vida para seguir em frente na caminhada. Agradeço imensamente à minha mãe Telma que sempre me deu o suporte e o carinho necessários para eu correr atrás dos meus sonhos. Saiba, Mãe, que suas orações me tornaram mais forte em todo o percurso. Agradeço ao meu pai Luiz Humberto, à minha irmã Nayara e ao meu sobrinho Lucca por sempre estarem ao meu lado. Agradeço a sempre presente e atenciosa “vó” Violeta que, agora do céu, está vibrando por minha conquista.

Agradeço ao incentivo, parceria e paciência da minha esposa Gabriela. Sabemos o quanto é difícil superar essa etapa acadêmica, porém sua presença foi de suma importância para que eu a concluísse da melhor forma.

Agradeço a todos os mestres que me enriqueceram de conhecimento e não mediram esforços para ensinar e aconselhar. Saibam que esse dom de vocês é excepcional. Em especial, agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Peterson Gandolfi que, com sua personalidade ímpar, sempre incentivou, motivou e trabalhou incansavelmente para que este trabalho pudesse ser realizado da melhor forma possível. Sua gentileza e apoio foram essenciais. Obrigado de coração, Mestre!

Enfim, agradeço à Universidade Federal de Uberlândia por ofertar um curso tão qualificado e desafiador. Agradeço a todos os meus amigos que, de alguma forma, participaram comigo nesse processo.

Gratidão!!!



*Se o conhecimento pode criar problemas, não  
é através da ignorância que podemos  
solucioná-los.*

*Isaac Asimov*

## RESUMO

A saúde pública no Brasil passou por várias fases e foi evoluindo de acordo com os contextos políticos e econômicos preconizados por cada período. Chegou-se ao atual modelo devido às políticas oriundas da Constituição Federal de 1988. Assim, a Atenção Primária à Saúde, dentro do contexto dos SUS, é tida como uma das principais estratégias de prevenção de doenças, promoção de saúde e acompanhamento longitudinal das famílias brasileiras. Os serviços ofertados pela APS são operacionalizados junto à população pelas Equipes de Estratégia Saúde da Família. Assim, nota-se a importância de avaliar os serviços prestados pela ESF no contexto da Atenção Primária, sendo uma importante ferramenta para o planejamento e implementação de políticas públicas de saúde nos níveis federal, regional e municipal. O objetivo geral deste estudo foi analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Araguari/Mg sobre a qualidade dos atributos pertencentes à Atenção Primária à Saúde, utilizando-se a ferramenta PCATool. Para isso, o estudo foi realizado junto às 22 equipes de ESF da cidade de Araguari cadastradas pelo Ministério da Saúde. O trabalho apresenta natureza descritiva e quantitativa. O método de coleta de dados adotado foi o uso de questionário validado no contexto brasileiro, que é o PCATtool versão Adulto. Fizeram parte deste estudo 404 usuários dos serviços de saúde das 22 UBFs. O tratamento dos scores obtidos nos questionários Pcatool foi processado pelo software SPSS (versão 23), tendo sido os resultados obtidos de forma agregada e também comparativa entre as UBSFs. Os resultados alcançados mostraram que a avaliação geral das equipes de ESF de Araguari/Mg apresentou valor baixo (mediana = 5,927). Os atributos mais bem avaliados foram o Grau de Filiação, Acesso de Primeiro Contato – Utilização, Longitudinalidade e Coordenação – Integração dos cuidados. As piores avaliações foram para os atributos de Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade e Integralidade – Serviços Prestados. Os resultados encontrados, tanto no score geral e como nos atributos específicos, apontam para a possibilidade de ações corretivas que devem ser planejadas com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados na APS de Araguari/Mg. Dentre elas, podem ser destacadas as ações que visem à capacitação de servidores da ESF dentro dos princípios da APS com o intuito de fortalecer as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças junto aos usuários, solucionando, assim, grandes demandas no nível básico de assistência.

**Palavras-chave:** ESF, APS, Araguari, PCATOOL.

## ABSTRACT

Public health in Brazil has gone through several phases and has evolved according to the political and economic contexts advocated for each period. The current model was arrived at due to the policies arising from the Federal Constitution of 1988. Thus, Primary Health Care, within the context of SUS, is considered as one of the main strategies for disease prevention, health promotion and longitudinal monitoring of families. Brazilian companies. The services offered by the PHC are made available to the population by the Family Health Strategy Teams. Thus, it is noted the importance of evaluating the services provided by the ESF in the context of Primary Care, as it becomes an important tool for the planning and implementation of public health policies at the federal, regional and municipal levels. The general objective of this study is to analyze the perception of users of the Family Health Strategy in the municipality of Araguari / Mg about the quality of the attributes belonging to Primary Health Care, using the PCATool. For this, the study was carried out in the 22 ESF teams in the city of Araguari registered by the Ministry of Health. The work has a descriptive and quantitative nature. The data collection method adopted was through a questionnaire validated in the Brazilian context, which is the PCATool Adult version. 404 users of the health services of the 22 UBFs took part in this study. The treatment of the scores obtained in the Pcatool questionnaires was processed by the SPSS software (summer 23), where the results were obtained in an aggregated and also comparative way between the UBSFs. The results obtained showed that the general evaluation of the ESF teams in Araguari / Mg showed a low value (median = 5.927). The best evaluated attributes were the Degree of Affiliation, First Contact Access - Use, Longitudinality and Coordination - Integration of care. The worst evaluations were for the attributes of First Contact Access - Accessibility and Comprehensiveness - Services Provided. The results indicate that corrective actions should be planned based on these assessments, with the purpose of improving the quality of the services provided at the PHC in Araguari / Mg. The municipality must train ESF civil servants within the principles of PHC in order to strengthen health promotion and disease prevention actions with users, thus solving great demands at the basic level of assistance.

**Keywords:** ESF, APS, Araguari, PCATOOL.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1:** Distribuição das UBSFs no mapa de Araguari/MG.....36

**Figura 2** - Mapa de Abrangência do PMAQ em nível Brasil (2020) .....41

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Divisão dos RTs por sexo.....	52
Gráfico 2 – Distribuição da frequência de idade dos profissionais RTs das equipes ESF .....	52
Gráfico 3 – Distribuição da quantidade de profissionais graduados por ano .....	53
Gráfico 4 – Distribuição da frequência de tempo de atuação dos profissionais na ESF ..	54

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparativo de conceitos, ações e abordagens entre os modelos hegemônico e ESF.	33
Quadro 2 – Países/Regiões autônomas que publicaram estudos, utilizando o PCAToll entre os anos 2000 e 2020.....	42
Quadro 3 – Número de pessoas entrevistadas no mundo, usando a ferramenta PCATool, entre os anos 2000 e 2020.....	43
Quadro 4 – Atributos medidos pela ferramenta PCATool e seus respectivos conceitos e definições.....	47
Quadro 5 – Formulário para levantamento dos dados individuais/demográficos dos usuários.....	50
Quadro 6 – Resumo dos dados individuais dos profissionais RTs da ESF de Araguari/MG.....	54
Quadro 7 – Resumo dos dados demográficos dos usuários da ESF do município de Araguari/MG.....	58
Quadro 8 – Classificação das UBSFs, em quartis, de acordo com cada atributo da APS....	68

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Número de equipes de ESF, dos municípios e da população coberta pela estratégia.....</b>	<b>32</b>
<b>Tabela 2 – Série Histórica da Quantidade de Equipes de ESF, coberturas da ESF e APS no município de Araguari/MG .....</b>	<b>35</b>
<b>Tabela 3 - Quantidade de equipes e suas respectivas classificações obtidas no 3º PMAQ-AB.....</b>	<b>41</b>
<b>Tabela 4 – Classificação das Equipes de Saúde de Araguari no 3º ciclo do PMAQ .....</b>	<b>42</b>
<b>Tabela 5 – Composição e cadastramento das ESF credenciadas de Araguari/MG .....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 6 – Avaliação da consistência (Alfa de Crombach) das perguntas para cada categorias do PCATool.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 7 - Porcentagem de homens e mulheres alvos da pesquisa .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabela 8 – Correlação entre os itens do PCATool.....</b>	<b>57</b>
<b>Tabela 9 – Indicadores das UBSFs em quartis .....</b>	<b>59</b>
<b>Tabela 10 – Características sociodemográficas por UBSF .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabela 11 – Tempo de relacionamento, utilização da rede SUS e condicionantes de saúde dos usuários por UBSF.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabela 12 - Ranking Geral (Score Geral) das UBSFS .....</b>	<b>66</b>
<b>Tabela 13: Resultados, em quartis, dos escores dos itens do PCATool .....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 14 - Valores, em quartis, dos escores das perguntas selecionadas.....</b>	<b>73</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DAB	DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
PACS	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PCATool	PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PSF	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
RT	RESPONSÁVEL TÉCNICO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBSF	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Objetivo Geral .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3. Justificativa .....</b>	<b>17</b>
<b>2. Referencial Teórico .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Saúde Pública no Brasil .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2. Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.1. Contextualização histórica da Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.2. Atenção Primária no Brasil.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.3. Estratégia Saúde da Família .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.4. Atenção Primária e Esf em Araguari/MG .....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.5. Qualidade na Atenção Primária à Saúde e a Ferramenta PCATOOL .....</b>	<b>37</b>
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1. Aspectos Éticos .....</b>	<b>44</b>
<b>3.2. Definição do Município e Das ESFs De Estudo .....</b>	<b>44</b>
<b>3.3. Definição da Amostra do Projeto.....</b>	<b>45</b>
<b>3.4. Estratégia de Coleta de Dados.....</b>	<b>46</b>
<b>3.5. Definição da Ferramenta de Coleta de Dados .....</b>	<b>46</b>
<b>3.6. Levantamento e Análise Preliminar dos Dados para Validação do Instrumento e Coleta de Dados. ....</b>	<b>48</b>
<b>3.7. Análise do Perfil Socioeconômico dos Usuários.....</b>	<b>49</b>
<b>3.8. Proposta de Análise dos Resultados.....</b>	<b>50</b>
<b>4. Resultados e discussão.....</b>	<b>52</b>
<b>4.1. Resultados dos Dados Demográficos dos Profissionais RTS das Equipes de ESF ...</b>	<b>52</b>
<b>4.2. Resultados dos Dados Demográficos dos Usuários das Equipes De ESF de Araguari/MG .....</b>	<b>55</b>

<b>4.3. Resultados do Questionário PCATOLL Aplicado aos Usuários das UBSFs do Município de Araguari.....</b>	<b>65</b>
<b>4.3.1. Comparativo entre as UBSF – Ranking das UBSf.....</b>	<b>65</b>
<b>4.3.2. Análise de Questões Relevantes do Questionário .....</b>	<b>72</b>
<b>5. Considerações Finais .....</b>	<b>76</b>
<b>6. Produto Tecnológico da dissertação de mestrado profissional .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE A: Dados demográficos dos pacientes das UBSF’s .....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICE B - Indicadores das UBSFS inseridos no ESUS no ANO de 2020.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE C: Resultados dos scores dos atributos por UBSF.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE D: Resultados dos escores dos atributos por UBSF das perguntas específicas .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO A: Formulário PCATOLL .....</b>	<b>107</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil é um tema delicado e complexo e, para estudá-la, compreendê-la, monitorá-la e propor novas políticas e estratégias de ação, é necessário conhecer o caminho que ela percorreu desde as primeiras intervenções até o atual cenário. A evolução ao longo dos anos fez com que ela passasse por abordagens com foco nas práticas curativas até chegar ao atual enfoque, que é a prevenção de doenças e promoção de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem sua concepção na Constituição Federal de 1988, que determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ele prover os serviços e políticas públicas capazes de suprir a demanda da população (BRASIL, 1988). Tal sistema torna-se o carro-chefe dos serviços de saúde no Brasil, ofertando-os a toda a população residente no país. Esse serviço oferta, dentro de sua gama de serviços e políticas, a Atenção Primária à Saúde, que chega ao Brasil com conceitos novos e propondo uma alta resolubilidade nas suas intervenções em saúde.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde vem como um novo modelo centrado em equipes multiprofissionais com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde, tendo sido proposto em oposição ao modelo hegemônico de assistência, que é centrado na figura do médico (CAPOZZOLO, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002). As iniciativas incipientes no modelo de Medicina da Família surgem nos Estados Unidos na década de 60 em decorrência aos elevados custos do modelo corrente centrado em assistência especializada. Tal conceito foi trazido ao Brasil na década seguinte, porém ainda não colocado em prática no contexto da saúde pública devido ao fato de ser visto como um atraso em relação aos programas existentes (CAPOZZOLO, 2003; CANESQUI; OLIVEIRA, 2002). Para Mendes (1993), a Atenção Primária tem como princípios o desenvolvimento de estratégias intersetoriais de prevenção, a promoção de saúde e o atendimento a patologias consideradas comuns e menos complexas.

Para que a Atenção Primária tenha eficácia e seja resolutiva em seu campo de atuação, o Ministério da Saúde cria, em 1993, o Programa Saúde da Família (PSF), sendo colocado efetivamente em prática no ano de 1994 em todo o território nacional, conforme apontam Vieira e Ferreira (2015), aumentando, assim, a capilaridade e o alcance das ações em saúde. Segundo esses mesmos autores, o programa rompe com o modelo até então vigente, o qual era baseado em práticas curativas, e adota as novas medidas voltadas para a saúde pública, que se trata de atuação junto à unidade familiar com o propósito de prevenir doenças e promover a saúde como um todo.

O PSF foi visto como uma estratégia do Ministério da Saúde para as ações na Atenção Primária à Saúde e, assim, houve uma readequação da nomenclatura, passando a ser denominada de Estratégia Saúde da Família – ESF (MONTEIRO et al., 2008). Autores como Dalpiaz e Stedile (2011) corroboram, dizendo que a nomenclatura deve ser Estratégia Saúde da Família por se tratar de ações de caráter contínuo dentro do contexto da Atenção Básica à Saúde no SUS.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é ofertada pela Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde no nível municipal, tendo os municípios a responsabilidade de serem os gestores locais dos recursos, de serem os responsáveis pelo cumprimento das ações na atenção básica e de serem os executores das ações em suas territorialidades (BRASIL, 2007). A ESF é tida como a ponta do sistema público, onde as ações das políticas públicas e do SUS finalmente chegam aos cidadãos.

Para a implementação da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, é necessário seu financiamento que, nesse caso, é tripartite, sendo o repasse do governo federal ao município realizado em conta específica, fundo a fundo, com o propósito de dar mais transparência e facilitar o acompanhamento dos conselhos fiscalizadores (BRASIL, 2012). Tal financiamento se destina a viabilizar com qualidade e resolubilidade a oferta dos serviços de saúde desde a construção das unidades físicas de atendimento até o pagamento de servidores.

Nesse sentido, se um preciso diagnóstico for realizado na Estratégia Saúde da família da Atenção Primária sobre a Saúde do município de Araguari, os gestores terão uma importante ferramenta de gestão para: traçar ações que poderão melhorar o atendimento ao público e o trabalho dos profissionais de saúde; ofertar serviços essenciais no contexto local e melhorar a qualidade dos serviços ofertados em saúde, podendo, assim, evitar insatisfações com o sistema público municipal de saúde; aumentar o vínculo entre as unidades/profissionais de saúde e a população; diminuir a sobrecarga e os custos do atendimento de urgência do município; e, por fim, reduzir a mortalidade.

A partir do exposto, identifica-se a seguinte questão:

Qual a percepção dos usuários inseridos na Estratégia Saúde da Família sobre a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde do município de Araguari/Mg?

Para isso, propõe-se a utilização do instrumento PCATool (*Primary Care Assessment Tool*), já validado no Brasil por Harzheim et al. (2013), a fim de avaliar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre os atributos tidos como essenciais e derivados dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

### **1.1. Objetivo Geral**

Diante disso, o objetivo geral do presente trabalho é analisar a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Araguari/MG sobre a qualidade dos atributos pertencentes à Atenção Primária à Saúde por meio da ferramenta PCATool.

### **1.2. Objetivos Específicos**

Para alcance do objetivo geral, propõem-se os seguintes objetivos específicos

- a) Traçar o perfil demográfico dos profissionais atuantes na ESF;
- b) Traçar o perfil demográfico dos usuários da ESF;
- c) Analisar o perfil epidemiológico dos usuários da ESF;
- d) Analisar as percepções dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados pela ESF no município;
- e) Identificar oportunidades de melhorias na gestão pública da saúde no município de Araguari a partir da percepção dos usuários (Produto Tecnológico do Mestrado Profissional).

### **1.3. Justificativa**

O trabalho justifica-se teoricamente ao munir a literatura com as percepções dos usuários da Estratégia Saúde da Família em relação à qualidade da Atenção Primária à Saúde em um município de pequeno porte, considerando características peculiares a essa territorialidade, sendo possível, assim, comparar os resultados com aqueles de outros trabalhos realizados em outros contextos e em cidades maiores. Assim, emerge a possibilidade de traçar um paralelo entre o que a literatura observou em cada contexto, bem como apontar quais os resultados encontrados em comum e em disparidade.

A justificativa social do trabalho é conhecer a realidade dos usuários do SUS no município, traçando um diagnóstico e propondo ações que irão melhorar a qualidade de vida da população. Justifica-se também ao propor o planejamento, por meio do estudo, de estratégias que irão fazer com que os usuários percebam a importância de utilizarem os serviços ofertados pelo sistema público de saúde em nível municipal, assim como os profissionais percebam a

importância social de prestar os serviços humanizados em saúde de forma preconizada pelas leis e resoluções do SUS.

A justificativa prática é dar subsídios aos gestores municipais e gestores municipais de saúde para planejarem e executarem políticas públicas de saúde na Atenção Primária. Nesse sentido, o gestor deve levar em consideração o que a população percebe sobre a qualidade na oferta dos serviços da Atenção Primária, na Estratégia Saúde da Família, para que possa criar mecanismos e ações condizentes com a realidade e os anseios dos usuários e profissionais dessa estratégia.

Como justificativa didática é relevante citar o Inciso II do Art. 4º do regimento do PPGGO (Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional):

Art. 4º O PPGGO tem os seguintes objetivos:

[...]

II - Atuar com foco em problemas práticos na produção de material intelectual/tecnológico, no âmbito da gestão organizacional de modo a contribuir com o desenvolvimento das organizações em suas diversas funções (UFU, 2014, p. 2).

Este estudo está dividido em tópicos: introdução, referencial teórico, metodologia, descrição e análise dos resultados, considerações finais e referências, além dos apêndices e anexo.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Saúde Pública no Brasil

Para contextualizar a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família, é necessário traçar a evolução da saúde pública no Brasil, desde suas primeiras manifestações até o atual estágio. Essa evolução passa por diferentes abordagens na implementação das políticas públicas do setor, bem como por diferentes órgãos e secretarias e por variados programas ofertados à população, cada qual relativo ao contexto e interesses governamentais da época.

No **Brasil**, a atenção à saúde passa por algumas mudanças e evoluções desde a constituição da república, sendo sempre pautadas por interesses e necessidades de intervenções do governo para a preservação da saúde do povo brasileiro. Assim, já no início do Século XX, quando a população urbana estava sendo formada e consolidada, viu-se a necessidade de criação de campanhas, por parte do Estado, para assegurar a saúde da população. Essas campanhas eram de caráter bacteriológico, tendo a Polícia Sanitária o papel de executor (MERHY, 1992). Mais especificamente, é considerado que o começo da Saúde Pública no Brasil data do ano de 1808 (FUNASA, 2017).

Durante a Primeira República, compreendida entre os anos 1889 e 1930, o médico Oswaldo Cruz centralizou as ações de saúde pública na Diretoria Geral de Saúde Pública, tendo sido planejadas e executadas várias campanhas sanitárias e de combate a epidemias nas cidades e na zona rural. É importante destacar que Oswaldo Cruz também criou organizações de saúde e higiene no país (LUZ, 1991).

A saúde pública, entre os anos de 1933 e 1966, passa por um modelo de assistência médica ofertada aos cidadãos com vínculos trabalhistas, de modo que apenas os contribuintes com carteira assinada tinham acesso aos serviços médicos (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). Esses trabalhadores eram agrupados nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) em várias categorias, como industriários, portuários e servidores públicos. Esses institutos eram subordinados ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social, evidenciando, assim, a inserção do Estado na área da saúde. Nesse período, as ações de Saúde Pública eram focadas para contingenciar o processo migratório da população, sendo usado o modelo de campanhas sanitárias (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). No ano de 1953, é criado o Ministério de Saúde e Educação, entretanto, após a promulgação da Lei nº 1.920, o Ministério da Saúde foi desvinculado do Ministério da Educação (BRASIL, 1953).

Vale citar que, na Constituição de 1934, houve uma curta citação à saúde, tendo essa Carta Magna atribuído como competência dos Estados e da União zelar pela saúde e assistência públicas. Esse é um registro importante, pois tal direito foi reconhecido, mesmo que de forma não explícita, em uma Constituição Federal.

Nos anos compreendidos entre 1966 e 1977, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) passou a ocupar um lugar de destaque na oferta de serviços médicos a seus assistidos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). O Decreto-lei 200/1967 deliberava pela escolha em contratar serviços privados de saúde em detrimento de aumentar os serviços públicos de saúde (CORDEIRO, 1985). Nesse período militarista, ocorreu, após 1964, um direcionamento das ações em saúde para o setor privado, mostrando, assim, o novo enfoque governamental (LUCION, 2016).

Segundo Giovanella e Fleury (1996), o modelo assistencial em saúde, na década de 70, concentrou-se no modelo médico-hospitalar e centrado no indivíduo, sendo ofertado em meios privados. Esse padrão foi visto como o de intervenção do Estado de forma privatista e excludente. A análise acerca desse período aponta que a saúde não era um direito universal da população, sendo acessível a uma pequena parcela da população que tinha recursos para pagar por serviços privados.

Ao longo do ano de 1974, foi feita uma reestruturação, de modo que as secretarias de Saúde e Assistência Médica foram fundidas, formando uma única secretaria, a Secretaria Nacional de Saúde, a fim de reforçar o conceito de que não havia separação entre Saúde Pública e Assistência Médica (BRASIL, 2019).

Ainda em meados da década de 70, surge um movimento social composto por profissionais da área da saúde, partidos políticos, instituições de ensino em saúde, dentre outros. Esse movimento é conhecido como Reforma Sanitária e é considerado um marco positivo na evolução dos serviços de saúde, influenciando na melhora da qualidade de vida da população e no desenvolvimento social do Brasil (LUCION, 2016).

Tal movimento era questionador e crítico do modelo até então implementado, defendido e ofertado pela Ditadura Militar. Por sua vez, a Reforma era embasada em conceitos amplos de saúde, que iriam além do foco somente no indivíduo e sua doença, mas contemplando outros aspectos como cuidados em moradia e saneamento básico, nutrição e alimentação, oferta de ensino, condições de trabalho, opções e tempo para o lazer e práticas esportivas (GERSCHMAN, 2004).

Segundo Gerschman (2004), o Movimento Sanitário é tido como um marco na saúde pública do Brasil, pois, a partir desse movimento, emergiram novos conceitos e enfoques que,



posteriormente, embasariam textos da Constituição Federal, do Sistema Único de Saúde e dos programas criados e ofertados por ele. Além disso, foi por meio desse movimento que o foco foi dirigido para a promoção de saúde e não somente contemplando a doença.

Nos anos 80, foi promulgada a Constituição Federal, mais precisamente, no ano de 1988, a qual prevê, em seu Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Antes da promulgação da CF/88, a oferta de serviços assistenciais à saúde era limitada aos cidadãos trabalhadores ligados à Previdência Social, sendo, aproximadamente, 30 milhões de pessoas. Com o novo texto, todos os cidadãos passam a ter direito e acesso gratuito ao sistema público de saúde (BRASIL, 2019). Assim, a CF/88 promove um aumento substancial (390%) de pessoas com direito e acesso a serviços públicos de saúde, passando dos 30 milhões de pessoas citadas anteriormente para, aproximadamente, 146.825.475 de pessoas, que era a população estimada residente no país no início da década de 90 (BRASIL, 2000).

A partir da promulgação da Constituição Federal e da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, algumas leis foram criadas a fim de formar uma base jurídica que sustente o direito à saúde no país. As leis que sustentam e orientam os princípios, normas e funcionamento do SUS são as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

A Lei 8.080/90 é considerada a lei orgânica do SUS e:

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990).

Os artigos iniciais da Lei 8.080/90 citam o seguinte:

Art 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis a seu pleno exercício.

Art 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Esses artigos dissertam sobre os princípios do SUS e sobre a composição dos serviços de saúde ofertados, tendo prescrito no Art 4º, em seu Inciso 2º, que a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (BRASIL, 1990). A Lei 8.080/90 contém cinquenta e cinco artigos que estão organizados dentro de títulos e capítulos, referindo-se os títulos a Disposições Gerais, Sistema Único de Saúde, Serviços Privados de Assistência à Saúde, Recursos Humanos, Financiamento e Disposições Finais e Transitórias.

Já a Lei 8.142/90 aborda o aspecto organizacional e gerencial do Sistema Único de Saúde que:

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

A referida lei cita em seus artigos as instâncias colegiadas que farão parte do sistema de gestão e participação do SUS, sendo essas instâncias a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, que devem estar presentes em níveis municipal, estadual e federal. A Conferência de Saúde tem as seguintes atribuições, dentre outras: fazer um diagnóstico da situação de saúde e propor ações para formulação de políticas de saúde na esfera correspondente. Os Conselhos de Saúde, compostos por profissionais de saúde, representantes do governo, prestadores de serviços e usuários, participam na elaboração de estratégias e no controle da implementação das políticas de saúde na instância competente a eles (BRASIL,1990). Tais composições mostram que o SUS é um sistema no qual a sociedade civil organizada participa de sua composição e gestão.

Nota-se que as leis supramencionadas fundamentam o SUS de forma ampla, desde atribuições gerais até sua gestão e financiamento. Com a sanção dessas leis, o SUS é concebido como um sistema denso e que contempla todos os municípios e cidadãos brasileiros no acompanhamento de suas condições de saúde. Segundo Pinto (2012), o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos mais amplos do mundo, englobando de forma gratuita todos os residentes no Brasil.

O SUS é um sistema público de saúde complexo e integral, atendendo desde problemas básicos de saúde até procedimentos caros e complexos, como um transplante de órgãos, sendo os principais conceitos norteadores a prevenção e a promoção de saúde da população (BRASIL, 2019a).

Como o SUS é amplo e universal, estando presente em todos os três entes da federação, a gestão dos serviços de saúde prestados é tripartite, sendo a União, Estados e Municípios solidários e participativos nesse processo (BRASIL, 2019a).

O Artigo 198 da Constituição Federal cita três diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, sendo elas: a descentralização; o atendimento integral aos usuários, desde ações preventivas até assistenciais; e a criação de conselhos de saúde formados por indivíduos da comunidade em geral. Essas premissas orientam e reforçam conceitos da constituição, razão pela qual:

A construção do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, é espaço para a

discussão de uma rede composta por serviços públicos nos diversos níveis de complexidade e atenção, com a complementaridade do setor privado. A rede de atenção do SUS é complexa, formada por serviços estatais e privados, filantrópicos ou lucrativos (RIGHI, 2002, p. 259).

Silva (2011) aborda que os principais aspectos do SUS é a descentralização tanto administrativa quanto financeira dos recursos a serem geridos, atribuindo, assim, mais responsabilidades e autonomia na ponta do sistema, que é onde a população poderá obter os benefícios necessários para uma boa saúde. Ainda segundo o Ministério, os princípios que regem o Sistema Único de Saúde são: universalização, equidade e integralidade. Sobre esses princípios, tem-se que: a universalização propõe direito de acesso a todos; a equidade busca diminuir as desigualdades; e a integralidade contempla as pessoas como um todo.

O SUS, ao ser concebido sob os princípios citados acima, tem como premissa a diminuição da lacuna existente entre todos os direitos sociais legais e a real capacidade de ofertar programas e serviços públicos e gratuitos de saúde à população (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

Com a criação do SUS em nível nacional, a partir da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser dever do Estado e um direito de todos os residentes no Brasil e, para ofertar os serviços com vistas à promoção de saúde e prevenção de doenças na ponta do sistema e dentro de uma perspectiva de cuidado integral ao usuário, é criada a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esse conceito/política advindo de outros países que obtiveram êxito em sua implementação.

## **2.2. Atenção Primária à Saúde**

### ***2.2.1. Contextualização histórica da Atenção Primária à Saúde***

A Atenção Primária à Saúde é uma abordagem recente e é uma evolução dos modelos preconizados durante décadas, os quais priorizavam o atendimento individual apenas no quadro de doença, resultando em tratamentos médico-hospitalares onerosos, complexos e com uso de tecnologias, sendo conhecido como modelo assistencial hegemônico (CAPOZOLLO, 2003). Essa abordagem corrobora a World Health Organization (2004), ao apontar que os altos custos desse sistema, concomitantemente à crise do sistema capitalista, levaram à precariedade na oferta e acesso de serviços de saúde, fazendo com que profissionais da área espalhados pelo mundo se expressassem contra o sistema vigente. Com isso, nota-se um direcionamento para a

Atenção Primária à Saúde no decorrer dos anos em vários países, de acordo com o contexto histórico e socioeconômico vivenciado em cada localidade.

Mendes (2004) cita o relatório Dawson, de origem inglesa da década de 20, no qual já constavam preocupações com os elevados custos do sistema, propondo que o Estado deveria ser o gestor das políticas públicas de saúde. Assim, deveria ser dever do Estado ofertá-las de forma regionalizada, além de seguir uma hierarquização dos serviços, dividindo a atenção à saúde em três níveis: centros primários, secundários e hospitais escolas. O Serviço Nacional de Saúde Inglês, que é o padrão em sistema público universal de saúde, foi implementado e formalizado a partir da estruturação do referido relatório (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). O modelo inglês de saúde embasa e influencia, com certas distinções e particularidades, sistemas públicos de saúde de vários países do globo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Dentro do contexto norte-americano da década de 60, os EUA passavam por uma turbulência em seu campo socioeconômico marcado pelo desemprego e subemprego, fazendo emergir discussões sobre temas sociais relevantes, como o combate à pobreza e ao racismo. Assim, o país se viu responsável em ofertar serviços de saúde para esses grupos ora marginalizados e sem recursos econômicos. A oferta do governo foi baseada em contenção de gastos e serviços, com o uso reduzido de tecnologia, direcionados aos subgrupos com maior probabilidade de doenças e suas complicações, passando, então, essa assistência a ser chefiada pelo médico frente a uma equipe multiprofissional de saúde. Essas ações constituem o modelo chamado de Medicina Comunitária (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

O Modelo de Medicina Comunitária não obteve sucesso nos EUA, porém ele foi introduzido em países sul-americanos, dentre eles, o Brasil (CAPOZZOLO, 2003). Segundo o mesmo autor, países da África e Ásia também adotaram esse princípio. Já em 1966, nos EUA, surge o Movimento de Medicina da Família, que foi levado ao Brasil na década de 70 pela Organização Mundial da Saúde, porém esse movimento foi considerado uma involução frente aos programas da época (CANESQUI; OLIVEIRA, 2002).

A década de 70 é marcada por questionamentos e uma mudança de postura em direção ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, tendo a Organização Mundial da Saúde, e demais órgãos, planejado ações para ofertar à população mundial níveis básicos de saúde. Tais planos de ação são consolidados e apresentados na Conferência de Alma-Ata (FIGUEIREDO, 2011).

A Conferência de Alma-Ata e, conseqüentemente, a Declaração de Alma-Ata, em 1978, é vista como marco importante na saúde mundial, tendo em vista que os princípios e as diretrizes

para implementação da Atenção Primária foram publicizados e serviram de orientação às nações envolvidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A declaração de Alma-Ata, publicada em doze de setembro de 1978, aborda a urgência na implementação da Atenção Primária pelos governos com a finalidade de desenvolvimento e promoção de saúde dos profissionais da área e da população como um todo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Na referida declaração, estão contidas diretrizes amplas de saúde e da Atenção Primária, sempre correlacionadas com o desenvolvimento socioeconômico dos países e da população a ser assistida, de modo que:

A Conferência reafirma fortemente que a saúde, que é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental e que a obtenção do mais alto nível de saúde seja o mais importante objetivo mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Tal Declaração cita aspectos da Atenção Primária que deverão ser seguidos pelos governos em sua implementação para que ela contemple os usuários de forma integral. Dentre outras, tem-se que:

- A Atenção Primária reflete e evolui das condições econômicas, socioculturais e políticas características dos países e comunidades e é baseada na aplicação de resultados relevantes de pesquisas sociais, biomédicas e de saúde e na experiência em saúde pública;
- Aborde os principais problemas de saúde da comunidade, promovendo ações e serviços de caráter preventivo, curativo e de reabilitação em conformidade;
- Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos de ação nacionais para lançar e manter os cuidados primários de saúde, como parte de um abrangente sistema nacional de saúde e em coordenação com outros setores. Para tal, será necessário exercer vontade política, mobilizar os recursos do país e usar racionalmente os recursos externos disponíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Após quarenta anos da conferência, líderes governamentais e representantes do setor privado e da sociedade civil se encontraram em Astana, no Cazaquistão, para a Conferência Global sobre a Atenção Primária à Saúde. Nessa conferência, ficou ratificado que a Atenção Primária é a iniciativa mais eficaz para promover a universalidade da saúde à população de forma racional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Como produto desse evento, tem-se a Declaração de Astana, que direcionou quatro metas para o setor de saúde aos países envolvidos, quais sejam:

- Fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores;
- Construir a Atenção Primária à Saúde de forma Sustentável, adaptada ao contexto local de cada país;
- Capacitar indivíduos e comunidades;

-Alinhar o apoio das partes interessadas às políticas nacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), a Declaração de Astana é um documento que ratificou a Declaração de Alma-Ata em relação ao fortalecimento da APS como garantia universal aos serviços assistenciais em saúde para a população. A Organização Mundial de Saúde (2020) corrobora ao afirmar que o conceito de APS é importante para o alcance das metas em Cobertura Universal e Desenvolvimento Sustentável em saúde.

Assim, tem-se a atual definição de Atenção Primária à Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde:

A Atenção Primária à Saúde é uma abordagem que atende a maioria das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo da vida. Inclui o bem-estar físico, mental e social sendo centrada nas pessoas e não na doença. A APS é uma abordagem para toda a sociedade que inclui promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Por sua vez, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) traz o conceito de APS Renovada, sendo, então, considerada a estratégia mais eficiente para alcançar a equidade e as melhorias sustentáveis nos sistemas públicos de saúde dos países (OPAS, 2005).

Porém, existem desafios consideráveis ao modelo de atenção primária à saúde, visto que ainda faltam alguns ou todos os serviços de saúde a 50 por cento da população mundial e, na contramão dessa demanda, haverá um decréscimo previsto de 18 milhões de profissionais de saúde para o ano de 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Tais dados levam ao entendimento de que será necessário criar mecanismos e políticas que equilibrem a oferta e demanda de serviços de qualidade na saúde pública.

### **2.2.2. Atenção Primária no Brasil**

Surgem no Brasil, no decorrer da década de 90, ações de assistência à saúde que vão ao encontro dos conceitos preconizados pela Atenção Primária à Saúde. Tais ações são focadas na prevenção de doença e promoção de saúde, distanciando das abordagens estritamente curativas e centradas no momento da doença. A Atenção Primária tem origens além do contexto nacional, havendo relatos na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas datados do ano de 1978 (BUSS; FERREIRA, 2000). Harzheim et al. (2013) citam que o governo brasileiro espelhou em experiências externas, como as da Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba, para implementação das mudanças de enfoque na área da saúde pública do país.

No Brasil, as ações incipientes na mudança do modelo assistencial datam da década de 70, sendo implementadas nos municípios de Niterói e Porto Alegre, dentre outros. E a

consolidação dessas mudanças aconteceu com a criação e efetivação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família no início da década de 90 (BRASIL, 2004).

A Atenção Primária à Saúde é vista como uma opção ao modelo centrado no médico e é reconhecida como a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde (STARFIELD, 2002). Essas mudanças de enfoque são vistas como necessárias, pois estudos realizados em várias localidades do mundo evidenciam que a APS é um modelo menos oneroso, mais resolutivo, mais rápido e que promove boas condições de saúde à população (ALDULAIMI; MORA, 2017; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

O departamento responsável por conduzir, ofertar, acompanhar e avaliar a Atenção Primária em nível nacional é a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que é uma sessão do Ministério da Saúde, órgão máximo da área no Brasil. Tal departamento definiu a APS como se segue:

A atenção básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza 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, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2020).

No Brasil, a nomenclatura Atenção Básica emergiu como uma proposta oposta à Atenção Primária, que foi considerada uma política excludente e seletiva (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Porém, uma publicação feita pela Política Nacional da Atenção Básica torna as duas nomenclaturas como equivalentes tanto em seu conceito quanto em suas ações (BRASIL, 2012). Tal equivalência é adotada neste trabalho, sendo Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde sinônimas e representam o nível mais elementar de cuidado à saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde a população.

Para que as ações descritas na definição da SAPS sejam operacionalizadas em ações efetivas, Starfield (2001) cita quatro atributos tidos como essenciais para o contexto brasileiro, sendo: Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; a longitudinalidade; a integralidade; e a coordenação da atenção. Starfield (2001) ainda cita outros três atributos que devem ser a base dessa operacionalização e que qualificam as ações dos serviços de saúde, porém são conceituados como atributos derivados, que são: Atenção à saúde centrada na família; Orientação comunitária; e Competência Cultural. Esses atributos são peças fundamentais para avaliação dos serviços da APS e são conceitos fundamentais para o monitoramento por parte da gestão em saúde.

Os atributos são as características e descrições dos serviços que a estratégia deve ofertar aos usuários desse nível de atenção, de forma que:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas;
- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde;
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;
- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços
- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar;
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços;
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (STARFIELD, 2001, p. 163).

Tendo em vista as definições da APS e os atributos necessários para sua consolidação de forma ampla, eficaz, eficiente e dentro dos princípios fundamentais registrados em Atas de Conferências Mundiais de Saúde, o Ministério utiliza várias ações, políticas e estratégias, que são: A Academia da Saúde; Estratégia Saúde da Família (ESF); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Programa Saúde na Escola (PSE); dentre outros (BRASIL, 2019).

Uma estratégia que o governo brasileiro adotou para implementação da APS dentro dos princípios definidos pela OMS e suas conferências foi a criação da Estratégia Saúde da Família, que atenderia a população de forma regionalizada e na ponta do sistema, que são os municípios. Segundo Braga (2014), a APS foi ratificada como um novo modelo do sistema público de saúde brasileiro cujos pontos importantes são a expansão e a abrangência territorial, assim como seu fortalecimento enquanto política executora em nível municipal.



### **2.2.3. Estratégia Saúde da Família**

O cenário do início da década de 90 tornou latente a necessidade de mudanças na área de saúde e no seu enfoque. Segundo Viana e Dal Poz (2005), o país passava por uma reabertura política e por um momento de crise que impactou o investimento na saúde pública. Ainda segundo os autores, o perfil demográfico da população estava em mudança, tendo sido observada a diminuição da taxa de fecundidade e, por outro lado, um aumento de adultos e idosos, estando essas populações mais sujeitas às doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Assim, novas políticas, ações e estratégias deveriam ser planejadas para atender a esse novo cenário demográfico, político e econômico do Brasil.

O Programa Saúde da Família tem sua concepção no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início da década de 90, mais precisamente, em 1991, tendo sido implementado nas regiões Norte e Nordeste a fim de reduzir os altos índices de mortalidade infantil e materna, além da cólera, sendo esse programa uma forma de levar serviços de saúde às regiões mais vulneráveis, distantes e carentes (VIANA; DAL POZ, 1998).

O PACS obteve ótimos resultados e foi visto pelo Ministério da Saúde como uma forma de os Agentes Comunitários de Saúde intervirem no contexto familiar, traçando abordagens não somente ao indivíduo, mas, também, a toda a família residente na área de cobertura (BRASIL, 1997). Assim, com essa experiência positiva, criou-se o Programa Saúde da Família, que foi inserido dentro de áreas pré-estabelecidas e com o objetivo de promover saúde e uma melhor qualidade de vida da população atendida na Atenção Primária à Saúde (MUNIZ et al., 2005).

O modelo de PSF, que foi iniciado e testado no Canadá, na Inglaterra e em Cuba, todos de contextos socioeconômicos distintos, apresentou uma taxa de resolubilidade de 85% dos casos, referindo-se os 15% restantes às unidades de maior complexidade de atendimento e estrutura (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000). Ainda segundo esse informe técnico do DAB, o PSF promove uma maior interação entre os órgãos de saúde do nível central (Ministério da Saúde), do nível estadual (Secretarias de Estado de Saúde), do nível municipal (Secretarias Municipais de Saúde) e da comunidade, buscando o benefício de todos.

Os resultados satisfatórios do PSF fizeram com que, por meio da Portaria nº 648/2006, fosse criada a denominação de Estratégia Saúde da Família, que ganhou repercussão política e obteve uma abrangência em nível nacional. Tal estratégia recebeu influência dos modelos

canadense, cubano e inglês, constituindo-se em um importante mecanismo de atuação da Atenção Primária à Saúde, bem como desenvolvendo ações de promoção de saúde e prevenção de doenças junto aos indivíduos e suas famílias de forma integral e longitudinal, opondo-se ao modelo assistencial centrado na doença e na assistência médico-hospitalar (TAHAN-SANTOS, 2011).

Devido ao conceito de um programa de ações e serviços de saúde ofertados continuamente à população, o nome Programa de Saúde da Família (PSF) torna-se incompatível, pois a palavra programa dá uma ideia de uma ação com um fim (MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2009). Assim, segundo Camelo e Angerami (2008), o PSF recebeu uma nova denominação conhecida como Estratégia Saúde da Família, tornando essa nova nomenclatura compatível com os novos conceitos de ações e serviços de saúde ofertados continuamente à população.

Reforçando essa mudança na nomenclatura, de Programa para Estratégia, Corbo et al. (2007) asseveram que:

Inicialmente, o Ministério da Saúde concebeu a saúde da família como um programa. Entretanto, a partir de 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a utilizar a denominação 'Estratégia Saúde da Família' por considerá-la a estratégia escolhida para reorientação da atenção à saúde no país (CORBO et al., 2007).

Partindo para essa nova nomenclatura, novos princípios, conceitos e propostas surgiram e embasaram a ESF. Assim, o Ministério da Saúde definiu, em seu portal, que a Estratégia Saúde da Família:

Busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com ação integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2019).

A Estratégia Saúde da Família tem objetivos que devem estar em consonância com os da Atenção Básica e demais políticas e legislações da área da saúde pública do Brasil. Para que se torne um plano eficiente e resolutivo na ponta do sistema, que são os municípios, a ESF tem em vista:

A reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2020).

Costa Neto (2000) corrobora essas definições e objetivos ao mencionar que a ESF é uma incipiente tendência de formulação de serviços ofertados na saúde pública, focando no

relacionamento das equipes com as famílias adscritas nos territórios com o objetivo de promover melhores qualidades de vida.

Para atingir os objetivos e diretrizes propostos pela estratégia e traçados pelos órgãos da área de saúde, forma-se uma equipe multiprofissional para atuação frente aos usuários. Uma equipe de ESF é formada por um número mínimo de profissionais em suas áreas de competência, sendo esse número de: um médico com formação generalista ou com especialização em Saúde da Família; um enfermeiro de formação generalista ou especialista em Saúde da Família; um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, que devem residir na mesma área em que irão atuar para manter o princípio do vínculo com os usuários de sua microárea (BRASIL, 2019). O dentista generalista, ou com especialização em Saúde da Família, foi inserido na equipe de ESF posteriormente, podendo outros profissionais também serem incluídos a depender da especificidade de cada território (BRASIL, 2000). Essa equipe é responsável pelos serviços de saúde junto aos indivíduos e às famílias de sua territorialidade.

Schwartz et al. (2010) relataram que existem alguns desacordos no contexto da Estratégia Saúde da Família, dentre eles, a falta de relacionamento dos servidores com os usuários na efetivação das ações. Outra discordância no trabalho da equipe de ESF é a falta de ações que vão ao encontro das reais necessidades e anseios de saúde das famílias atendidas (SHIMIZU; ROSALES, 2009). Assim, deve-se pensar em maneiras de resolver essas dissonâncias entre os profissionais da equipe e entre a ESF e seus usuários com a finalidade de prestar os serviços de saúde dentro dos preceitos da APS.

Segundo Malta et al. (2016), mais da metade da população brasileira encontra-se cadastrada nas Unidades de Saúde da Família, havendo uma maior cobertura na zona rural quando comparada com a área urbana. Dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde mostraram que, em 2013, a cobertura era de 109 milhões de pessoas, ou seja, 56% da população, havendo 34.715 equipes de ESF em 5.346 municípios da federação (BRASIL, 2019).

Destaca-se que as características sociodemográficas da população coberta pela ESF são fundamentais para a atuação e assistência em saúde dos profissionais, levando em consideração a realidade e o cenário da população adscrita. Assim, um estudo de Guibu et al. (2017), utilizando dados da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços do ano de 2015, demonstrou que, em um universo de 8.676 participantes, a maioria eram mulheres com a faixa etária predominante entre 18 e 39 anos, sobressaindo-se aqueles de cor parda e casados.

Os dados mostram a evolução dessa política, pois, no ano de 2008, havia 28.865 equipes implementadas em cerca de 5.218 municípios, sendo a cobertura era de 91,9 milhões de pessoas, o que totalizava 48,9% da população aproximadamente (TAHAN-SANTOS, 2011). Vale a pena lembrar que, no ano de 1994, o Programa Saúde da Família iniciou suas atividades em 55 cidades do país e com um número de 328 equipes cadastradas (SOUSA, 2014).

Morosini, Fonseca e Lima (2018) citam em seu trabalho que os dados do Ministério da Saúde sobre a cobertura da Estratégia Saúde da Família, no ano de 2017, atingia 58% da população, atingindo essa cobertura, em algumas cidades, os 100% dos cidadãos. Esses autores relacionaram esse aumento da cobertura, em parte, aos novos serviços e modalidades ofertadas na Atenção Básica, como as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Tabela 1 explicita a evolução da estratégia em determinados anos.

**Tabela 1** – Número de equipes de ESF, dos municípios e da população coberta pela estratégia

Ano	Nº Equipes de ESF	Nº Municípios com ESF	Cobertura da ESF no Brasil	% de Cobertura da População
1994	328	55	-	-
2000	7.991	2.614	27,5 milhões	-
2008	28.865	5.218	91,9 milhões	48,9%
2013	34.715	5.346	109 milhões	56%
2017	-	-	-	58%

Fonte: Elaborado pelo autor com base em BRASIL (2004)

Segundo Camargo-Borges (2007), a ESF pretende interromper as ações baseadas em práticas individualizadas e fora de um contexto, propondo um trabalho contextualizado de forma sociocultural e familiar com foco na integralidade e individualidade de cada pessoa. A figura do médico é reorientada, deixando de ser o eixo central e passando para abordagens multiprofissionais, bem como concebendo uma saúde que vai além da ausência de doenças.

Andrade, Barreto e Coelho (2013) definem a ESF como ações centradas no contexto familiar e na comunidade onde ela está inserida em consonância com outros entes da rede de saúde, tendo sua organização e atuação focadas na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Essa definição deve ser uma premissa básica para as condutas de todos os profissionais que compõem as equipes de ESF.

Andrade, Barreto e Bezerra (2006) explicitam, em forma de quadro, as diferenças de enfoque nos modelos de assistência pública à saúde. De um lado, tem-se o modelo considerado hegemônico, que era o vigente há anos no país e, do outro, têm-se as concepções do novo modelo, que é a Estratégia Saúde da Família. Assim, o quadro mostra um comparativo dos conceitos, ações e abordagens entre os modelos hegemônico e o da Estratégia Saúde da Família.

O Quadro 1 ilustra, de forma comparativa, as diferenças existentes em cada um dos modelos, sendo possível notar a diferença nos territórios de atuação, visto que o modelo hegemônico é percebido nos centros urbanos e o da ESF se encontra espalhado por todo o território municipal. Essa diferença pode ser notada dada à atuação dos profissionais, partindo da centralização na figura do médico, no modelo hegemônico, para a atuação de toda a equipe, conforme modelo ESF.

**Quadro 2 – Comparativo de conceitos, ações e abordagens entre os modelos hegemônico e ESF**

<b>MODELO HEGEMÔNICO</b>	<b>ESF</b>
Saúde como ausência de doença.	Saúde como qualidade de vida.
Base em práticas frequentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como favor e não como direito do cidadão.	Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania.
Atenção centrada no indivíduo.	Atenção centrada no coletivo.
Centrado em ações curativas.	Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação.
Hospital como serviço de saúde dominante.	Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária articulados entre si.
Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios.	Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso a toda a população.
Predomínio da intervenção do profissional médico.	Predomínio de intervenção de uma equipe interdisciplinar.
Planejamento e programação, desconsiderando o perfil epidemiológico da população.	Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer.
Não consideração da realidade e autonomia local e não valorização da participação comunitária.	Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família.
Funcionamento baseado na demanda espontânea.	Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita.

**Fonte:** Andrade, Barreto e Bezerra (2006, p. 813).

Novas formas de conduta, novas atribuições, novas formas de acesso e uso do sistema público de saúde são aspectos que devem fazer com que os profissionais se capacitem para a criação de um vínculo eficiente com as famílias cadastradas no território.

Os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família têm atribuições em comum, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do ano de 2017, tendo essas atribuições o objetivo de potencializar a estratégia e aumentar sua resolubilidade frente às famílias cadastradas. Dentre as atribuições, estão: a territorialização e o mapeamento da área de atuação, cadastrando as famílias e identificando grupos de riscos sujeitos a doenças e vulnerabilidades; a manutenção de um cadastro atualizado para análise de situações de saúde, levando em consideração as variáveis socioeconômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, bem como traçando planos para o acompanhamento longitudinal dessas situações. Assim, é possível

identificar uma relação próxima dos profissionais com o território e seus habitantes para que a abordagem seja feita dentro das características e necessidades pertinentes à realidade local (BRASIL, 2009).

Destaca-se que cada equipe de ESF é responsável por, no máximo, 4.000 usuários, porém uma média aceita por equipe é de 3.000 pessoas, sempre respeitando o critério da equidade para definir tal abrangência. Um princípio usado para determinar o número de pessoas é de que quanto mais vulneráveis as famílias e o território, menor deve ser a quantidade de pessoas atendidas por uma equipe de ESF (BRASIL, 2019).

A literatura relata alguns desafios enfrentados pela ESF sendo de ordem política, econômica e até mesmo de falta de conhecimento, por parte da população, das funções e atribuições dessa estratégia. Oliveira e Albuquerque (2008) citam a dificuldade encontrada pelos usuários para a compreensão da proposta da Estratégia, visto que eles tendem a procurar apenas pelas ações curativas e assistenciais da equipe no caso da doença já presente. O modelo assistencial centrado no médico ainda é fortemente aceito e difundido pelos usuários do SUS e, segundo Romagnoli (2009), isso acontece quando se tem a ideia de intervenção apenas no surgimento de dores e sintomas de doenças. O conceito da ESF é oposto aos citados, sendo necessário, assim, que as equipes tracem estratégias junto à comunidade para que ela absorva o verdadeiro conceito de intervenção e atuação de uma equipe de ESF.

A ESF é a operacionalização das estratégias preconizadas pela Atenção Primária nos municípios, podendo sua eficiência e efetividade ser percebida na qualidade de vida da população. Assim, é importante que ela seja conduzida dentro dos princípios de integralidade e universalidade para os usuários do sistema público municipal de saúde.

#### ***2.2.4. Atenção Primária e Esf em Araguari/MG***

O município de Araguari/MG, segundo o IBGE (2019), tem uma população estimada de 116.691 pessoas. No censo de 2010, o número de habitantes foi de 101.095. O PIB per capita é de R\$ 33.574,01 e o IDH é de 0,773. Na área da saúde, segundo o mesmo órgão, o município apresenta uma taxa de mortalidade infantil de 14,78 óbitos por mil nascidos vivos. Essa taxa, quando comparada à dos 5.570 municípios da federação, deixa a cidade na posição de 837 e, no Estado de Minas Gerais, em 76º lugar no ranking do IBGE (IBGE, 2019); Tais dados demonstram algumas características do município e o posiciona frente aos demais, o que facilita aos gestores traçarem políticas públicas de saúde compatíveis em vistas a melhorar os indicadores da população local.

A Atenção Primária à Saúde no município é ofertada dentro de seus princípios, diretrizes e objetivos por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que é a estrutura física que aloja a Equipe de ESF, e por meio da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB). Segundo dados do Ministério da Saúde, a cobertura da Atenção Primária na cidade de Araguari é de 86,97%, o que representa, aproximadamente, 102.000 munícipes contemplados (BRASIL, 2020), referindo-se esses dados ao mês de dezembro de 2019.

O Município de Araguari abriga 48 estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS e, segundo o portal e-Gestor do Ministério da Saúde, a cidade conta com um total de 22 equipes de ESF. A cobertura desse programa no município, referente a dezembro de 2019, é de 65,04% da população, totalizando, aproximadamente, 76.000 cidadãos atendidos.

**Tabela 2** – Série Histórica da Quantidade de Equipes de ESF, coberturas da ESF e APS no município de Araguari/MG

Período	População	Número de Equipes Implantadas com recursos do Ministério da Saúde	Cobertura da ESF no município (%)	Cobertura APS no município (%)
Dezembro de 1998	96.517	2	-	-
Dezembro de 1999	96.517	3	-	-
Dezembro de 2000	98.399	5	-	-
Dezembro de 2001	103.243	5	-	-
Dezembro de 2002	103.243	10	-	-
Dezembro de 2003	104.223	10	-	-
Dezembro de 2004	105.470	11	-	-
Dezembro de 2005	105.470	12	-	-
Dezembro de 2006	108.995	11	-	-
Dezembro de 2007	109.876	12	37,68	44,50
Dezembro de 2008	106.403	12	38,91	48,78
Dezembro de 2009	110.334	13	40,65	50,17
Dezembro de 2010	111.095	12	37,27	46,20
Dezembro de 2011	109.801	13	40,85	55,14
Dezembro de 2012	110.402	17	53,12	59,92
Dezembro de 2013	110.983	17	52,85	66,36
Dezembro de 2014	114.970	17	51,01	65,63
Dezembro de 2015	115.632	17	50,72	61,10
Dezembro de 2016	116.267	19	56,38	71,42
Dezembro de 2017	116.871	22	64,94	76,49
Dezembro de 2018	117.445	21	61,69	74,79
Dezembro de 2019	116.691	22	65,04	86,97

Fonte: **Elaborado pelo autor com base em BRASIL (2020a)**

A Tabela 2 mostra a evolução do número de equipes de ESF atuantes no município, a cobertura da população e a cobertura da APS desde o ano de 1998 disponibilizada no portal e-Gestor do Ministério da Saúde. O período de análise foi o mês de dezembro de cada ano, levando em conta a quantidade de equipes implementadas e cadastradas até o encerramento do ano.





saúde para prevenção e tratamento de diabetes, hipertensão, tabagismo. Além disso, grupos de exercícios físicos, nutrição e psicologia também prestam atendimento nas UBSFs. Segundo Kivelä et al. (2014), os grupos de educação em saúde proporcionam momentos de compartilhamento de informações necessárias sobre temas ligados à saúde, como, por exemplo, sobre diabetes e hipertensão, sendo os usuários e seus familiares capacitados para o enfrentamento ou prevenção de doenças ou agravos.

A equipe multiprofissional da ESF oferta variados serviços, como os grupos de educação em saúde e, segundo Melo e Campos (2014), os participantes relatam que a presença nesses grupos é uma maneira de conseguir maior acesso aos serviços de saúde. Entretanto, algumas questões devem ser levantadas: Será que esses grupos e serviços ofertados e a assistência estão cumprindo seus objetivos e se atendem aos atributos de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (PMAQ)? Assim, é preciso conhecer quais são os pontos avaliados pelo programa e quais os atributos necessários para medir a qualidade percebida por profissionais e usuários da ESF na Atenção Básica.

### ***2.2.5. Qualidade na Atenção Primária à Saúde e a Ferramenta PCATOOL***

A qualidade é um atributo imerso no mundo empresarial e, mais recentemente, na gestão pública. Segundo Kotler (2000), a qualidade diz respeito às características dos produtos ou serviços ofertados que têm o poder de satisfazer a necessidades declaradas ou implícitas dos consumidores. Segundo o mesmo autor, a organização é tida como de qualidade quando oferta produtos ou serviços que atendam ou superem as expectativas dos consumidores. Juran (2000) vai além, citando a qualidade como um atributo capaz de satisfazer as necessidades dos clientes, mas também a cita como a ausência de defeitos. Por sua vez, Scriven (1991) atrelou à qualidade os atributos mérito e valor, tendo qualidade os processos, objetos ou serviços quando apresentam esses atributos. Tais definições ilustram o quão importante é o tema para uma organização, seja na produção de produtos ou na prestação de serviços.

Quando se mede a qualidade de produtos, que são tangíveis, os resultados são mais claros de perceber. Porém, quando se pretende medir a qualidade de serviços, que são intangíveis, a percepção individual das pessoas é mais difícil de se definir. Tal afirmativa é corroborada por Las Casas (1999), os quais chamam a interação durante a prestação dos serviços, entre os prestadores e os clientes, de “momentos da verdade” que fazem com que os

clientes percebam a qualidade dos serviços e criem uma imagem de toda a organização. Autores como Uchimura e Bosi (2002) corroboram, afirmando que a parte objetiva da qualidade é mensurável, porém a dimensão subjetiva não o é, pois envolve experiências individuais, sentimentos e emoções que não podem ser quantificadas em índices numéricos.

A qualidade é objetivo de vários segmentos do mercado, sejam organizações públicas ou privadas, que produzam algum produto ou que prestam serviços. Na saúde pública, devido às peculiaridades do setor, que são a prevenção de doenças e a promoção de saúde, a avaliação da qualidade pode ser relacionada a serviços que promovam boa saúde e qualidade de vida. Segundo Scaratti e Calvo (2012), a qualidade do setor público municipal de saúde pode ser medida por ações que diminuam o risco e a evolução das enfermidades, assim como por estratégias que promovam a saúde dos habitantes dos municípios de forma equânime. A qualidade é vinculada à capacidade do gestor de planejar e executar ações que diminuam a prevalência de doenças e melhorem a qualidade de vida dos munícipes, sendo universal o acesso aos serviços que promovam saúde em sua integralidade (SCARATTI; CALVO, 2012). Porém, Serapioni (1999) relata sobre a dificuldade na definição, medição e obtenção de resultados fidedignos devido ao fato de a saúde apresentar vários significados e por se tratar de uma dimensão exclusivamente subjetiva.

Nesse sentido, gestores municipais necessitam de dados sobre as políticas e ações implementadas na saúde pública, sendo esses dados essenciais para guiá-los na oferta de serviços de qualidade para a população e na oferta de uma estrutura compatível para os profissionais atuantes no setor. Assim, ferramentas de avaliação validadas surgem como objetos que podem municiar os gestores a respeito das falhas e problemas na condução das ações na APS e na ESF, orientando os mesmos a executarem serviços de qualidade compatíveis com a realidade de saúde local (PIRES, 2012).

Diferentes formas ou processos de avaliação existem desde a origem da vida em sociedade (CONTANDRIOPOULUS et. al., 1997). Segundo Uchimura e Bosi (2002), a origem da aplicação de avaliações nos sistemas públicos de saúde data da Segunda Guerra Mundial, cujo objetivo era o de monitorar e alocar corretamente os recursos dos Estados. No Brasil, os instrumentos de avaliação passam a ser aplicados a partir dos anos 80.

Dessa forma, para que se possa proceder a uma avaliação, é necessário saber quais seus conceitos e quais seus objetivos em diferentes contextos. Avaliar, em seu sentido mais amplo, significa conceder valor a alguma coisa (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994). Segundo o dicionário da Língua Portuguesa, avaliar significa o ato ou efeito de avaliar (-se); apreciação, cômputo ou estimação da qualidade de algo ou a competência de alguém; determinação do

preço justo de qualquer coisa alienável; valor de bens, determinados por avaliadores (EDITORA MELHORAMENTOS, 2020). Para Ferreira (1986), esse termo significa o ato ou ação de avaliar. Desse modo, avaliar fará com que usuários do sistema público de saúde, especialmente, da Atenção Primária de Araguari/Mg, concedam uma escala de valor aos serviços recebidos por eles na ESF. A avaliação de programas ou serviços é assim abordada por Aguilar e Ander-Egg (1994):

Corresponde a situar a avaliação no campo das modalidades de intervenção social e, consequentemente, das ciências sociais, recorre-se à utilização de "procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável" - a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 133x).

Para medir a qualidade da Atenção Primária, foram propostos e desenvolvidos vários sistemas, ferramentas e formulários de avaliação com o objetivo de conhecer os aspectos de estrutura e processos dos serviços ofertados pelas equipes de saúde (BRASIL, 2010). No final dos anos 90 e início dos anos 2000, vários países ao redor do mundo propuseram instrumentos com o objetivo de avaliar a qualidade da Atenção Básica sob a percepção dos usuários, profissionais e gestores atuantes nesse contexto. Dentre os mecanismos de avaliação da qualidade na APS, têm-se o Components of Primary Care (CPCI), o Primary Care Assessment Survey (PCAS), o EUROPEP questionnaire, o Qualicopc e o Primary Care Assessment Tool (PCATool), sendo este criado e validado, inicialmente, nos EUA, pela professora Bárbara Starfield e seus colaboradores (D'AVILA et al., 2017).

A ferramenta de avaliação da qualidade da atenção primária utilizada neste estudo é a PCATool, a qual é tida como uma escala psicométrica que aborda todos os atributos propostos na APS. Esse instrumento é derivado de um modelo proposto por Donabedian (2005), que avalia a qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados dos serviços ofertados na saúde. Para avaliar a qualidade na APS, deve-se levar em consideração a relação longitudinal entre usuários e prestadores de serviços de saúde, sendo essa afirmação corroborada por Campbell, Roland e Buetow (2000).

O PCATool, para ser inserido e validado no contexto da APS brasileira, passou por uma etapa de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de constructo, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006). No Brasil, esse dispositivo de avaliação foi nomeado de PCATool-BRASIL e tem três versões, que são: PCATool-BRASIL versão Criança; PCATool-BRASIL versão Adulto; e PCATool-BRASIL versão Profissionais (BRASIL, 2010). Cada versão apresenta nuances compatíveis com o público-alvo da pesquisa de qualidade dos atributos presentes na APS. A versão criança é composta por 55

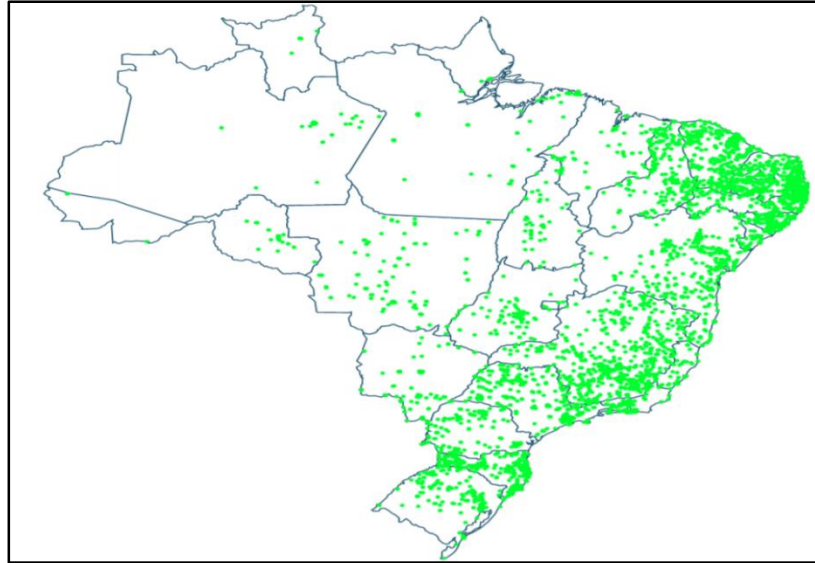
itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. A versão PCATool adulto validada é composta por 87 itens divididos em 10 componentes de atributos elencados à APS, porém uma versão também validada no Brasil contém 23 itens e é denominada versão reduzida (OLIVEIRA et al., 2013). E, por fim, a versão profissional é composta por 77 pontos referentes aos atributos da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010).

Ainda no campo da avaliação da qualidade da APS no Brasil, vale a pena citar o PMAQ, que é o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2011, cuja finalidade é a de avaliar todo o cenário brasileiro da Atenção Básica. Segundo Linhares et al. (2014), no ano de implementação desse programa, a cobertura da ESF era de, aproximadamente, 50% da população, sendo outras políticas de APS ofertadas a 30%, surgindo, conseqüentemente, a demanda pelo aumento do acesso e qualidade dos serviços. Segundo a Secretaria de Atenção Primária, o PMAQ-AB:

Tem por objetivo incentivar gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2011).

Esse programa propõe um incentivo financeiro aos municípios que da sua área de cobertura, podendo ocorrer aumento do repasse dos recursos financeiros àqueles que conseguirem atingir melhoras nos padrões de qualidade nos atendimentos. Porém, esse programa, iniciado em 2011, cujo 3º ciclo teve início no ano de 2015, foi substituído pelo Ministério da Saúde diante das novas mudanças de estrutura, processos e formas de financiamento da APS (BRASIL, 2019). Fizeram parte das avaliações e monitoramento do PMAQ todas as equipes de saúde da AB, como as Equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas, além das equipes de ESF (BRASIL, 2011). As equipes foram avaliadas, por meio de questionários aplicados por técnicos contratados pelo Ministério da Saúde, em vários atributos, como: Acesso e acolhimento; Resolutividade; Processos de trabalho; Coordenação do Cuidado; e Gestão e Infraestrutura. O mapa (Figura 2), exposto a seguir, demonstra a abrangência e distribuição desse programa no país.

Figura 2 – Mapa de Abrangência do PMAQ em nível Brasil (2020)



Fonte: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2020b)

Os resultados do 3º ciclo estão disponíveis no portal da SAPS do Ministério da Saúde. As informações acerca desse 3º ciclo do PMAQ-AB referem-se a mais de 42 mil equipes de saúde em 5.324 cidades. Discriminando as equipes, participaram desse ciclo de avaliação 13.775 ESFs, 25.090 equipes de ESF com Saúde Bucal, 4.110 equipes de NASF-AB e 30.346 unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2020). A Tabela 3, abaixo, mostra a quantidade de equipes avaliadas no país com suas respectivas classificações: muito bom; ótimo; bom; regular; ruim; insatisfatória; e desclassifica. Essas classificações são resultantes de questionários aplicados às equipes de saúde no 3º ciclo, refletindo o cumprimento de padrões de qualidade relacionados à oferta e à organização da APS.

Tabela 3 - Quantidade de equipes e suas respectivas classificações obtidas no 3º PMAQ-AB

<b>Classificação</b>	<b>Quantidade</b>
Muito bom	7.308 (17,01%)
Ótimo	2.209 (5,14%)
Bom	12.279 (28,57%)
Regular	12.626 (29,38%)
Ruim	6.583 (15,32%)
Insatisfatória	115 (0,27%)
Desclassificada	1.855 (4,32%)
<b>TOTAL DE EQUIPES</b>	<b>42.975 (100%)</b>

Fonte: Elaborado pelo autor com base em BRASIL (2020) .

O município de Araguari/Mg aderiu ao PMAQ-AB e foi avaliado por meio dos questionários e visitas in loco realizadas pelos técnicos responsáveis. Foram avaliadas no município a única equipe de NASF credenciada pelo Ministério da Saúde e dezessete Equipes

de Atenção Básica (EAB) . Dessa forma, a Tabela 4 apresenta a classificação das equipes de Saúde avaliadas pelo PMAQ-AB no município de Araguari/Mg.

Tabela 4 – Classificação das Equipes de Saúde de Araguari no 3º ciclo do PMAQ

TIPO	CLASSIFICAÇÃO	PORCENTAGEM
Equipe de Atenção Básica e NASF-AB	Muito bom	7 (39%)
Equipe de Atenção Básica	Ótimo	1 (5,5)
Equipe de Atenção Básica	Bom	8 (44,4%)
Equipe de Atenção Básica	Regular	2 (11,1%)
Equipe de Atenção Básica	Ruim	0
Equipe de Atenção Básica	Insatisfatória	0
Equipe de Atenção Básica	Desclassificada	0
<b>TOTAL DE EQUIPES</b>		<b>17 EAB e 1 NASF-AB - (100%)</b>

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Brasil (2020).

Portanto, dentro da avaliação realizada pelo Ministério da Saúde por meio do PMAQ-AB, participaram da pesquisa 72,7% das EAB do município e a única de NASF, totalizando dezoito equipes de saúde do município de Araguari. Nota-se que nenhuma foi classificada como ruim e insatisfatória, assim como não houve desclassificação. Dentro das classificações muito bom ou ótimo, estão 44,5% das equipes de saúde estudadas e, nas classificações bom ou regular, enquadram-se 55,5% das unidades de saúde pesquisadas e analisadas. Nesse ponto, emerge uma questão importante: Será que esses dados coletados junto às equipes de saúde pelos pesquisadores do Ministério da Saúde por meio do PMAQ-AB aproximam-se das percepções de qualidade dos profissionais e dos usuários da APS do município de Araguari/Mg?

Esses dados extraídos do PMAQ foram de grande valia para um diagnóstico do setor por todo o Brasil, porém o Ministério da Saúde optou por sua inutilização a partir de 2019. Com isso, foi proposto um instrumento de avaliação que contemple atributos psicométricos e de reconhecimento amplo nos contextos nacional e internacional (BRASIL,2020), tendo sido adotado pelo Ministério o PCATool-Brasil.

Os Quadros 2 e 3 mostram, respectivamente, os principais países que utilizaram o PCATool e a quantidade de respondentes desse instrumento por país, entre os anos de 2000 e 2020.

**Quadro 2** – Países/Regiões autônomas que publicaram estudos, utilizando o PCAToll entre os anos 2000 e 2020.

País	Versão Profissional de Saúde	Versão Usuário Adulto	Versão Usuário Criança
África do Sul	X	X	
Argentina	X	X	X
Brasil	X	X	X
Canadá	X	X	
Chile	X		
China		X	

Continua..

Conclusão (Quadro 2 - Países/Regiões autônomas que publicaram estudos, utilizando o PCAToll entre os anos 2000 e 2020.)

País	Versão Profissional de Saúde	Versão Usuário Adulto	Versão Usuário Criança
Colômbia	X	X	
Coreia do Sul		X	
Dominica	X		
Espanha	X	X	X
EUA		X	X

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - PCATool-BRASIL-2020

**Quadro 3** – Número de pessoas entrevistadas no mundo, usando a ferramenta PCATool, entre os anos 2000 e 2020

País	Versão Profissional de Saúde	Versão Usuário Adulto	Versão Usuário Criança	Número de estudos publicados
África do Sul	248	1.955	0	4
Argentina	36	966	0	5
Brasil	6.761	57.956	15.062	138
Canadá	463	30.678	0	11
Chile	109	0	0	1
China	0	25.957	0	18
Colômbia	16	3.011	0	2
Coreia do Sul	0	8.044	0	4
Dominica	90	0	0	1
Espanha	0	18.629	0	6
EUA	0	700	853	5

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - PCATool-BRASIL-2020

A partir deste trabalho, procura-se avaliar os atributos percebidos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Araguari por meio da ferramenta PCATool. Destaca-se que não há qualquer registro de estudo que utiliza essa ferramenta para avaliar a saúde pública local. A metodologia utilizada para a obtenção dos dados será descrita nos tópicos a seguir.

### **3. METODOLOGIA**

A presente pesquisa apresenta natureza descritiva e quantitativa, utilizando-se de ferramentas estatísticas com o objetivo de buscar inferências na população por meio de amostragem. A abordagem hipotético-dedutiva é proposta em decorrência da construção de hipóteses a serem testadas.

Para tal finalidade, os seguintes procedimentos metodológicos são propostos.

#### **3.1. Aspectos Éticos**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) a fim de garantir os critérios éticos de pesquisa com seres humanos. Após apreciação pelo CEP, e tendo cumprido todos os requisitos por ele determinado, o presente estudo e a pesquisa foram aprovados para execução e aplicação sob o Parecer Consubstanciado nº 4.366.022, sob o CAAE 37913320.8.0000.5152.

#### **3.2. Definição do Município e Das ESFs De Estudo**

A Atenção Primária à Saúde do município de Araguari é o objeto deste estudo devido ao fato de ser esse o local de atuação laboral do pesquisador, sendo o estudo realizado com as 22 equipes de Estratégia Saúde da Família credenciadas pelo Ministério da Saúde. A população do estudo será composta pelos usuários de cada uma dessas unidades.

É importante ressaltar que o recorte de objeto de estudo é um plano cujo fim é diagnosticar e estudar o ambiente, levando-se em consideração a complexidade e os inter-relacionamentos desse cenário (YIN, 2001).

As equipes/unidades que fazem parte deste trabalho são as seguintes: UBSF Amanhece; UBSF Bosque; UBSF Brasília (Equipes I e II); UBSF Chancia; UBSF Gutierrez; UBSF Independência (Equipes I e II); UBSF Maria Eugênia (Equipes I e II); UBSF Miranda (Equipes I e II); UBSF Novo Horizonte; UBSF Paraíso (Equipes I e II); UBSF Portal de Fátima (Equipes I e II); UBSF Santa Terezinha (Equipes I, II e III); e UBSF São Sebastião (Equipes I e II), sendo cada Equipe responsável pelas famílias residentes em sua área de cobertura e atuação. A Tabela 5 evidencia a composição de servidores, o número de pessoas ativas no cadastro e o número de



domicílios cadastrados em cada equipe de ESF estudada, sendo esses números extraídos do sistema eSus do Ministério da Saúde, o qual é utilizado pelas equipes para lançamento de dados.

Tabela 5 – Composição e cadastramento das ESF credenciadas de Araguari/MG

UBSF	Nº Enfermeiro	Nº Médico	Nº Téc. Enfermagem	Nº ACS	Nº Cidadãos Ativos	Nº Domicílios Cadastrados
Amanhece	1	1	2	7	2645,0	1091,0
Bosque	1	1	2	1	3084,0	1203,0
Brasília 1	1	1	2	7	3428,0	661,0
Brasília 2	1	1	1	6	2344,0	978,0
Chancia	1	1	1	3	1329,0	730,0
Gutierrez	1	1	1	6	4500,0	2710,0
Independência 1	1	1	2	3	2258,0	350,0
Independência 2	1	1	1	2	1321,0	115,0
Maria Eugênia 1	1	1	2	6	1417,0	373,0
Maria Eugênia 2	1	1	2	4	2159,0	584,0
Miranda 1	1	1	2	7	5037,0	2397,0
Miranda 2	1	1	2	7	5863,0	2702,0
Novo Horizonte	1	1	2	8	3043,0	1221,0
Paraíso 1	1	1	2	6	2763,0	870,0
Paraíso 2	1	1	1	5	3350,0	1755,0
Portal de Fátima 1	1	1	2	6	2388,0	1097,0
Portal de Fátima 2	1	1	1	6	3411,0	1803,0
Santa Terezinha 1	1	1	2	6	6277,0	2440,0
Santa Terezinha 2	1	1	1	6	2542,0	1038,0
Santa Terezinha 3	1	1	2	7	2846,0	1231,0
São Sebastião 1	1	1	2	6	3668,0	1451,0
São Sebastião 2	1	1	2	6	3256,0	1956,0
<b>TOTAL DE USUÁRIOS E DOMICÍLIOS CADASTRADOS NAS 22 ESFs CREDENCIADAS DO MUNICÍPIO</b>					<b>68.929</b>	<b>28.756</b>

Fonte: eSus – Relatório extraído em 07/07/2020

### 3.3. Definição da Amostra do Projeto

A escolha da extensão da amostra está baseada na proposta de Hair et al. (2009), segundo a qual a quantidade de variáveis independentes influencia no valor da significância encontrada no coeficiente de correlação. Nesse sentido, para uma amostra de 100 análises, tendo 20 variáveis independentes, tem-se 0,21 para erro de 0,05 de coeficiente de correlação com uma significância mínima (HAIR et al., 2009). De outra forma, ainda se identifica uma regra simples com, no mínimo, 5 observações para cada variável independente (HAIR et al., 2009).

Para o atendimento dos 22 PSF's, buscou-se fazer o levantamento com os 22 enfermeiros-chefes (sendo um enfermeiro para cada PSF) e 20 usuários por PSF, totalizando cerca de 440 usuários.

Durante o processo de realização deste estudo, foram interrogados 404 interlocutores, sendo eles profissionais e munícipes da cidade de Araguari.

### 3.4. Estratégia de Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada junto aos usuários e aos enfermeiros RTs de cada equipe de ESF. Cada indivíduo da pesquisa foi abordado e consultado sobre o interesse em participar da pesquisa durante a espera pelo atendimento na unidade de saúde. Ainda, foi explicado que, caso não houvesse o aceite, não haveria prejuízo no atendimento e, caso ocorresse o aceite, **seriam observados todos os protocolos de segurança em decorrência da pandemia de Covid-19. Além disso,** o entrevistador solicitou o preenchimento do TCLE e confirmado que, caso fosse assinado, o formulário seria preenchido, sendo o tempo de resposta de, aproximadamente, até 30 minutos.

Os critérios de inclusão na pesquisa para os usuários foram os seguintes: usuários acima de 18 anos; que saibam ler e escrever; estão cadastrados há, pelo menos, 1 anos na ESF; apenas um usuário por domicílio.

### 3.5. Definição da Ferramenta de Coleta de Dados

Neste trabalho, pretendeu-se avaliar a qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde percebida pelos usuários da ESF no município de Araguari/Mg. Para tal, foi utilizada uma ferramenta já empregada em vários países e validada para o contexto brasileiro, cujo nome é Primary Care Assesment Tool (PCATool), que Starfield, Xu e Shi (2001) criaram e fizeram sua validação nos EUA. Tal ferramenta propõe medir a presença e os atributos associados à Atenção Primária à Saúde para atendimento aos pacientes/usuários infantis e adultos. Segundo D'ávila et al. (2017), essa ferramenta é considerada uma escala psicométrica que contempla variados atributos presentes na Atenção Primária à Saúde, além de medidas resumidas desses atributos.

A PCATool foi usada em vários estudos e em diferentes cidades brasileiras, dentre elas, Porto Alegre e Petrópolis. O Ministério da Saúde, em 2010, divulgou a ferramenta PCATool como um instrumento validado para avaliação da Atenção Primária à Saúde, como asseveram D'Avila et al. (2017). Desde então, segundo esses mesmos autores, vários estudiosos da área começaram a usá-la em suas pesquisas como ferramenta-ouro na avaliação dos atributos da APS na perspectiva dos usuários, podendo ser aplicada em cidades de diferentes portes e contextos. Corroborando esses autores, Starfield (2002) afirma que essa ferramenta é baseada nos princípios da APS e tem como objetivo avaliar os atributos principais e secundários e o nível de adesão dos usuários aos serviços de saúde.

Segundo Malouin, Starfield e Sepulveda (2009), a PCATool é uma ferramenta que apresenta bons resultados quando se propõe a avaliar os atributos da APS, sendo capaz de medir variáveis de estrutura e processo quando comparada a outros instrumentos, como o APCCS, CAHPS, CPCI, MHFS, MHI, dentre outros. O instrumento PCATool se diferencia dos demais ao medir e avaliar a percepção dos usuários sobre a APS no que tange aos atributos designados como essenciais e derivados, segundo apontam Starfield e Shi (2009). Assim, segundo esses autores, a ferramenta mede os seguintes atributos, como expostos no Quadro 4:

**Quadro 4** – Atributos medidos pela ferramenta PCATool e seus respectivos conceitos e definições

1 – Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde	Definido com o primeiro contato ou uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema. Entende-se que o profissional/serviço é a porta de entrada no sistema de saúde, exceto para os casos de emergências, resolvendo o problema ou servindo como facilitador no direcionamento do paciente para outros níveis de atenção.
2- Longitudinalidade	Compreendida como uma fonte continuada de cuidado e deve ser utilizada ao longo do tempo, mesmo na ausência de doença. Esse uso regular deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança recíproca entre os usuários e os profissionais de saúde.
3 – Integralidade	Refere-se à existência de uma ampla gama de serviços na APS, buscando responder às mais variadas necessidades em saúde. Abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Incluem-se aqui as ações que não estão disponíveis nos serviços de APS e requerem encaminhamento a outros níveis de atenção.
4 – Coordenação	Corresponde à capacidade de integrar o cuidado ofertado nos diversos pontos do sistema de saúde, permitindo o reconhecimento de problemas abordados e ações realizadas em outros serviços, seja por meio do atendimento pelo mesmo profissional ou de sistemas de informação, possibilitando o cuidado integral.
5 – Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)	Refere-se ao reconhecimento de que o contexto familiar interfere no processo saúde doença e que o adoecer tem consequências sobre o arranjo familiar. Baliza-se também pelo direito da participação e responsabilidade da família nos cuidados a seus membros. Inclui-se o uso de ferramentas de abordagem familiar.
6 – Orientação comunitária	Capacidade de reconhecer as necessidades em saúde da comunidade, por meio do contato direto com a população e de dados epidemiológicos, bem como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
7 – Competência Cultural	Capacidade dos profissionais de reconhecer, compreender e respeitar as características culturais da população, bem como sua influência na saúde, acrescidas da habilidade de comunicar-se adequadamente, gerando ações e comportamentos de manutenção e promoção de saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Starfield (2009)

Assim, dentro dos temas e objetivos propostos neste estudo, a ferramenta é utilizada no todo, abordando todos os atributos previstos na atuação da APS e no contato dos usuários com essa estratégia. Tal ferramenta é peça chave para se conhecer a percepção dos usuários e profissionais a respeito dos atributos e da qualidade dos serviços em saúde ofertados no município. No instrumento validado por Harzheim et al. (2013), são verificados todos os

atributos da versão validada do PCATool Adulto, sendo 87 itens divididos em 10 componentes característicos aos atributos da Atenção Primária à Saúde.

O método de coleta de dados foi o questionário, tendo sido os atributos relacionados à APS avaliados pelos usuários das equipes de ESF. Além disso, utilizou-se a escala de Likert que, segundo Santino (2018), é a mais indicada quando se realiza uma pesquisa de opinião. Segundo Costa (2011), a grande vantagem dessa escala é a simplicidade na aplicação. Li (2013) relata que, por meio dessa escala, os entrevistados expõem os graus de concordância ou discordância referentes às afirmações presentes no questionário. A escala tem, em seu modelo de criação, cinco pontos que vão de concordância total à discordância total (LIKERT, 1932).

No instrumento de coleta de dados, que é o questionário, as afirmações que compõem os itens relativos aos atributos da APS foram respondidas a partir da concordância ou discordância (4 – Com certeza, sim; 3 – Provavelmente, sim; 2 – Provavelmente, não; 1 – Com certeza, não; 9 – Não sei/não lembro) dentro da escala de Likert. Porém, alguns itens foram elaborados de maneira que, quanto maior o valor da resposta atribuída, menor é a orientação para a Atenção Primária à Saúde. Esses itens no questionário são o C9, C10, C11, C12 e D14. Tais itens, quando tabulados e inseridos na fórmula para cálculo do score geral, já apresentam os valores invertidos, ou seja, o item que foi respondido pelo entrevistado como nota 1 (com certeza não), na tabulação, ele é transformado em 4 (com certeza, sim).

Cada item do questionário PCATool é avaliado pelo respondente da pesquisa que atribui os valores 1, 2, 3, 4 e 9, como mencionado acima. Ao final, na tabulação dos dados, é feita uma média aritmética de cada atributo, as quais são utilizadas para o cálculo do score geral, extraíndo, assim, a avaliação final de cada usuário sobre sua respectiva UBSF.

Também faz parte do questionário algumas perguntas cuja finalidade é a de conhecer o perfil demográfico e de saúde dos usuários e dos profissionais.

### **3.6. Levantamento e Análise Preliminar dos Dados para Validação do Instrumento e Coleta de Dados.**

Após a definição de uma listagem de pacientes a serem entrevistados, organizou-se um planejamento da coleta dos dados. O pesquisador responsável apresentou e explicou a pesquisa aos profissionais e usuários para, posteriormente, solicitar o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de modo a autorizar a coleta dos dados para o presente estudo.

Durante a coleta preliminar, buscou-se verificar se o respondente entendeu e se houve clareza quanto às perguntas contidas no formulário proposto.

Após o levantamento total, verificou-se o cálculo de consistência do formulário por meio do alfa de Crombach, apresentado na Tabela 6. Na referida tabela, apresenta-se a descrição das variáveis por categoria com os consequentes cálculos do alfa. De modo geral, as categorias B, C, D, E, G, H, I e J obtiveram valores de *alfa de crombach* considerados substanciais ou quase perfeitos.

Para a categoria A, obteve-se o valor do alfa de 0,344, que é considerado razoável (LANDIS; KOCH, 1977). Para a categoria F, obteve-se o valor de 0,177, que é considerado pequeno (LANDIS; KOCH, 1977). Nesses dois casos (Categorias A e F), deve-se levar em consideração essa limitação durante o trabalho.

Tabela 6 – Avaliação da consistência (Alfa de Crombach) das perguntas para cada categorias do PCATOOL

<b>Categoria</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Alfa de Crombach</b>	<b>Observação (Consistência)*</b>
A – Grau de Afiliação	A1, A2, A3	0,344	Consistência razoável
B – Acesso de Primeiro Contato (Utilização)	B1, B2, B3	0,649	Consistência Substancial
C – Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade)	C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12	0,696	Consistência Substancial
D – Longitudinalidade	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14	0,797	Consistência Substancial
E – Coordenação (Integração de Cuidados)	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8	0,827	Consistência Quase Perfeita
F – Coordenação – Sistemas de Informações	F1, F2, F3	0,177	Consistência pequena
G – Integralidade (Serviços Disponíveis)	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22	0,861	Consistência Quase Perfeita
H – Integralidade (Serviços Prestados)	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13	0,888	Consistência Quase Perfeita
I – Orientação Familiar	I1, I2, I3	0,639	Consistência Substancial
J – Orientação Comunitária	J1, J2, J3, J4, J5, J6	0,824	Consistência Quase Perfeita

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base em Landis e Koch (1977).

### 3.7. Análise do Perfil Socioeconômico dos Usuários

A partir da base de dados final com a listagem dos pacientes entrevistados, buscou-se fazer as análises comparativas entre os grupos entrevistados em relação aos itens apresentados no Quadro 5.

**Quadro 5** – Formulário para levantamento dos dados individuais/demográficos dos usuários

Data: _____	PSF: _____
Idade: _____	Sexo: _____
Qual a escolaridade: _____	Renda mensal familiar: _____
Estado Civil: _____	
Tem Doenças Crônicas?	
<input type="checkbox"/> Não. Nenhuma	
<input type="checkbox"/> Sim. Quais?	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Hipertensão	
<input type="checkbox"/> Outra? Qual? ? _____	
<input type="checkbox"/> Outra? Qual? _____	
Usa somente o SUS?	
<input type="checkbox"/> Sim. Somente SUS.	<input type="checkbox"/> Não, às vezes uso privado.
	<input type="checkbox"/> Não, frequentemente uso privado.
Quanto tempo frequenta a UBSF? _____	

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos objetivos da pesquisa

### 3.8. Proposta de Análise dos Resultados

A análise estatística dos resultados foi realizada por meio do estudo descritivo dos dados de forma agregada e, posteriormente, de forma comparativa entre as UBSF's. A partir daí, buscou-se uma análise comparativa da percepção dos usuários a partir das respostas ao PCATool, desdobrando-as por categorias. Nesse caso, criou-se um tipo de ranking entre as categorias e por UBSF de acordo com o estudo comparativo entre os quartis.

Por fim, apresenta-se uma análise específica das principais perguntas identificadas dentro de cada categoria analisada. Procurou-se, dentro de cada categoria, analisar os itens que, no entendimento do pesquisador, demonstrassem o maior vínculo, pertencimento e conhecimento dos entrevistados com suas equipes. Os itens escolhidos de cada categoria para a análise pormenorizada foram o B2, C11, D6, E2, F2, G20, H5, I2 e J1.

Essas análises foram feitas a partir do software SPSS (versão 23), utilizando-se a estatística descritiva com o uso das medianas dos valores (a fim de garantir um tipo de independência da curva dos dados) e respectivos cálculos de quartis.

A partir desses dados, criou-se um ranking a partir dos valores das medianas encontrados em cada UBSF, tendo sido calculadas as medianas dos escores gerais dos questionários de cada unidade. O score geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais os componentes que pertencem aos atributos derivados mais o Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes. Assim, o escore final representa a nota atribuída às equipes de ESF pelos usuários, variando de 0 a 10.

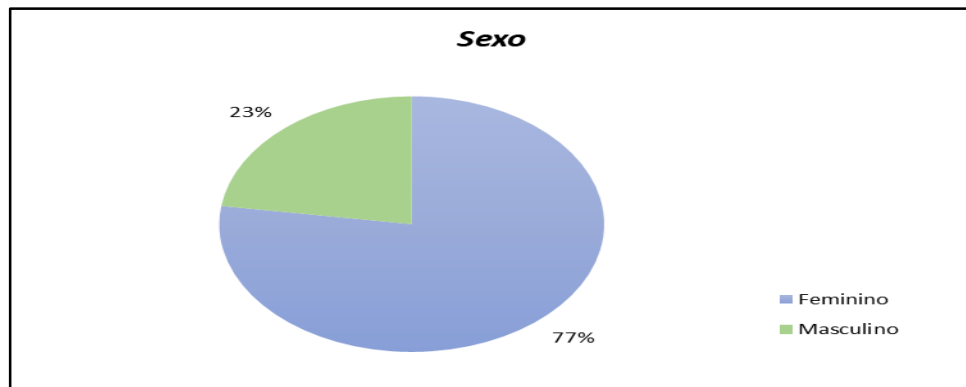
## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Resultados dos Dados Demográficos dos Profissionais RTS das Equipes de ESF

A partir da coleta dos questionários aplicados aos profissionais das equipes de ESF, tabulação dos dados e análise de estatística descritiva, os resultados obtidos serão expostos nesta seção.

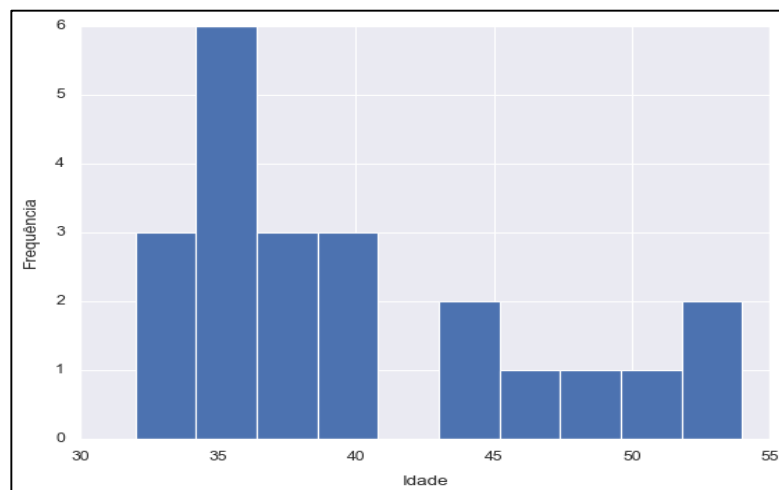
Os resultados dos questionamentos demográficos aplicados aos profissionais RTs das 22 equipes de ESF mostram que 77% são mulheres frente a 23% do sexo masculino (Gráfico 1), sendo todos eles enfermeiros de formação e ocupantes do cargo municipal de Enfermeiro de ESF. A média de idade desses profissionais é de 40 anos, variando entre 32 e 54 anos, com um Coeficiente de Variação (CV) de 16,29%, sendo a mediana para esse grupo de profissionais estudados de 37,5 anos. A distribuição da frequência das idades é mostrada no Gráfico 2.

**Gráfico 1** – Divisão dos RTs por sexo



**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

**Gráfico 2** – Distribuição da frequência de idade dos profissionais RTs das equipes ESF

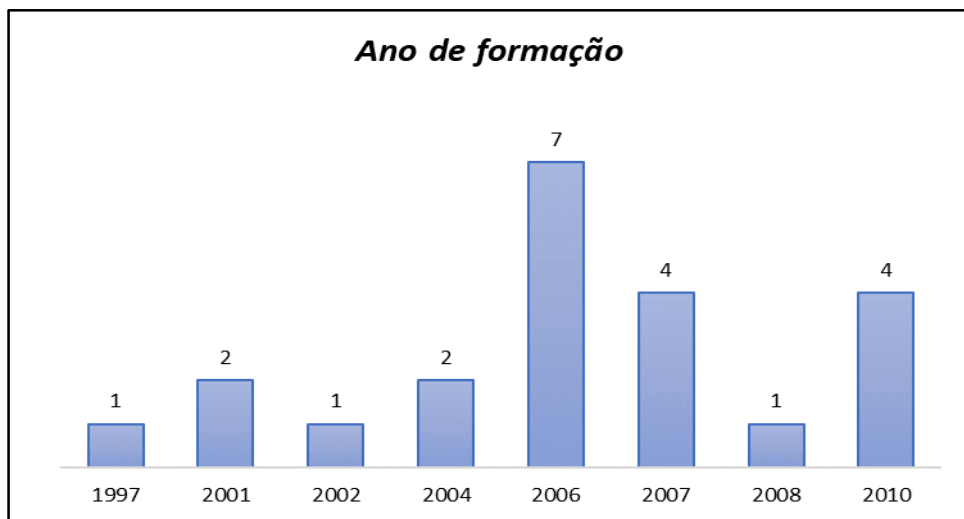


**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa



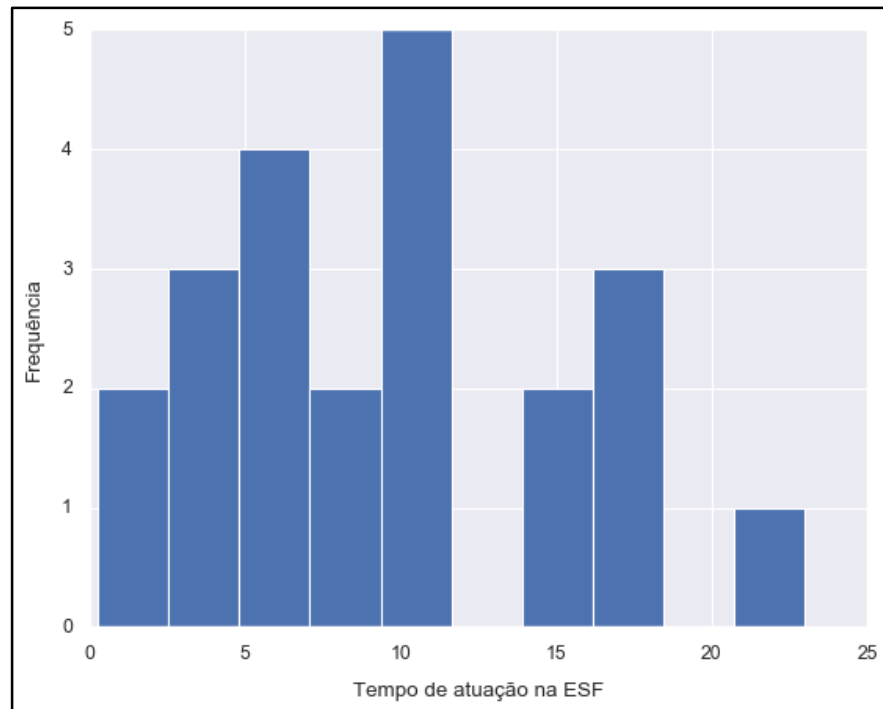
Os anos de formação dos profissionais de enfermagem estão compreendidos entre 1996 e 2010, demonstrando o Gráfico 3 a quantidade de profissionais graduados em cada ano. Dentre esses profissionais, nota-se que a grande maioria se graduou nos últimos 20 anos. Camelo e Angerami (2008) destacaram a importância de formar profissionais capazes de desenvolver seus trabalhos junto a equipes multidisciplinares, levando em consideração reponsabilidades e as novas demandas impostas. Essas ações requerem conhecimentos e habilidades específicas que os cursos de graduação devem ofertar aos futuros profissionais da saúde.

**Gráfico 3** – Distribuição da quantidade de profissionais graduados por ano



**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Quando os profissionais enfermeiros foram questionados sobre o tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) e, conseqüentemente, na Atenção Primária à Saúde, tem-se a seguinte distribuição de frequência, como ilustrado no Gráfico 4. A ESF do município conta com enfermeiros cuja atuação varia entre 3 meses e 23 anos, sendo a média de atuação em anos de 9,63 e um Coeficiente de Variação (CV) de 62,35%, mostrando uma grande dispersão dos anos de atuação desses profissionais em relação à média. O tempo de atuação dos profissionais na ESF e na APS faz com que eles atuem em consonância com os princípios dessas políticas. O informe técnico da Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2000) cita que os profissionais devem assistir os pacientes de forma humana e com relacionamento próximo, juntando-se à família para implementação de ações e estratégias em saúde. Tais abordagens são características fundamentais construídas ao longo do tempo de atuação na Atenção Básica.

**Gráfico 4** – Distribuição da frequência de tempo de atuação dos profissionais na ESF

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Esses foram os resultados obtidos com a finalidade de traçar o perfil dos profissionais atuantes na ESF. Tal diagnóstico pode servir de ferramenta para que os gestores atuem de forma pontual e eficiente diante de seus recursos humanos. O Quadro 6 resume os dados individuais/demográficos dos RTs das equipes de ESF do município de Araguari.

**Quadro 6** – Resumo dos dados individuais dos profissionais RTs da ESF de Araguari/MG

<b>Cargo</b>	<b>100% dos entrevistados são Enfermeiros de ESF</b>
Sexo	77% do sexo feminino 33% do sexo masculino
Idade	Média de 40 anos Mediana de 37,5 anos
Ano de Formação	Entre os anos de 2006 e 2010, graduaram-se a maioria dos profissionais, totalizando 73% dos atuais enfermeiros da ESF de Araguari. 27% dos RTs obtiveram sua graduação em enfermagem no período compreendido entre 1997 e 2004.
Tempo de atuação na ESF	Atuação de 3 meses a 23 anos Média de atuação de 9,63 anos

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

## 4.2. Resultados dos Dados Demográficos dos Usuários das Equipes De ESF de Araguari/MG

A idade representada pela mediana dos usuários participantes deste trabalho é de 47,5 anos, tendo o mais jovem 18 anos e o mais velho, 87 anos. Um trabalho sobre as principais características sociodemográficas dos usuários de APS no Brasil da Pesquisa Nacional sobre acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, de 2015, mostra que a maioria dos homens está dentro da faixa etária de 40 a 59 anos (37,3%); já a maioria das mulheres (42,95%) que utilizam esse sistema está em idade compreendida ente os 18 e 39 anos (GUIBU et al., 2017).

Os usuários das UBSFs que participaram deste trabalho são, em sua maioria, mulheres (75,5%), representando os homens 24,5% desse grupo (Tabela 7). Tais dados são corroborados pelos estudos de Moimaz et al. (2010), que encontraram um percentual de 78,1% de mulheres em sua amostra frente a 21,9% de homens, e também por Moraes et al. (2007), os quais demonstraram em seu estudo que as mulheres representavam a maioria dos usuários atendidos, com um percentual de 59,71%. No estudo de Cuibu et al. (2017), a porcentagem de mulheres foi de 75,8% frente a 24,2% do sexo masculino. Uma explicação para essa proporção maior de mulheres é que, segundo Vieira et al. (2013), os homens procuram menos os serviços de saúde porque se sentem sempre saudáveis e justificam que suas jornadas de trabalho não lhes permitem procurar a unidade de saúde.

Tabela 7 - Porcentagem de homens e mulheres alvos da pesquisa

	SEXO			
	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
F	305	75,5	75,5	75,5
M	99	24,5	24,5	100,0
Total	404	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa

Questionados os participantes sobre o estado civil, os resultados mostram que a maioria é casada (49,5%), com um percentual de solteiros de 33,7% (APÊNDICE A). O trabalho de Guibu et al. (2017) corrobora esse achado, demonstrando que 64,6% dos usuários de sua pesquisa declararam ser casados ou estar em união estável.

Quanto à escolaridade dos usuários, a formação predominante é o Ensino Médio Completo (34,9%) seguido por Ensino Fundamental Incompleto (26,2%). Quando se analisam os graus de escolaridade de nível superior, têm-se 12,6% dos usuários com Ensino Superior

Completo e apenas 0,2% com curso de Pós-graduação. Declararam-se analfabetos 1,5% dos respondentes (APÊNDICE A). No estudo de Moimaz et al. (2010), a amostra apresentou os seguintes níveis de escolaridade: 58,4% estudaram até o Ensino Fundamental; 18,3%, até o Ensino Médio; e somente 6,4% chegaram ao Nível Superior de ensino. O estudo de Guibu et al. (2017) obteve que 29,9% cursaram Ensino Médio e 53,75% concluíram o Ensino Fundamental como grau de instrução acadêmico, refletindo todos esses resultados o cenário nacional de instrução da população. Segundo o IBGE (2019), 27,4% da população com 25 anos ou mais concluíram o Ensino Médio Completo, 32,2% cursaram o Ensino Fundamental Incompleto e 17,4% têm o Ensino Superior Completo. Quando analisado o índice de analfabetismo, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) aponta que a população acima de 15 anos apresenta uma taxa de 6,6%.

Os resultados sobre a renda familiar dos usuários da ESF da Atenção Primária à Saúde de Araguari mostram uma mediana de R\$ 1.700,00. A menor renda declarada foi de R\$ 322,00 e a maior, de R\$ 8.000,00. Estudos sociodemográficos, como o Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2019), estratificam a sociedade brasileira conforme sua renda. Os resultados apontaram que as classes sociais têm as seguintes rendas médias mensais: Classe A – R\$ 25.554,33; Classe B1 – R\$ 11.279,14; Classe B2 – R\$ 5.641,64; Classe C1 – R\$ 3.085,48; Classe C2 – R\$ 1.748,59; e Classes D e E – R\$ 719,81. De acordo com essa estratificação, verifica-se que os usuários da ESF de Araguari estão, aproximadamente, compreendidos entre as classes B2 e E, encontrando-se a mediana na classe C2 dessa estratificação. Esses dados são corroborados pela PNAUM – Serviços, 2015, que mostra que 55,15% dos pacientes SUS pertencem à classe C, os usuários que pertencem às classes A+B representam 15% e um total de 30,1% são pertencentes às classes D+E. No estudo de Tahan-Santos (2011), identificou-se que 50% dos usuários pesquisados têm renda de 1 a 2 salários-mínimos e apenas 12,5% têm renda superior a 4 salários-mínimos.

O tempo de relacionamento/utilização dos usuários analisados neste trabalho com suas UBSFs é representado pela mediana de 8,75 anos. Do total de participantes desta pesquisa, 66,4% responderam que utilizam apenas serviços do SUS, enquanto 33,6% utilizam os serviços do SUS concomitantemente aos serviços privados de saúde. No trabalho de Almeida (2007), foi verificado que um percentual de 65,80% dos usuários de ESF entrevistados declararam ter contratado planos de saúde privados.

Relacionando esses dados com a renda, nota-se que aqueles que utilizam o SUS e contratam o sistema privado de saúde têm uma renda maior em comparação aos que utilizam somente o SUS, o que é validado estatisticamente pela correlação ( $\tau_b$  de Kendall) de 0,224

(p-valor<0,01). Segundo Santos (2018), os serviços públicos de saúde, como a APS, são ofertados, em grande parte, a pessoas de baixa renda.

Ao estabelecer uma correlação do tempo de relacionamento e o Score Geral do instrumento PCATool, conclui-se que, quanto maior o tempo de relacionamento dos usuários com as UBSFs, menor é a nota atribuída aos serviços recebidos. Tal correlação é explicada pela Tabela 8.

Tabela 8 – Correlação entre os itens do PCATool

		TEMPO FREQUENTA UBSF
Item_C	Correlação de Pearson	-,636**
	Sig. (2 extremidades)	,001
	N	22
Item_G	Correlação de Pearson	-,653**
	Sig. (2 extremidades)	,001
	N	22
Item_H	Correlação de Pearson	-,654**
	Sig. (2 extremidades)	,001
	N	22
Item_I	Correlação de Pearson	-,467*
	Sig. (2 extremidades)	,029
	N	22
Item_J	Correlação de Pearson	-,757**
	Sig. (2 extremidades)	,000
	N	22
SCORE_GERAL	Correlação de Pearson	-,527*
	Sig. (2 extremidades)	,012
	N	22

**Fonte:** Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa

A explicação para essa correlação pode ser atribuída ao fato de que, com o passar dos anos, a qualidade dos serviços ofertados diminuiu, bem como ao fato de que os usuários não utilizam os serviços em sua totalidade, procurando a UBSF apenas no início de doenças e não cotidianamente, quando acontecem as ações de promoção de saúde.

Discorrendo sobre os perfis de saúde dos usuários, declararam não apresentar qualquer doença crônica 58,4% dos usuários entrevistados. Dentre os pacientes que responderam ter alguma doença crônica, a hipertensão foi a mais citada por 22,5% deles, seguidos por 8,4% que disseram ter hipertensão e diabetes e relataram ter apenas diabetes 5,4% dos entrevistados. Outras doenças citadas foram asma (1,7%), bronquite (1%), hipotireoidismo (1%) e HIV (0,2%). O trabalho de Guibu (2017) et al., ao mostrar os dados da PNAUM – Serviços, em 2015, corrobora este estudo ao demonstrar que a doença de maior prevalência é a hipertensão, acometendo 38,55% dos usuários dos serviços da APS no Brasil. Artigo de Melo et al. (2019) aponta que a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em sua amostra foi de 56,7%, sendo mais frequente em homens (60,8%). Segundo Malta D. C. et al. (2016), que em seu estudo publicou resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a doença crônica de maior prevalência foi a hipertensão (21,4%) seguida pela diabetes (6,2%).

O Quadro 7 apresenta o resumo dos perfis sociodemográficos e de saúde dos usuários das 22 equipes de ESF estudadas do município de Araguari.

**Quadro 7** – Resumo dos dados demográficos dos usuários da ESF do município de Araguari/MG

Idade	Média de idade 46 anos, sendo as idades compreendidas entre 18 e 87 anos.
Sexo	75% do sexo feminino; 25% do sexo masculino.
Escolaridade	35% (141) dos entrevistados têm Ensino Médio completo; 26% (106) relataram não ter concluído o Ensino Fundamental; 13% (51) têm superior completo; 1,5% (6) disseram nunca ter frequentado ensino formal, autodeclarando-se Analfabetos.
Estado Civil	49,5% (200) usuários são casados (as); 34% (136) são solteiros (as); 7% (28) são viúvos (as); 5% (22) são divorciados (as); 4,5% (18) responderam outras formas de união ou não responderam.
Renda Familiar	A renda mínima declarada foi de R\$ 322,00 e a máxima, de R\$ 8.000,00, apresentando, assim, uma média de R\$ 2.070,00 e um CV=60,82% .
Rede de serviços em saúde	66% dos entrevistados disseram que utilizam apenas os serviços e assistência em saúde da rede SUS; 33% relataram que, às vezes, utilizam os serviços de saúde privados; 1% respondeu que frequentemente utilizam os serviços de saúde privados.
Tempo de relacionamento com UBSF	O tempo de relacionamento com as UBSFs variou entre 2 e 26 anos, com uma média de tempo de 9,5 anos e um CV=64,81%.
Portador de doença crônica	59% dos usuários disseram não portar doenças crônicas; 41% dos pesquisados relataram ser portadores de uma ou mais doenças crônicas.
Prevalência de doenças crônicas	As doenças crônicas que mais acometem os usuários das ESF são: Hipertensão e Diabetes, aparecendo isoladas ou concomitantemente em algumas pessoas.

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Alguns indicadores relacionados às equipes de ESF do município foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, os quais são lançados no software eSus para prestação de contas junto ao Ministério da Saúde, tendo sido disponibilizados os dados totais do ano de 2020 referentes à quantidade de pessoas cadastradas, de domicílios cadastrados, de atendimentos individuais, de vacinação, de visitas domiciliares e territoriais e de procedimentos individualizados. Todos esses dados são computados por UBSF (APÊNDICE B). Os resultados, após tratamento estatístico, foram alocados em quartis, conforme consta na Tabela 9.

Na Tabela 9, encontram-se os indicadores após a divisão em quartis. Nota-se que o número de pessoas cadastradas é considerado precário quando está abaixo das 2.322,5 pessoas, ficando, portanto, no primeiro quartil, sendo a mediana para esse indicador de 2.944,5 pessoas cadastradas. Acima de 3.488 pessoas cadastradas, as unidades se inserem no quarto quartil e

são consideradas como de maior performance nesse indicador. Recomendação do MS é de que cada equipe de ESF cadastre e acompanhe 3.750 pessoas, sendo aconselhado o limite de 4.500 (BRASIL, 2002). A mediana do número de pessoas cadastradas nas UBSFs de Araguari não atinge essas quantidades recomendadas pelo MS, porém já estão sendo executadas no município ações para aumentar o número de pessoas cadastradas e a área de cobertura das equipes.

A análise vale para todos os outros indicadores, de modo que, com números nos primeiros 25% (1º quartil), as equipes têm os piores desempenhos e, acima dos 75% (4º quartil), elas são classificadas como aquelas com melhores resultados.

Tabela 9 – Indicadores das UBSFs em quartis

Indicadores	Válido	Valores Quartis		
		25	50	75
Pessoas Cadastradas	22	2322,500	2944,500	3488,000
Domicílios Cadastrados	22	712,750	1150,000	1841,250
Atendimento Individual	22	657,250	1923,500	2417,750
Atendimento_Pessoas cadastradas	22	,23	,64	,96
Vacinação	22	607,75	774,00	1237,75
Visita Domiciliar E Territorial	22	551,250	2372,000	7077,000
Procedimentos Individualizados	22	898,500	1984,000	3129,250
Proced Por Atendimentos	22	1,0885	1,3225	2,3003

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

A partir dos quartis apresentados na Tabela 9, as UBSFs foram organizadas no formato de um ranking e descritas como se segue. As equipes que têm os melhores resultados em relação às demais quanto ao número de pessoas cadastradas são as da UBSF Gutierrez, Miranda 1 e 2 e a Santa Terezinha 2. O pior desempenho e que se encontra no primeiro quartil é a equipe de ESF Chancia. Segundo a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o programa Previne Brasil, o quantitativo potencial de pessoas cadastradas por ESF em território urbano é de 4.000 pessoas (BRASIL, 2019b), assim, quanto mais próximo desse indicador, mais abrangentes serão as ações das equipes. Esse quantitativo de pessoas cadastradas pelas equipes citadas acima pode ser explicado pela quantidade de agentes comunitários de saúde (ACS) na equipe, visto que mais agentes de saúde têm maior possibilidade de cadastramento de usuários. As equipes com os maiores indicadores contam com mais agentes, sendo 6 na UBSF Gutierrez, 7, na UBSF Miranda 1 e 7, na UBSF Miranda 2. Da mesma forma, a equipe da UBSF Chancia conta com um efetivo de apenas 3 ACSs, o que resulta no menor quantitativo de pessoas cadastradas.

Dividindo o total de atendimentos por pessoas cadastradas, encontra-se que, quanto maior o resultado, representada pela mediana, maior é a produtividade da Equipe. Os melhores índices foram das ESFs Brasília 2 (1,33), Chancia (1,20), Maria Eugênia 1 (1,31), Paraíso 2 (1,42) e São Sebastião 2 (1,02), tendo apresentado as piores avaliações as equipes Novo Horizonte (0,02), Santa Terezinha 1 (0,06) e São Sebastião 1 (0,07).

Visitas domiciliares fazem parte dos conceitos da Estratégia, sendo os ACS peças-chave dessas ações. Nesse sentido, as equipes que mais realizaram visitas domiciliares no ano foram Maria Eugênia 1 (13.069), Miranda 1 (15.898) e Miranda 2 (13.264). Tais resultados podem ser creditados também ao maior número de ACS dessas equipes, contando Maria Eugênia 1 com 6 agentes e as Equipes da ESF Miranda 1 e 2, com 7 agentes cada uma. Destaca-se que é preconizado pelo Ministério da Saúde que os ACSs façam as visitas domiciliares, pelo menos, uma vez ao mês em cada residência de sua microárea. As visitas domiciliares são o grande diferencial da ESF, uma vez que, com essas visitas, torna-se possível o acompanhamento *in loco* das demandas de toda família e uma rápida intervenção multiprofissional.

Tabela 10, estão apresentados os dados sociodemográficos dos usuários por UBSF e, na Tabela 11, encontram-se os resultados do relacionamento com as unidades e dos indicadores de saúde. Por meio dessa discriminação, pode-se notar as características dos usuários atendidos em cada unidade estudada. Tem-se que a UBSF Portal de Fátima 1 é a que apresenta a maior porcentagem de usuários de sexo feminino, com 93,75%. A média de idade mais elevada foi encontrada entre os frequentadores da UBSF São Sebastião 1, com 58 anos, e a menor média, na ESF Portal de Fátima 1. Os resultados acerca da escolaridade mostram que a UBSF Independência 1 apresenta os mais altos índices de pessoas com ensino médio completo (72,22%) e Pós-Graduação (5,56%).

Tabela 10 – Características sociodemográficas por UBSF

UBSF	Sexo	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Renda Mensal (R\$)
1 Amanhece	88% (22) – F	20 - 77	48% (12) - Casado	40% (10) - Ensino Médio Comp	1.000 - 5.000
	12% (3) – M	Média - 52	40% (10) - Solteiro	20% (5) - Superior Comp	Média - 2.206
2 Bosque	70% (14) – F	20 - 82	60% (12) - Casado	50% (10) - Ensino Médio Comp	2.000 - 5.000
	30% (6) – M	Média - 49	25% (5) - Solteiro	20% (4) - Ensino Fundamental Comp	Média - 2.850
3 Brasília 1	76,47% (13) – F	20 - 78	52,94% (9) - Casado	35,29% (6) - Ensino Médio Comp	1.350 - 3500
	23,53% (4) – M	Média - 50	23,53% (4) - Solteiro	5,88% (1) - Superior Comp	Média - 2.079
4 Brasília	76,47% (13) – F	18 - 72	47,06% (8) - Casado	35,29% (6) - Ensino Médio Comp	1.000 - 2.100



	2	23,53% (4) - M	Média - 46	41,18% (7) - Solteiro	11,76% (2) - Analfabeto	Média - 1.300
5	Chancia	76,47% (13) - F	25 - 68	64,71% (11) - Casado	47,06% (8) - Ensino Fundamental Incomp	1.050 - 1500
		23,53% (4) - M	Média - 47	29,41% (5) - Solteiro	53,53% (4) - Ensino Médio Comp	Média - 1.275
6	Gutierrez	75,00% (15) - F	19 - 77	55,00% (11) - Casado	40,00% (8) - Ensino Médio Comp	1.050 - 2.500
		25,00% (5) - M	Média - 41	25,00% (5) - Solteiro	25,00% (5) - Superior Comp	Média - 1.669
7	Independência	88,89% (16) - F	19 - 63	38,89% (7) - Casado	72,22% (13) - Ensino Médio Comp	1.000 - 2.800
		11,11% (2) - M	Média - 45	16,67% (3) - Divorciado	5,56% (1) - Pós-Graduação	Média - 1.703
8	Independência 1	77,78% (14) - F	21 - 68	38,89% (7) - Casado	44,44% (8) - Ensino Médio Comp	1.045 - 3.000
		22,22% (4) - M	Média - 40	50,00% (9) - Solteira	16,67% (3) - Ensino Fundamental Comp	Média - 1.594
9	Maria	60,00% (9) - F	19 - 85	53,33% (8) - Casado	33,33% (5) - Superior Comp	1.050 - 2.100
	Eugênia 1	40,00% (6) - M	Média - 45	46,67% (7) - Solteiro	33,33% (5) - Ensino Médio Comp	Média - 1.575
10	Maria	60,00% (9) - F	22 - 78	80,00% (12) - Casado	33,33% (5) - Ensino Médio Comp	575 - 1.050
	Eugênia 2	40,00% (6) - M	Média - 57	13,33% (2) - Solteiro	33,33% (5) - Ensino Fundamental Comp	Média - 931
11	Miranda 1	60,00% (9) - F	18 - 58	53,33% (8) - Casado	33,33% (5) - Ensino Médio Comp	1.050 - 5.000
		40,00% (6) - M	Média - 40	40% (6) - Solteiro	26,67% (4) - Superior Comp	Média - 2.943
12	Miranda 2	76,19% (16) - F	22 - 67	38,10% (8) - Casado	14,29% (3) - Superior Incomp	1.850 - 2.500
		23,81% (5) - M	Média - 43	47,62% (10) - Solteiro	23,81% (5) - Superior Comp	Média - 2.238
13	Novo	70,00% (14) - F	31 - 75	45,00% (9) - Casado	60,00% (12) - Ensino Fundamental Incomp	1.050 - 2.500
	Horizonte	30,00% (6) - M	Média - 54	25,00% (5) - Solteiro	15,00% (3) - Ensino Fundamental Comp	Média - 1.817
14	Paraíso	80,00% (12) - F	33 - 66	66,67% (10) - Casado	46,67% (7) - Ensino Médio Comp	1.800 - 2.100
		20,00% (3) - M	Média - 47	13,33% (2) - Viúvo	26,67% (4) - Ensino Fundamental Incomp	Média - 1.950
15	Paraíso	66,67% (10) - F	24 - 67	33,33% (5) - Casado	53,33% (8) - Ensino Médio Comp	1.000 - 4.000
		33,33% (5) - M	Média - 43	40,00% (6) - Solteiro	13,33% (2) - Superior Comp	Média - 1.930
16	Portal de	93,75% (15) - F	18 - 54	62,50% (10) - Casado	56,25% (9) - Ensino Médio Comp	1.400 - 2.00
	Fátima 1	6,25% (1) - M	Média - 37	25,00% (4) - Solteiro	18,75% (3) - Superior Comp	Média - 1.800
17	Portal de	93,33% (14) - F	19 - 67	40,00% (6) - Casado	46,67% (7) - Ensino Médio Comp	1.050 - 4.000
	Fátima 2	6,67% (1) - M	Média - 39	40,00% (6) - Solteiro	33,33% (5) - Superior Comp	Média - 2.443
18	Sta	80,00% (16) - F	28 - 73	45,00% (9) - Casado	40,00% (8) - Ensino Fundamental Incomp	1.500 - 8.000
	Terezinha 1	20,00% (4) - M	Média - 52	35,00% (7) - Solteiro	25,00% (5) - Superior Comp	Média - 3.643
19	Sta	60,00% (9) - F	22 - 77	60,00% (9) - Casado	66,67% (10) - Ensino Fundamental Incomp	1.000- 3.500
	Terezinha 2	40,00% (6) - M	Média - 51	33,33% (5) - Amasiado	33,33% (5) - Superior Comp	Média - 1.571
20	Sta	80,00% (16) - F	18 - 73	60,00% (12) - Casado	45,00% (9) - Ensino Fundamental Incomp	1.500 - 6.000
	Terezinha 3	20,00% (4) - M	Média - 48	25,00% (5) - Solteiro	30,00% (6) - Ensino Médio Comp	Média - 2.807

21	São	72,00% (18)	29 - 87	48,00% (12) -	64,00% (16) - Ensino Fundamental	1.000 - 5.000
		- F	Média -	Casado	Incomp	
	Sebastião 1	28,00% (7)	58	12,00% (3) -	20,00% (5) - Ensino Fundamental	Média - 1.721
		- M		Divorciado	Comp	
22	São	72,00% (18)	18 - 72	20,00% (5) -	32,00% (8) - Ensino Médio Comp	322 - 5.500
		- F	Média -	Casado		
	Sebastião 2	28,00% (7)	42	60,00% (15) -	12,00% (3) - Superior Comp	Média - 1.788
		- M		Solteiro		

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base em dados da pesquisa

Ainda na Tabela 10, é possível perceber que a renda familiar mensal dos usuários da UBSF Santa Terezinha 1 apresentou a maior média se comparada às demais unidades, sendo de R\$ 3.646,00. Já a Unidade que apresentou a menor renda média mensal foi a Maria Eugênia 1, com R\$ 931,00. Essas rendas representam a realidade social dos bairros, sendo o Santa Terezinha um bairro mais bem localizado, com melhores casas e com mais comércios e serviços. O bairro Maria Eugênia é um bairro periférico, com muitos problemas de ordem social e com infraestrutura mais precária.

Outras características dos usuários da ESF de Araguari encontram-se na Tabela 11, sendo expostos o tempo em que eles se relacionam com os serviços de saúde da UBSF e qual o sistema de saúde que mais utilizam, o público, o privado ou ambos, evidenciando também se os usuários portam ou não doenças crônicas e, caso eles as tenham, quais são elas.

Tabela 11 – Tempo de relacionamento, utilização da rede SUS e condicionantes de saúde dos usuários por UBSF

UBSF	Tempo que frequenta UBSF (anos)	Uso do SUS	Doença Crônica	Tipo de DC
1 Amanhece	3 a 25	60% (15) - Somente SUS	72% (18) - Não possui	20% (5) - Hipertensão
	Média - 13	40% (10) - Às vezes privado	25% (7) - Possui	4% (1) - Asma
2 Bosque	3 a 26	75% (15) - Somente SUS	30% (6) - Não Possui	40% (8) - Hipertensão
	Média - 9	25% (5) - Às vezes privado	70% (14) - Possui 70,59% (12) - Não Possui	25% (5) - Hipert e diabetes
3 Brasília 1	2 a 20	82,35% (14) - Somente SUS		29,41% - Hipertensão 23,53% (4) - Hipert e diabetes
	Média - 8	17,65% (3) - Às vezes privado	29,41% (5) - Possui 64,71% (11) - Não Possui	
4 Brasília 2	3 a 14	100% (17) - Somente SUS		11,76% (2) - Diabetes 11,76% (2) - Hipert e diabetes
	Média - 6		35,29% (6) - Possui 58,82% (10) - Não Possui	
5 Chancia	3 a 22	52,94% (9) - Às vezes privado		17,65% (3) - Hipertensão 11,76% (2) - Hipert e diabetes
	Média - 13	47,06% (8) - Somente SUS	41,18% (7) - Possui 65,00% (13) - Não Possui	
6 Gutierrez	3 a 18	60,00% (12) - Somente SUS		25,00% (5) - Hipertensão 5,00% (1) - Hipert e diabetes
	Média - 7	40,00% (8) - Às vezes privado	35,00% (7) - Possui 61,11% (11) - Não Possui	
7 Independência 1	3 a 24	50,00% (9) - Às vezes privado 11,11% (2) - Frequentemente privado		16,67% (3) - Hipertensão
	Média - 9		33,33% (6) - Possui 55,56% (10) - Não Possui	11,11% (2) - Diabetes
8 Independência 2	3 a 21	61,11% (11) - Somente SUS		22,22% (4) - Hipertensão
	Média - 8	38,89% (7) - Às vezes privado	44,44% (8) - Possui 60,00% (9) - Não Possui	5,56% (1) - Asma
9 Maria Eugênia 1	2 a 20	86,67% (13) - Somente SUS		20,00% (3) - Hipertensão 13,33% (2) - Hipert e diabetes
	Média - 9	13,33 (2) - Às vezes privado	40,00% (6) - Possui 40,00% (6) - Não Possui	
10 Maria Eugênia 2	3 a 17	86,67% (13) - Somente SUS		53,33% (8) - Hipertensão
	Média - 8	13,33 (2) - Às vezes privado	60,00% (9) - Possui 80,00% (12) - Não Possui	6,67% (1) - hipert e diabetes
11 Miranda 1	3 a 24	53,33% (8) - Somente SUS		20,00% (3) - Hipertensão
	Média - 9	46,67% (7) - Às vezes privado	20,00% (3) - Possui 61,90% (13) - Não Possui	
12 Miranda 2	2 a 23	52,38% (11) - Somente SUS		19,05% (4) - Hipertensão
	Média - 10	47,62% (10) - Às vezes privado	38,10% (8) - Possui 50,00% (10) - Não Possui	9,52% (2) - Diabetes
13 Novo Horizonte	2 a 23	45,00% (9) - Somente SUS		20,00% (4) - Diabetes
	Média - 16	55,00% (11) - Às vezes privado	50,00% (10) - Possui 73,33% (11) - Não Possui	15,00% (3) - Hipertensão
14 Paraíso 1	2 a 20	60,00% (9) - Somente SUS		20,00% (3) - Hipertensão
	Média - 9	40,00% (6) - Às vezes privado	26,67% (4) - Possui 60,00% (9) - Não Possui	6,67% (1) - hipert e diabetes
15 Paraíso 2	2 a 25	46,67% (7) - Somente SUS		33,33% (5) - Hipertensão
	Média - 10	53,33% (8) - Às vezes privado	40,00% (6) - Possui 75,00% (12) - Não Possui	6,67% (1) - hipert e diabetes
16 Portal de Fátima 1	2 a 14	56,25% (9) - Somente SUS		12,25% (2) - Hipertensão
	Média - 7	43,75% (7) - Às vezes privado	25,00% (4) - Possui 66,67% (10) - Não Possui	6,25% (1) - Asma
17 Portal de Fátima 2	2 a 14	66,67% (10) - Somente SUS		13,33% (2) - Hipertensão
	Média - 6	33,33% (5) - Às vezes privado	33,33% (5) - Possui 65,00% (13) - Não Possui	13,33% (2) - Diabetes
18 Sta Terezinha 1	2 a 24	50,00% (10) - Somente SUS		20,00% (4) - Hipertensão
	Média - 13	50,00% (10) - Às vezes privado	35,00% (7) - Possui 40,00% (6) - Não Possui	5,00% (1) - Hipotireoidismo
19 Sta Terezinha 2	3 a 15	86,67% (13) - Somente SUS		20,00% (3) - Hipertensão 13,33% (2) - Hipert e diabetes
	Média - 6	13,33% (2) - Às vezes privado	60,00 (9) - Possui	

20	Sta Terezinha 3	4 a 22 Média - 11	75,00% (15) - Somente SUS 25,00% (5) - Às vezes privado	55,00% (11) - Não Possui 45,00% (9) - Possui 48,00% (12) - Não Possui	35,00% (7) - Hipertensão 10,00% (2) - Hipert e diabetes
21	São Sebastião 1	3 a 23 Média - 10	84,00% (21) - Somente SUS 16,00% (4) - Às vezes privado	52,00% (13) - Possui 72,00% (18) - Não Possui	28,00% (7) - Hipertensão 20,00% (5) - Hipert e diabetes
22	São Sebastião 2	3 a 20 Média - 8	80,00% (20) - Somente SUS 20,00% (5) - Às vezes privado	28,00% (7) - Possui	8,00% (2) - Hipertensão 4,00% (1) - Diabetes

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Assim, verifica-se que os usuários que têm mais tempo de relacionamento foram aqueles da UBSF Novo Horizonte, apresentando um média de 16 anos. Já os usuários que relataram menor tempo de relacionamento com a equipe de ESF foram os da UBSF Brasília 2, Portal de Fátima 2 e Santa Terezinha 2, com uma média de 6 anos de utilização dos serviços das unidades.

Partindo para os resultados de uso dos serviços da rede SUS, tem-se que 100% dos respondentes da UBSF Brasília 2 utilizam apenas serviços do SUS, seguidos por 86,67% dos participantes das UBSFs Maria Eugênia 1 e 2 e Santa Terezinha 2. As unidades nas quais seus usuários mais relataram utilizar serviços privados de saúde em paralelo com o SUS são Novo Horizonte (55%), Santa Terezinha 1 (50%), Miranda 2 (47,62%), Chancia (47%) e Miranda 1 (46,67%).

A prevalência de doenças crônicas foi maior na ESF Bosque, com 70% dos entrevistados, os quais relataram portar alguma enfermidade de natureza crônica. Os menores índices de usuários acometidos por doenças crônicas foram encontrados na UBSF Miranda (20% dos entrevistados) e na Portal de Fátima 1 (25% dos entrevistados). Quanto às enfermidades, a hipertensão foi a mais citada e a ESF que apresentou a maior porcentagem de entrevistados hipertensos foi a Maria Eugênia 2, com 53,33%, seguida pela UBSF Bosque, com 40% de entrevistados hipertensos.

Esses resultados mostram as características de cada unidade que está localizada em contexto socioeconômico específico, sendo de suma importância que o poder público municipal conheça e planeje ações e serviços condizentes.

Esses dados das UBSFs demonstram o quão diverso é o cenário, estando algumas delas localizadas em territórios onde os usuários são mais idosos, com mais enfermidades e que utilizam mais frequentemente os serviços públicos de saúde, enquanto, em outras unidades, os usuários percebem menor renda mensal, têm menor escolaridade e menores idades. Todos esses dados são importantes subsídios para a atuação correta nos contextos e realidades nos quais as equipes de ESF estão inseridas.

### **4.3. Resultados do Questionário PCATOLL Aplicado aos Usuários das UBSFs do Município de Araguari**

#### **4.3.1. Comparativo entre as UBSF – Ranking das UBSF**

O questionário PCATool tem como objetivo avaliar a percepção dos usuários em relação aos itens que compõem os atributos essenciais (Itens A, B, C, D, E, F, G e H) e derivados (Itens I e J) da Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro.

As avaliações das equipes de ESF da cidade de Araguari apresentaram baixos valores, sendo a mediana de 5,927, que foi extraída dos escores gerais de todas as UBSFs. Essa mediana é similar à encontrada em um estudo de avaliação dos atributos da APS realizado no Rio de Janeiro, onde foram encontradas as seguintes medianas de acordo com a avaliação das classes sociais: 5,54 (classes A e B) e 5,74 (classes C, D e E). Ambos os estudos demonstram que a APS, mesmo com todos os conceitos difundidos, bem como todas as leis e com todas as portarias que norteiam as ações, ainda não é vista nem avaliada pelos usuários como serviços ofertados de maneira eficiente e de qualidade. Uma forma de melhorar a qualidade dos serviços prestados e os índices de avaliação seria capacitar e treinar os profissionais antes de seu ingresso na estratégia, sendo, posteriormente, realizadas atualizações periódicas. O MS recomenda um treinamento inicial dos profissionais das equipes de ESF para adaptação à territorialidade coberta e atuação dentro dos aspectos gerais e dos conceitos da atenção primária e estratégia saúde da família (BRASIL, 1997).

A Tabela 12 traz o ranking das UBSFs, estando o score geral de cada um representado pela mediana. Como se percebe, a equipe mais bem avaliada pelos seus usuários é a Maria Eugênia 2 (7,034), seguida por Brasília 2 (6,784), Brasília 1 (6,721) e Maria Eugênia 1 (6,669). Já as unidades com as piores avaliações foram a Chancia (4,144), Novo Horizonte (4,811) e Amanhece (5,043).

Tabela 12 - Ranking Geral (Score Geral) das UBSFS

		SCORE_GERAL Mediana
UBSF	MARIA EUGÊNIA 2	7,034
	BRASÍLIA 2	6,784
	BRASÍLIA 1	6,721
	MARIA EUGÊNIA 1	6,669
	PARAÍSO 1	6,465
	STA TEREZINHA 3	6,265
	SÃO SEBASTIÃO 1	6,160
	PORTAL 1	6,027
	BOSQUE	6,027
	INDEPENDÊNCIA 1	5,954
	SÃO SEBASTIÃO 2	5,937
	PARAÍSO 2	5,917
	STA TEREZINHA 1	5,906
	GUTIERREZ	5,892
	PORTAL 2	5,883
	MIRANDA 1	5,848
	STA TEREZINHA 2	5,795
	INDEPENDÊNCIA 2	5,609
	MIRANDA 2	5,560
	AMANHECE	5,043
NOVO HORIZONTE	4,811	
CHANCIA	4,144	

**Fonte:** Elaborada pelo autor com base em dados da pesquisa

A Tabela 13 demonstra os resultados, em quartis, referentes aos scores dos itens avaliados dentro do instrumento PcaTool utilizado no presente estudo. Nota-se que os itens mais bem avaliados foram o Grau de Filiação (mediana = 8,110) e o Acesso de primeiro contato – Utilização (mediana = 8,084). Já os itens com os piores desempenhos foram o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (mediana = 4,046) e Integralidade – Serviços Prestados (mediana = 4,894). Além disso, o score geral das avaliações dos usuários deste estudo apresentou uma mediana de 5,927.

O trabalho de Prates et al. (2017), que analisou 22 estudos em nível mundial sobre avaliação da APS por meio do PCAtool versão Adulto, corrobora ao publicar que os itens mais bem avaliados foram Competência Cultural, Acesso de Primeiro Contato – Utilização e Longitudinalidade. Os piores desempenhos referem-se ao Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade, Integralidade, Orientação Comunitária e Orientação Familiar.

Pesquisa de Perillo et al. (2020) questionou, via telefone, os usuários sobre os atributos da APS e concluiu que o Score Geral foi de 5,48. O atributo com a melhor avaliação foi o Primeiro Contato – Utilização (score médio de 7,09), seguido pelos atributos Longitudinalidade e Coordenação – Integração dos Cuidados, tendo todos eles apresentado valores superiores ao do score geral (5,48). Tais dados vão ao encontro dos achados desta pesquisa, visto que o Acesso de Primeiro Contato – Utilização (mediana = 8,084), Longitudinalidade (mediana =

7,168) e Coordenação - Integração dos Cuidados (mediana = 7,209) foram atributos bem avaliados e superiores ao score geral de mediana 5,927.

Tabela 13: Resultados, em quartis, dos escores dos itens do PCATool

	Valores Quartis		
	25	50	75
<b>Item A</b> – Grau de Filiação	6,83550	8,11000	8,70125
<b>Item B</b> – Acesso de primeiro contato - Utilização	7,65700	8,08400	8,53375
<b>Item C</b> – Acesso de primeiro contato – Acessibilidade	2,92975	4,04650	4,47350
<b>Item D</b> - Longitudinalidade	6,82650	7,16850	7,69975
<b>Item E</b> – Coordenação – Integração dos cuidados	6,03675	7,20900	7,94825
<b>Item F</b> – Coordenação – Sistemas de Informações	5,75650	6,38350	7,21450
<b>Item G</b> – Integralidade – Serviços Disponíveis	5,07250	5,69300	6,38375
<b>Item H</b> – Integralidade – Serviços Prestados	3,65525	4,89400	5,88425
<b>Item I</b> – Orientação Familiar	6,01400	6,54450	7,88925
<b>Item J</b> – Orientação Comunitária	3,87125	5,35950	5,96975
<b>SCORE_GERAL</b>	<b>5,74850</b>	<b>5,92700</b>	<b>6,31500</b>

**Fonte:** Elaborada pelo autor com base nos dados da pesquisa

O Quadro 8 resume as UBSFs que obtiveram as melhores e as piores avaliações dos usuários deste estudo, sendo enquadradas no primeiro quartil as equipes com as piores notas e, no quarto quartil, as equipes com as melhores notas. Destaca-se que, quanto melhor a avaliação dos atributos, mais forte é a orientação para a APS e melhores são os serviços prestados pela ESF (ARAÚJO, 2015; STARFIELD; XU; SHI, 2001; SILVA et al., 2014). Os scores de cada atributo por UBSF estão demonstrados no APÊNDICE C.

**Quadro 8** – Classificação das UBSFs, em quartis, de acordo com cada atributo da APS

	1º quartil	4º quartil
<b>Item A</b> – Grau de Filiação	São Sebastião 1 (5,334) Gutierrez (5,834) Miranda 1 (5,999) Brasília 1 (6,080)	Paraíso 1 (10,0) Maria Eugênia 1 (9,334) Sta Terezinha 1 (9,0) Sta Terezinha 2 (8,890) Novo Horizonte (8,667)
<b>Item B</b> – Acesso de primeiro contato – Utilização	Chancia (6,538) P. de Fátima 2 (6,889) P. de Fátima 1 (7,084) Miranda 1 (7,630)	Sta Terezinha 3 (9,277) Brasília 1 (9,086) Amanhece (8,578) Miranda 2 (8,837) Gutierrez (8,834)
<b>Item C</b> – Acesso de primeiro contato – Acessibilidade	Sta Terezinha 1 (1,958) Sta Terezinha 3 (2,222) Paraíso 1 (2,574) Chancia (2,778) Paraíso 2 (2,926)	Brasília 2 (5,196) Brasília 1 (4,788) Miranda 1 (4,740) Maria Eugênia 2 (4,685) São Sebastião 2 (4,478)
<b>Item D</b> – Longitudinalidade	Chancia (5,212) Amanhece (5,467) Paraíso 2 (6,143) Sta Terezinha 2 (6,713) Maria Eugênia 1 (6,792)	Sta Terezinha 3 (8,703) Sta Terezinha 1 (8,048) Independência 2 (7,988) Gutierrez (7,869) Paraíso 1 (7,795)
<b>Item E</b> – Coordenação – Integração dos cuidados	Amanhece (3,775) Novo Horizonte (3,922) Chancia (4,056) São Sebastião 2 (5,299) P. de Fátima 2 (5,835)	Sta Terezinha 3 (9,236) Paraíso 1 (8,376) Sta Terezinha 1 (8,285) Maria Eugênia 2 (8,196) Gutierrez (8,156)
<b>Item F</b> – Coordenação – Sistemas de Informações	Miranda 2 (4,973) São Sebastião 2 (5,200) Chancia (5,426) P. de Fátima 1 (5,485) Sta Terezinha 2 (5,557)	Bosque (7,890) Maria Eugênia 2 (7,853) Independência 1 (7,408) Brasília 1 (7,255) São Sebastião 1 (7,201)
<b>Item G</b> – Integralidade – Serviços Disponíveis	Chancia (3,226) Novo Horizonte (3,772) Miranda 2 (4,661) Amanhece (4,897) Sta Terezinha 1 (4,987)	Maria Eugênia 2 (6,869) Brasília 2 (6,854) P. de Fátima 2 (6,717) P. de Fátima 1 (6,629) Maria Eugênia 1 (6,527)
<b>Item H</b> – Integralidade – Serviços Prestados	Chancia (1,683) Novo Horizonte (2,181) Independência 2 (3,546) Amanhece (3,635) Miranda 2 (3,647) Sta Terezinha 3 (3,658)	Brasília 2 (7,541) Paraíso 2 (6,359) Brasília 1 (6,357) Maria Eugênia 2 (6,231) Sta Terezinha 2 (6,056)
<b>Item I</b> – Orientação Familiar	Novo Horizonte (2,722) Chancia (3,071) Miranda 2 (4,921) Amanhece (4,934) Independência 2 (5,927) Independência 1 (6,043)	Sta Terezinha 3 (8,668) Paraíso 1 (8,445) Miranda 1 (8,372) Brasília 2 (8,368) Maria Eugênia 2 (8,223)
<b>Item J</b> – Orientação Comunitária	Sta Terezinha 1 (2,335) Chancia (2,680) Novo Horizonte (2,694) Sta Terezinha 3 (3,279) Amanhece (3,599)	Maria Eugênia 2 (7,739) Maria Eugênia 1 (6,853) Brasília 2 (6,405) Brasília 1 (6,308) São Sebastião 2 (6,044) Gutierrez (5,945)

**Fonte:** Elaborado pelo autor com base nos dados de pesquisa



As equipes cujos atributos receberam mais vezes as melhores avaliações foram a ESF Maria Eugênia 2, Brasília 1, Brasília 2, Santa Terezinha 3, Gutierrez e Paraíso 1. As unidades com a maioria de seus atributos enquadrados no primeiro quartil, e conseqüentemente, com as piores avaliações, foram a UBSF Chancia, Amanhece e Novo Horizonte.

Estão no primeiro quartil as UBSFs com os piores desempenhos e avaliações em cada item que compõe o PCATool (item A ao J), tendo sido enquadradas no primeiro quartil quando foram comparadas as notas por elas obtidas em cada item com os valores limítrofes de cada quartil, sendo esses valores expostos no Quadro 13. As UBSFs que se encontram no 4º quartil apresentam as melhores avaliações por item, conforme apontado pelos usuários, podendo ser classificadas como superiores em relação ao item em questão.

O item A busca avaliar o grau de afinidade dos usuários com suas respectivas unidades de saúde. Nessa avaliação, os usuários demonstram o quão presente é a equipe em suas vidas e identificam os profissionais ou os serviços de saúde que são referências para seus cuidados em saúde. A equipe que apresentou o melhor resultado nesse item foi a Paraíso 1 (10,0), a qual está inserida geograficamente no meio de um bairro pequeno, com casas próximas a ela, estando a unidade instalada no bairro há muitos anos. Já a UBSF São Sebastião 1 está entre as que receberam as piores avaliações nesse item.

Os segundos e terceiros itens do questionário avaliam o Acesso de Primeiro Contato. Por sua vez, o item B se propõe a monitorar a Utilização enquanto o item C monitora a Acessibilidade. Segundo Paula et al. (2016), o acesso é um atributo da APS que é tido como porta de entrada do sistema de saúde a cada novo problema ou a cada recorrência do mesmo problema. O primeiro contato é definido, dentro da porta de entrada, como o primeiro recurso quando os usuários necessitam de assistência à saúde. Segundo os mesmos autores, a dimensão Utilização é um componente de desempenho enquanto a Acessibilidade é um componente de estrutura. Destaca-se que as equipes que foram mais bem avaliadas no Item B – Acesso de primeiro contato – Utilização foram: Santa Terezinha 3 (9,277), Brasília 1 (9,806) e Amanhece (8,578). Esses valores mostram que os usuários, ao pensarem em serviços de saúde, têm facilidade de utilização desses serviços em suas respectivas unidades. As equipes que se encontram no primeiro quartil e obtiveram as piores avaliações nesse item foram a Chancia (6,538), Portal de Fátima 2 (6,889) e Portal de Fátima 1 (7,084).

A Acessibilidade, que está dentro do atributo Acesso de primeiro contato, avalia a facilidade que os usuários encontram quando procuram suas unidades ou serviços ofertados por elas. Segundo Starfield (2002), a acessibilidade diz respeito a quão próximo está o serviço da casa do usuário, bem como se refere à organização do serviço e como ele acolhe o usuário todas

as vezes que surge uma demanda em saúde. O item C é o responsável por essa quantificação, sendo as UBSFs mais acessíveis aos cidadãos as seguintes: Brasília 2 (5,196), Brasília 1 (4,788) e Miranda 1 (4,740). Essas unidades, segundo os participantes, ofertam serviços e disponibilizam profissionais que os atendem de forma descomplicada e em variadas situações fora do horário normal de funcionamento das unidades. As unidades com as avaliações mais baixas nesse item foram Santa Terezinha 1 (1,958), Santa Terezinha 3 (2,222) e Paraíso 1 (2,578). Nota-se que a avaliação geral nesse item foi baixa, representada pela mediana 4,046.

Quando se avalia a Longitudinalidade na APS, inspeciona-se o conhecimento que o médico ou enfermeiro tem do usuário como um todo, de forma ampla, integral e biopsicossocial. O item que avalia a Longitudinalidade é o D, que tem as seguintes unidades inseridas no 4º quadrante e com os melhores scores: Santa Terezinha 3 (8,703), Santa Terezinha 1 (8,048) e Independência 2 (7,988). Os scores mais baixos e pertencentes ao primeiro quadrante são Chancia (5,212), Amanhece (5,467) e Paraíso 2 (6,143). A explicação para as notas baixas dessas UBSFs nesse atributo é que o quadro de servidores trabalha em sistema de rotatividade, sendo isso maléfico para o atributo Longitudinalidade. Segundo Starfield (2002), esse atributo é baseado em ações pautadas no relacionamento duradouro, contínuo e regular entre profissionais e usuários, gerando confiança e vínculo.

Coordenação – Integração dos cuidados é o atributo avaliado no item E. Nesse item, busca-se descobrir o processo de atendimento e integração entre a equipe de ESF e um médico especialista, caso o usuário tenha relatado a ida a esse serviço, bem como qual a percepção que os usuários têm da troca de informações entre sua unidade e um médico especialista de outro serviço. As melhores notas atribuídas a esse item foram para a unidade Santa Terezinha 3 (9,236), Paraíso 1 (8,376) e Santa Terezinha 1 (8,285). As equipes de Amanhece (3,775), Novo Horizonte (3,922) e Chancia (4,056) encontram-se no primeiro quartil devido às avaliações mais baixas.

Ainda em relação à Coordenação, ao analisar os Sistemas de Informações, que se referem aos registros de atendimento que os serviços de saúde devem ter de seus usuários, os resultados mostram que a mediana do item F é 6,383 e que as unidades com as melhores avaliações são Bosque (7,890), Maria Eugênia 2 (7,853) e Independência 1 (7,408). Notas mais baixas, o que significa que apresentam maiores deficiências nesse atributo, foram atribuídas a Miranda 2 (4,973), São Sebastião 2 (5,200) e Chancia (5,426). Para que as ações desse atributo sejam potencializadas, o Ministério da Saúde e a Superintendência Regional de Saúde determinaram que o município implemente o prontuário, sendo essa ferramenta fundamental para a coordenação e integração dos cuidados entre as unidades e os especialistas. Segundo

Perillo et al. (2020), o correto fluxo e integração dos dados dos pacientes dentro da Rede de Assistência à Saúde facilitaria a coordenação do cuidado a todos os cidadãos.

O item G e F avaliam o atributo Integralidade, que se refere a uma ampla rede de serviços ofertados e prestados pela APS com o objetivo de satisfazer à maior quantidade de necessidades dos usuários. Assim, o item G (Integralidade – Serviços Disponíveis) monitora quais serviços estão disponíveis pela equipe de ESF e que o usuário ou sua família possa necessitar em algum momento. As unidades onde avaliaram ter a maior oferta de serviços foram Maria Eugênia 2 (6,869), Brasília 2 (6,854) e Portal de Fátima 2 (6,717). Já as unidades que têm a menor quantidade de serviços ofertados, na percepção dos usuários, foram a Chancia (3,226), Novo Horizonte (3,772) e Miranda 2 (4,661).

Já no item H (Integridade – Serviços Prestados), são avaliados quais os possíveis serviços que os usuários possam ter recebido em uma consulta ou em um contato com o serviço de saúde. Para estarem entre as melhores, as UBSFs deveriam superar o limítrofe inferior do 4º quartil (5,884) e as que superaram foram Brasília 2 (7,541), Paraíso 2 (6,359), Brasília 1 (6,357), Maria Eugênia 2 (6,231) e Santa Terezinha 2 (6,056).

O item I é o atributo que avalia a Orientação Familiar, fazendo parte desse item perguntas que apresentam componentes familiares, como doenças genéticas ou doenças em membros da família. Nesse item, é verificado se os usuários percebem que suas equipes de ESF levam em consideração seus contextos familiares no planejamento dos cuidados e das assistências. As unidades que estão mais orientadas para esse atributo são a Santa Terezinha 3 (8,668), Paraíso 1 (8,445) e Miranda 1 (8,372) e as que estão menos orientadas para esse atributo são Novo Horizonte (2,722), Chancia (3,071) e Miranda 2 (4,921).

O último item avaliado no questionário PCATool é o J, que questiona sobre a Orientação Comunitária, objetivando conhecer, dentre outros, o perfil epidemiológico da população atendida. Para isso, os usuários são questionados sobre o próprio conhecimento em relação a visitas domiciliares, incentivo à participação no conselho municipal de saúde e outras formas de atuação junto à comunidade.

As melhores UBSFs, segundo o Ranking do score geral, e segundo a quantidade de itens inclusos no 4º quartil, têm algumas características que as diferenciam das demais. A UBSF Maria Eugênia 2 mantém seu quadro funcional inalterado há mais de 15 anos, sendo esses servidores proativos e engajados com os serviços e atuantes dentro dos conceitos da APS. A estrutura física da UBSF não é a padrão SUS, porém ocupa uma casa ampla e adaptada. Além disso, a população cadastrada é constantemente visitada e convidada a participar dos grupos de educação em saúde da unidade.

A equipe de ESF Chancia obteve os piores resultados e as piores avaliações. Tais fatos podem estar relacionados à quantidade reduzida de ACSs, à característica do bairro que, pelo perfil sociodemográfico, é formado pela maioria de 52,94% dos usuários que utilizam o sistema privado de saúde concomitantemente à ESF, podendo, assim, levar a distorções no momento de avaliar no questionário. O número reduzido de agentes, aliado a uma subutilização da unidade pela população, pode levar à quantidade reduzida de serviços ofertados, menor integração paciente e equipe, menores números de pessoas cadastradas e de visitas domiciliares. Tudo isso faz com que a avaliação feita pelos usuários seja mais baixa.

#### **4.3.2. *Análise de Questões Relevantes do Questionário***

Para a análise, foram selecionadas uma pergunta de cada item pertencente ao questionário PCATool, tendo sido escolhidas aquelas que explicitam e caracterizam bem os conceitos de cada atributo e também que permeiam a vivência prática do pesquisador. As perguntas escolhidas foram: B2, C11, D6, E2, F2, G20, H5, I2 e J1. Assim, os questionamentos selecionados de cada item do questionário foram:

- ✓ 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?
- ✓ C11: É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?
- ✓ D6: Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?
- ✓ E2: O "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?
- ✓ F2: Quando você vai ao "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?
- ✓ G20: Aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).
- ✓ H5: Conselho a respeito de exercícios físicos apropriados para você.

- ✓ I2: O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?
- ✓ J1: Alguém no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?

Após o tratamento estatístico das perguntas, foram obtidas suas respectivas medianas e a estruturação dos quartis, que são referência para enquadrar as equipes mais bem avaliadas e aquelas com as piores avaliações, segundo a percepção dos usuários. Tais dados encontram-se na Tabela 14 e a mediana das perguntas de cada equipe encontra-se no APÊNDICE D.

Tabela 14 - Valores, em quartis, dos escores das perguntas selecionadas

Perguntas	Válido	Ausente	Valores Quartis		
			25	50	75
B2	404	0	3,000	4,000	4,000
C11	404	0	2,000	3,000	4,000
D6	404	0	3,000	4,000	4,000
E2*	242	162	3,000	4,000	4,000
F2	404	0	3,000	4,000	4,000
G20	404	0	1,000	3,000	4,000
H5	402	2	2,000	3,000	4,000
I2	402	2	2,000	4,000	4,000
J1	403	1	3,000	4,000	4,000

**Fonte:** Elaborado com base nos dados da pesquisa

A pergunta B2 teve como resultado a mediana 4,00. A maioria das unidades foram enquadradas no 4º quartil, podendo serem classificadas como unidades que os usuários veem como primeiro acesso para utilização dos serviços de saúde. As unidades mais bem avaliadas com foram: Amanhece, Brasília 1, Gutierrez, Independência 1 e 2, Maria Eugênia 2, Miranda 1 e 2, Novo Horizonte, Paraíso 1 e 2, São Sebastião 1 e 2 e Santa Terezinha 1,2 e 3.

A pergunta C11 apresenta o resultado invertido em relação às respostas dos usuários nos questionários, sendo a inversão realizada na fórmula de cálculo do score. Tal inversão se deve à formulação da pergunta de que quanto maior o valor da (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS, assim deve ter seus valores invertidos. Feita essa inversão, as unidades que apresentaram maiores valores atribuídos foram: Amanhece, Bosque, Brasília 1 e 2, Gutierrez, Independência 2, Maria Eugênia 1, Miranda 1 e 2, Portal de Fátima 1 e 2, São Sebastião 1 e 2 e Santa Terezinha 2 e os piores resultados foram obtidos pelas UBSFs Chancia e Santa Terezinha 3.

A pergunta D6 trata da confiança entre usuário e serviço de saúde, sendo um importante fator da longitudinalidade. Nesse caso, as equipes que ficaram no 1º quartil com os piores resultados foram a ESF Chancia, Maria Eugênia 1 e 2, tendo sido as outras 19 equipes bem avaliadas e inseridas no 4º quartil.

A pergunta E2 foi respondida por 242 pessoas, pois apenas responderiam esse questionamento aquelas que relataram já ter consultado com um médico especialista. Assim, esse item avalia a coordenação da assistência, tendo sido evidenciado que três equipes não obtiveram boas notas, sendo elas: Chancia, Independência 2 e Novo Horizonte. As outras equipes foram bem avaliadas e inseridas no 4º quadrante.

O registro médico ou prontuário médico é de suma importância para aferir o atributo coordenação – sistemas de informação (Pergunta F2). Unidades avaliadas como as que disponibilizam esses documentos da melhor forma foram: Amanhece, Bosque, Brasília 1, Gutierrez, Independência 1 e 2, Maria Eugênia 1 e 2, Miranda 1 e 2, Novo Horizonte, Paraíso 1, Portal de Fátima 2, São Sebastião 1 e Santa Terezinha 1,2 e 3.

Questionamento feito por meio da pergunta G20 demonstrou que os usuários não veem disponível o serviço de aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento em muitas unidades, como a Chancia, Novo Horizonte, Santa Terezinha 1 e 3. As unidades sobre as quais os usuários responderam ter certeza da oferta desse serviço foram Brasília 2, Maria Eugênia 2, Miranda 1 e São Sebastião 2.

A pergunta escolhida dentro do item H – Integralidade – Serviços Prestados foi a H5, que questiona se o usuário, em algum momento, recebeu conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. A pior avaliação para esse questionamento foi para a equipe Santa Terezinha 3, tendo sido as melhores avaliações atribuídas às equipes de Brasília 2, Independência 1, Maria Eugênia 2, Miranda 1 e 2, Novo Horizonte, Paraíso 2, Portal de Fátima 2, São Sebastião 1 e 2 e Santa Terezinha 2.

No que tange ao atributo de orientação familiar, a pergunta I2 foi a selecionada para análise do conhecimento das condicionantes de saúde dos familiares por parte dos profissionais dos serviços de saúde. As equipes que os usuários percebem como mais cientes dessa situação são Brasília 1 e 2, Gutierrez, Maria Eugênia 1 e 2, Miranda 1, Paraíso 1, Portal de Fátima 1 e 2, São Sebastião 1 e 2 e Santa Terezinha 1 e 3 e as piores avaliações feitas pelos usuários foram para as UBSFs Chancia e Novo Horizonte.

A pergunta J1 refere-se a uma das principais ações de uma equipe de ESF, que é a visita domiciliar. Apenas três equipes ficaram abaixo da mediana geral e enquadradas no

primeiro quartil, sendo avaliadas pelos usuários como equipes com deficiências nas visitas domiciliares. As referidas equipes são a Chancia, Novo Horizonte e Paraíso 2.

Essas perguntas, analisadas individualmente, ratificam os valores dos escores de cada item avaliado pelos usuários das equipes de ESF.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como principal objetivo analisar a percepção dos usuários da ESF de Araguari/MG sobre a qualidade dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Alguns objetivos específicos foram traçados para o alcance do objetivo geral, que foram conhecer o perfil sociodemográfico dos usuários e dos profissionais atuantes na ESF, analisar o perfil epidemiológico dos usuários da Estratégia e analisar a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados pela ESF do município. Todos esses objetivos foram alcançados por meio de questionário com perguntas sociodemográficas e de estado de saúde, além do questionário PCATool que proporcionou o estudo, a aferição e a avaliação dos serviços de saúde pelos usuários das equipes de ESF.

O caminho percorrido para a aplicação da pesquisa e tratamento dos dados foi de natureza descritiva e quantitativa com a utilização de ferramentas estatísticas. A pesquisa foi realizada com os usuários dos serviços da ESF de Araguari/Mg, contando esse serviço com 22 equipes cadastradas no Ministério da Saúde. É importante destacar que todas fizeram parte do estudo. A ferramenta adotada foi aquela já validada, a PCATool, que avalia os atributos da APS. Antes da aplicação dessa ferramenta, foi aplicado um questionário com o objetivo de fazer um diagnóstico social, demográfico e de saúde dos usuários. A aplicação dos questionários obteve êxito, tendo sido os dados deles resultantes tratados para se chegar aos resultados e conclusões deste trabalho.

O perfil dos profissionais das equipes de ESF mostra que o quadro é formado por profissionais jovens, com formação acadêmica recente e com um tempo de atuação razoável na APS. Esse diagnóstico é favorável à Estratégia, mostrando que esses profissionais estão aptos a atuarem dentro dos atributos preconizados para a Atenção Básica, porém existe a necessidade de capacitações e atualizações dentro das diretrizes da estratégia, assim como um treinamento inicial aos profissionais que irão ingressar nas atuais ou futuras equipes de ESF.

As características sociodemográficas dos usuários da ESF mostram que o público é, em sua maioria, formado por mulheres com mediana de idade de 47,5 anos. A maior parte dos usuários é formada por pessoas com Ensino Médio Completo, estando enquadrados na classe C de renda mensal. Ainda, a maioria deles não portam doenças crônicas e, sobre os que têm alguma delas, a hipertensão foi a mais citada. Esses dados, quando se encontram resumidos, se constituem em diagnóstico extremamente importante para a assistência em saúde.



Os escores gerais das equipes de ESF de Araguari obtiveram resultados entre 4,111 e 7,034, com uma mediana de 5,927, mostrando que, na avaliação dos usuários, os atributos da APS não foram ofertados com qualidade nem com os padrões preconizados pelo SUS. Esse panorama mostra que a APS e a ESF têm várias deficiências, as quais devem ser corrigidas para melhores atendimentos e assistências aos cidadãos. As deficiências expostas a partir dos baixos valores dos escores gerais podem ser em decorrência de uma série de fatores, como, por exemplo, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja devido à localização geográfica da unidade, seja devido aos dias e horários de funcionamento. Também influenciam negativamente nas avaliações o baixo relacionamento e confiança entre os profissionais e usuários, a falta de acompanhamento e conhecimento das consultas fora do ambiente da unidade de saúde, dentre outros serviços que deveriam ofertar e fortalecer os princípios norteadores da ESF enquanto mecanismo de ação da Atenção Básica.

A equipe com a melhor avaliação, segundo o escore geral, foi a ESF Maria Eugênia 2, a qual tem algumas características e formas de atuação que a diferenciam das demais. O enfermeiro cursou doutorado em saúde pública, é docente universitário em saúde pública e relata ser um entusiasta da área. Além disso, ele exerce um papel de liderança muito benéfico à sua equipe, sendo os servidores engajados e atentos às suas determinações e orientações. Todas as ações da unidade são planejadas e executadas dentro dos princípios da APS, bem como ofertadas aos usuários. Ainda, a unidade é bem localizada e executa um trabalho intersetorial com igrejas, associação de moradores do bairro e centro de referência psicossocial para ofertar os serviços em saúde.

A equipe de Chancia foi a que apresentou a pior avaliação entre as equipes, segundo os escores gerais. Atribui-se a esse baixo desempenho a equipe reduzida de ACS, a falta de planejamento ao instalar essa unidade no bairro que, por característica, apresenta um melhor nível social e também ao fato de os usuários utilizarem os serviços de saúde paralelamente aos serviços da UBSF. A profissional de enfermagem está à frente da equipe há pouco tempo e veio de outra cidade, podendo, assim, ainda não conhecer a realidade de seu território.

Os atributos que se destacaram na atuação das equipes foram o Grau de Filiação, o Acesso de Primeiro Contato - Utilização e a Longitudinalidade e Coordenação – Integração dos Cuidados. As equipes devem manter suas ações e processos para que permaneçam com alto grau de qualidade nesses atributos. A equipe que está dentro dos melhor escore no Grau de Filiação é a Paraíso 1 (10,0) e a equipe com a nota mais baixa foi a São Sebastião 1 (5,334), sendo a mediana dos escores de atributo de 8,11. No atributo de Acesso de Primeiro Contato – Utilização, a UBSF Santa Terezinha 3 apresentou o melhor resultado (mediana = 9,277), tendo

a UBSF Chancia (mediana = 6,538) apresentou o pior escore, sendo a mediana do score desse atributo 8,084. No item que avalia o atributo Longitudinalidade, a equipe com melhor performance foi a UBSF Santa Terezinha 3 (8,703) e a pior performance nesse atributo foi atribuída à equipe Chancia (5,212), sendo a mediana desse escore o valor de 7,168. Outro atributo que se destacou como de alta qualidade foi Coordenação – Integração dos Cuidados, sendo a equipe com a melhor avaliação a de Santa Terezinha 3 (9,236), que está acima da mediana de 7,209 para este atributo, sendo a equipe com a pior avaliação nesse atributo a UBSF Amanhece (3,775). Por outro lado, os resultados indicaram baixas avaliações para os atributos: Acesso de primeiro contato – Acessibilidade (mediana = 4,046); Integralidade – Serviços Prestados (mediana = 4,894); e Orientação Comunitária (mediana = 5,359). A baixa avaliação do Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade pode ser explicada pelo fato de as unidades de Araguari não terem dias nem horários de atendimento estendidos para depois do horário comercial ou aos finais de semana, tornando mais difícil o acesso de pessoas que trabalham e ou que estudam e trabalham. A nota baixa para a Integralidade – Serviços Prestados é originária das ações que a equipe deixa de executar devido à falta de profissionais, materiais, infraestrutura adequada, dentre outros, para desempenharem os serviços e orientações pertinentes.

Por fim, a Orientação Comunitária teve um baixo desempenho devido à falta de pesquisas das equipes para diagnóstico da comunidade e de uma maior aproximação às reais necessidades e características da população coberta. Todos esses atributos são parte fundamental da atuação das equipes de ESF na Atenção Básica, onde é necessária uma abordagem mais próxima dos anseios e das reais necessidades da população assistida.

As perguntas analisadas detalhadamente, sendo uma de cada item, demonstram que a maioria das unidades apresentam a mediana alta, mostrando que essas perguntas estão bem avaliadas e em direção aos preceitos da APS. As perguntas com as melhores medianas foram as B2, D6, E2, F2, I2 e J1, mostrando B2 que os usuários procuram sua UBSF antes de procurar outro serviço de saúde. A pergunta D6 remete ao fato de os usuários confiarem em seus profissionais de saúde da ESF. Quando questionados se foram encaminhados a um especialista pela indicação da ESF (E2), os usuários, em sua maioria, disseram que foram encaminhados de forma formalizada pelos profissionais da UBSF. A mediana da pergunta F2 foi 4 e demonstrou a alta avaliação dos usuários em relação à disponibilidade do prontuário no momento da consulta. Os médicos/enfermeiros foram bem avaliados na pergunta I2, que questiona se eles procuraram saber dos problemas comuns que podem ocorrer no contexto familiar. A pergunta J1 obteve mediana elevada devido à boa avaliação dos respondentes acerca das visitas

domiciliares. Todas essas perguntas, com a mediana alta, demonstram que as equipes, nesses itens, vão ao encontro das diretrizes da APS e devem continuar com essa excelência nas ações, atendimentos e relacionamentos com os usuários SUS. Algumas perguntas que foram analisadas separadamente apresentaram mediana um pouco mais baixa em relação às demais (mediana = 3), que foram a C11, G20 e H5.

Esta pesquisa apresentou limitações, como o fato de analisar apenas as 22 equipes de Estratégia Saúde da Família como representantes da APS do município, sendo essa limitação plausível, pois, dentro da Atenção Básica, existe uma gama maior de estratégias, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidades Odontológicas Móveis (OM) e Academias da Saúde. Outra limitação diz respeito à amostra, que foi de 404 pessoas, visto que, em um universo de quase 100.000 pessoas cobertas pela APS, esse número não representa o perfil dos usuários do município como um todo. Outra limitação se referente ao PCATool que apresentou um baixo índice de consistência nos itens A e F, devendo estes itens serem analisados com parcialidade. Outro fator limitante foi o momento de pandemia causada pela COVID-19 que diminuiu muito o fluxo de pessoas e serviços nas UBSFs, podendo assim ter influenciado nas avaliações dos usuários.

Para estudos futuros, seria de grande valia cruzar os resultados dos questionários PCAToll aplicado aos profissionais da ESF com os resultados dos questionários PCATool aplicados aos usuários, pois, assim, seria possível confrontar a avaliação feita pelo profissional da UBSF com a avaliação feita pelo usuário, bem como verificar se elas são coincidentes ou antagônicas. Estudos futuros também podem aumentar o número da amostra e dos serviços de saúde pesquisados, traçando um diagnóstico mais amplo da pesquisa. Outra sugestão de estudos futuros é a realização de pesquisa qualitativa com a utilização de ferramentas para pesquisas em profundidade nas equipes mais bem avaliadas e naquelas com as piores avaliações.

## **6. PRODUTO TECNOLÓGICO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL**

O produto tecnológico é um dos resultados que o presente trabalho deve entregar e, nesse sentido, esta pesquisa se propôs a avaliar a qualidade dos serviços prestados na APS pelos usuários da Estratégia Saúde da Família. Tal avaliação teve como resultado um produto, que é entregar ao gestor público municipal e ao gestor público municipal de saúde de Araguari/Mg um diagnóstico detalhado sobre a qualidade dos serviços prestados e ofertados na ESF.

Esse produto oferece um portfólio que contém o perfil sociodemográfico dos usuários das 22 equipes de ESF, o perfil dos profissionais enfermeiros RTs, as condicionantes de saúde dos usuários, bem como contém a avaliação dos atributos da APS pelos usuários da ESF do município de Araguari. Tal portfólio amplia o conhecimento dos gestores e oferece subsídios para implementação de políticas públicas municipais em saúde.

O diagnóstico dos serviços de saúde municipais é de suma importância, pois, por meio dele, os gestores podem planejar e traçar ações condizentes com o perfil, as necessidades, os anseios e os interesses dos usuários, que são a razão de ser do SUS, devendo os usuários receberem os serviços com eficiência, presteza, humanização e qualidade. Essas características devem fazer parte de todas as equipes nas ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

A Estratégia Saúde da Família de Araguari/Mg jamais foi objeto de um estudo com essas características, sobretudo, com a utilização da ferramenta PCATool. Assim, esse pioneirismo pode fazer com que novos estudos e trabalhos surjam com o intuito de embasar cada vez mais as ações dos gestores municipais. Destaca-se que as avaliações já feitas na APS do município foram provenientes do PMAQ, já relatadas neste trabalho.

Ainda, o produto a ser entregue contém o escore geral, que é a nota final das avaliações dos usuários de todas as equipes, cujo valor foi de 5,927 (mediana). Destaca-se que o gestor receberá o escore geral de cada equipe, que o municiará de elementos para atuar de maneira pontual em cada unidade. Assim, o gestor poderá notar que a avaliação da qualidade dos serviços é baixa e, nesse caso, será possível planejar ações, levando em conta as fraquezas e as potencialidades de cada equipe. Com o recebimento desse produto, o gestor também terá à sua disposição a nota de cada atributo de cada UBSF separadamente.

A experiência no exercício laboral mostrou que os gestores de saúde executam políticas públicas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde, não se valendo de política municipal de saúde com base em dados e pesquisas feitas no município, que é a ponta do sistema e onde as ações acontecem efetivamente. Com isso, é

de grande valia o recebimento de um produto diagnóstico referente às equipes de saúde da família atuantes na atenção primária, que é considerada a porta de entrada no sistema público de saúde.

Enfim, espera-se que os gestores locais de saúde utilizem e façam as ações chegarem aos usuários, corrigindo os erros e melhorando os indicadores nas unidades diagnosticadas como de menor performance. E, ainda, nas unidades classificadas como médias e de melhor performance, eles poderão atuar de maneira a atualizar e capacitar os profissionais para aumento de rendimento e manutenção dos padrões avaliados como de excelência.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.
- ALMEIDA, H. A. C. D. de. **A Estratégia de Saúde da Família: uma contribuição da análise ergológica à administração**. 2007. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória: UFES, 2007.
- ALDULAIMI, S.; MORA, F. A Primary Care System to Improve Health Care Efficiency: Lessons from Ecuador. **J Am Board Fam Med**. v. 30, n. 3, p. 380-383, 2005.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 783-836.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; COELHO, L.C.A. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
- ARAGUARI. (2020). **Google Map. Google**. Consultado em 20 abr.2020. <https://www.google.com.br/maps/place/Araguari,+MG/@-18.6394787,-48.2282425,13637m/data=!3m2!1e3!4b1!4m5!3m4!1s0x94a431cbe31b42d9:0x7002857c6864593e!8m2!3d-18.6458648!4d-48.1979912>
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (Brasil). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2019. Disponível em: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (Brasil). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: file:///C:/Users/55349/Downloads/01\_cceb\_2019.pdf. Acesso em: 28 fev. 2021.. Acesso em: 28 fev. 2021.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.3, p.380-98 , dez . 1996
- BRAGA, G. M. A. M. **O planejamento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua interface com o acesso dos usuários aos serviços de saúde de Viçosa, Minas Gerais**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa/MG: UFV, 2014
- BRASIL. Constituição (1953). Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. **Lei Nº 1.920, de 25 de Julho de 1953**: Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L1920.htm)>. Acesso em: 07 jul.2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em 01 jul.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. IBGE. . **Brasil 500 anos**: estatística do povoamento. Estatística do povoamento. 2000. Disponível em: <https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/evolucao-da-populacao-brasileira.html>. Acesso em: 15 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **O problema Saúde da família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**: diretriz conceitual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 154/GM/MS**, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União n° 18, de 25 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Portaria N° 154 de 24 de janeiro de 2008. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 27).

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**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. 2011. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em: 17 maio.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Vol. 1: **Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. (Cadernos de Atenção Básica, 39). Brasília (DF), Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2019a. Disponível em: <<http://saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>>. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. (2019b). Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019. p. 97.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde: Ações, Programas e Estratégias**. 2019c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 08 jan.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. **E-Gestor: Cobertura da Atenção Básica**. 2020a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 15 mar.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Retratos da Atenção Primária à Saúde**. 2020b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>. Acesso em: 17 maio.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. (2020) Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 08 maio.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. (2019) Disponível em < <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acessado em: 01 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): Saúde da Família**. (2019) Disponível em <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/legislacao/772-acoes-e-programas/saude-da-familia/41285-saude-da-familia>>. Acessado em: 01 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária**. (2020) Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-primaria>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. **Atenção primária e promoção da saúde**. Ministério Da Saúde. As Cartas Da Promoção Da Saúde. Brasília: Ministério Da Saúde, 2000.

CAMARGO-BORGES, C. **O construcionismo social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas**. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 2007.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2008.

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

CANESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F. **Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira**. O Sistema Único de Saúde em 10 anos de desafio. São Paulo: Editora Sobravime, 2002. p. 241-269.



CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa Saúde da Família**, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Campinas. Campinas: UNICAMP, 2003.

CORBO, A. D. A.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da família: Construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: M. V. G. C. MOROSINI E A. D. CORBO (Org.), **Modelos de atenção e saúde da família** (pp. 69-106). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

CORDEIRO, H. **O INAMPS na Nova Republica**. Rio de Janeiro: MPAS/INAMPS, 1985.

COSTA NETO, J. W. Medicina Baseada em Evidências. 2000 Disponível em <[www.portalmédico.org.br/revista/bio11v2/revistabioetica.pdf](http://www.portalmédico.org.br/revista/bio11v2/revistabioetica.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2019.

COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

CONTANDRIOPOULUS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; & PINEAULT, R. A avaliação da área da saúde: conceitos e métodos. In: HARZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-47.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas-Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital, 5, 2011. **Anais...** São Luís/MA.

D'AVILA, O. P.; PINTO, L. F.da S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 855-865, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA- DAB (São Paulo). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.316-319, 2000.

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

EDITORA MELHORAMENTOS (ed.). **Michaelis: dicionário brasileiro da língua portuguesa**. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 2020. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/avaliar/>. Acesso em: 10 ago. 2020.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, A. M. de. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná**. 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) - Curso de Medicina, Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2011

FUNASA – FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. 2017. Disponível em < <http://www.funasa.gov.br:8080/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acessado em: 01 Jul.2019.

GERSCHMAN, S. V. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: Acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

GUIBU, I. A. et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, n. 2, p. 1-13, 22, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007070>

HAIR Jr., J. F.; BLACK, W.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E. **Multivariate Data Analysis**. 7th ed. New York (NY): Prentice Hall, 2009.

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

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 8, n. 29, p.274-284, 8 nov. 2013. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829).

IBGE. **Conheça o Brasil**: população - educação. População - Educação. 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18317-educacao.html#:~:text=No%20Brasil%2C%20a%20propor%C3%A7%C3%A3o%20de,%2C8%25%2C%20em%202019..> Acesso em: 25 fev.2021.

JURAN, J. M. **Juran's Quality Handbook**. New York (NY): MacGraw-Hill, 2000.

KIVELÄ, K.; ELO, S.; KYNGÄS, H.; KÄÄRIÄINEN, M. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. **Patient Educ Couns**. v. 97, n. 2, p. 147-157, 2014.

KOTLER, P. **Administração de Marketing**. 10 ed. São Paulo: Novo Milênio, 2000.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Colet**. v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LANDIS, J. R; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p.159-174, 1977.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços**: conceitos, exercícios, casos práticos. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LI, Q. A novel Likert scale based on fuzzy sets theory. **Expert Systems with Applications**, v. 40, n. 5, p. 1609-1618, 2013.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, v. 22, 1932.

LINHARES, P. H. A.; LIRA, G. V.; ALBUQUERQUE, I. M. N. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. *Saúde Debate*, v. 38, n. , p. 195-208, out. 2014.

LUCION, M.C. S. **O Sistema Único de Saúde no Brasil: uma demonstração de políticas públicas de promoção ao direito à saúde**. 2016. 101 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí: URNERS, 2016.

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES. (Orgs.) **Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abrasco/IMS-UERJ, 1991.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. *Manag Care*. v. 18, n. 6, p. 44-48, 2009.

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet*. v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.

MELO, L. P. de; CAMPOS, E. A. de. O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde<sup>1</sup>. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 22, n. 6, p. 980-987, dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0056.2506>.

MELO, S. P. da S. de C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>.

MENDES E. V. 1993. **A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário**, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10,: 7-19, Brasília, OPS.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão da Municipalização autárquica à regionalização Cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2004.

MERHY, E. E. **A Saúde Pública Como Política**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. In: FREESE, E. (org) **Municípios: a Gestão da Mudança em Saúde**. 2. Ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2004. p.45-72.

MOIMAZ, S. A. das S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p. 1419-1440, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2010.v20n4/1419-1440/pt>. Acesso em: 25 fev.2021.

MORAES, M. et al. Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. *Rev. de Saúde da UCPE*, v. 1, n. 1, p. 39-44, 2007.

MONTEIRO, M. M. et al. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa unidade básica de saúde. **Rev Esc Enferm Usp**, v. 2, n. 43, p.358-364, 2008.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. de F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 43, n. 2, p. 358-364, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000200015>.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 116, p.11-24, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

MUNIZ, J. N., et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 315-321, 2005.

OLIVEIRA, S. F.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Programa de Saúde da Família: Uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 226-236, 2008.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, [s. 1.], v. 66, n. esp.; p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

OLIVEIRA, M. M. C. de; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J.; DUNCAN, B. B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 8, n. 29, p. 256-63, 2013. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823).

OPAS. **Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Brasil: Organização Panamericana de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Astana**. 2018. Disponível em:[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5791:países-de-todo-o-mundo-assinam-declaracao-de-astana-que-traca-caminho-para-alcancar-cobertura-universal-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5791:países-de-todo-o-mundo-assinam-declaracao-de-astana-que-traca-caminho-para-alcancar-cobertura-universal-de-saude&Itemid=843). Acesso em: 07 maio.2020. não identificado no texto

PAULA, C. C. de; SILVA, C. B. da; TASSINARI, T. T.; PADOIN, S. M. de M.. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 4056-4078, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078>.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas De Saúde No Brasil. **Revista Espaço Para A Saúde**, v. 8, n. 1, p.13-19, 2006.

PINTO, A. **Manual básico de saúde pública: um guia prático para conhecer e garantir seus direitos**. Curitiba: Penápolis, 2012.

PIRES, D. A. **Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na atenção básica de municípios da região carbonífera de Santa Catarina**: precisão do instrumento de pesquisa. 2012. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2012.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul.** 2002. 259 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP, 2002.

ROMAGNOLI, R. C. Breve estudo institucionalista acerca do programa de saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 525-526, 2009.

SANTINO, C. N. **Metodologia para mapeamento das perdas em um processo de fundição, com aplicação da escala Likert e da lógica fuzzy.** 2018. 111 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Industrial) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia Industrial, Escola Politécnica, Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA, 2018.

SANTOS, L. M. dos. A Percepção Dos Profissionais Da Saúde Sobre Os Princípios Da Atenção Primária Em Pequenos Municípios Mineiros. v. 14, n. 4, p. 41-55, 2018. **RAHIS - Revista de Administracao Hospitalar e Inovacao em Saude.** DOI: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v14i4.4770>.

SCARATTI, D.; CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev. Saúde Pública**, Joaçaba, v. 46, n. 3, p. 446-455, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n3/3478.pdf>. Acesso em: 11 maio. 2020.

SCHTWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2145-2154, 2010.

SCRIVEN, M. **Evaluation Thesaurus.** 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 1991.

SERAPIONI, M. **Avaliação da Qualidade em Saúde: A Contribuição da Sociologia da Saúde para a Superação da Polarização entre a Visão dos Usuários e a Perspectiva dos Profissionais de Saúde.** *Saúde em Debate*, v. 23, p. 81-92, 1999.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev Bras Enferm**, v. 62, p. 424-429, 2009.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753 – 2762, 06 2011.

SOUSA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos de espelho do future.** Campinas: Saberes Editora, 2014.

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

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Quaterly**. v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for the Primary Care Assessment Tools**. Baltimore; Johns Hopkins University, 2009.

TAHAN-SANTOS, E. **Estratégia Saúde da Família: satisfação dos usuários**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: USP, 2011.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002. DOI:10.1590/S0102-311X2002000600009.

UFU. Resolução nº 11, de 25 de abril de 2014. **Autoriza A Implantação do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional – Nível Mestrado Profissional – da Faculdade de Gestão e Negócios, e Dá Outras Providências.**: REGULAMENTO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL DA FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS. Uberlândia, MG, 25 abr. 2014. p. 2.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physys: Revista Saúde Coletiva**, 15 (Supl.), p. 225-264, 2005.

VIEIRA, K. L. D.; GOMES, V. L. de O.; BORBA, M. R.; COSTA, C. F. da S. Atendimento Da População Masculina Em Unidade Básica Saúde Da Família: Motivos Para A (Não) Procura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 120-127, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/55349/Desktop/ARTIGOS%20DISCUSS%C3%83O/127728366017.pdf. Acesso em: 25 fev.2021.

VIEIRA, M. A.; FERREIRA, M. A. M. Análise Do Processo De Trabalho Na Estratégia Saúde Da Família Em Relação À Operacionalização Dos Princípios Básicos Do SUS. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Viçosa, p. 40-58, 20 fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). 2004. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/pre-2009/what-are-the-advantages-and-disadvantages-of-restructuring-a-health-care-system-to-be-more-focused-on-primary-care-services-who-europe-2004>. Acesso em: 20 abr.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technical Series on Primary Health Care: building the economic case for primary health care**. Building the economic case for primary health care. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48>. Acesso em: 14 jun.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care: The Astana Declaration**. 2018. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_2). Acesso em: 20 abr.2020. não identificado no texto

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Kazakhstan). **Global Conference on Primary Health Care**. Astana conference. **2018** Disponível em: <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>. Acesso em: 07 maio.2020. -

YIN, R. K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. (2 ed.). Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A: DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES DAS UBSF'S

**ESTADO CIVIL**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
AMASIADA	3	,7	,7	,7
CASADA	14	3,5	3,5	4,2
DIVORCIADA	200	49,5	49,5	53,7
SOLTEIRO(A)	23	5,7	5,7	59,4
VIÚVA	136	33,7	33,7	93,1
Total	28	6,9	6,9	100,0
	404	100,0	100,0	

**Dados:** Fonte da pesquisa

**ESCOLARIDADE**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
ANALFABETO	3	,7	,7	,7
CURSO TÉCNICO	6	1,5	1,5	2,2
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	4	1,0	1,0	3,2
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	56	13,9	13,9	17,1
ENSINO MEDIO COMPLETO	106	26,2	26,2	43,3
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	141	34,9	34,9	78,2
PÓS-GRADUAÇÃO	22	5,4	5,4	83,7
SUPERIOR COMPLETO	1	,2	,2	83,9
SUPERIOR INCOMPLETO	51	12,6	12,6	96,5
Total	14	3,5	3,5	100,0
	404	100,0	100,0	

**Fonte:** Dados da pesquisa



**APÊNDICE B – Indicadores das UBSFS inseridos no ESUS no ANO de 2020**

			Mediana
PESSOAS CADASTRADAS	UBSF	AMANHECE	2645,0
		BOSQUE	3084,0
		BRASÍLIA 1	3428,0
		BRASÍLIA 2	2344,0
		CHANCIA	1329,0
		GUTIERREZ	4500,0
		INDEPENDÊNCIA 1	2258,0
		INDEPENDÊNCIA 2	1321,0
		MARIA EUGÊNIA 1	1417,0
		MARIA EUGÊNIA 2	2159,0
		MIRANDA 1	5037,0
		MIRANDA 2	5863,0
		NOVO HORIZONTE	3043,0
		PARAÍSO 1	2763,0
		PARAÍSO 2	3350,0
		PORTAL 1	2388,0
		PORTAL 2	3411,0
		SÃO SEBASTIÃO 1	6277,0
SÃO SEBASTIÃO 2	2542,0		
STA TEREZINHA 1	2846,0		
STA TEREZINHA 2	3668,0		
STA TEREZINHA 3	3256,0		

			Mediana
DOMICÍLIOS CADASTRADOS	UBSF	AMANHECE	1091,0
		BOSQUE	1203,0
		BRASÍLIA 1	661,0
		BRASÍLIA 2	978,0
		CHANCIA	730,0
		GUTIERREZ	2710,0
		INDEPENDÊNCIA 1	350,0
		INDEPENDÊNCIA 2	115,0
		MARIA EUGÊNIA 1	373,0
		MARIA EUGÊNIA 2	584,0
		MIRANDA 1	2397,0
		MIRANDA 2	2702,0
		NOVO HORIZONTE	1221,0
		PARAÍSO 1	870,0
		PARAÍSO 2	1755,0
		PORTAL 1	1097,0
		PORTAL 2	1803,0
		SÃO SEBASTIÃO 1	2440,0
SÃO SEBASTIÃO 2	1038,0		
STA TEREZINHA 1	1231,0		
STA TEREZINHA 2	1451,0		
STA TEREZINHA 3	1956,0		

			Mediana
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	UBSF	AMANHECE	2053,0
		BOSQUE	729,0
		BRASÍLIA 1	1400,0
		BRASÍLIA 2	3111,0
		CHANCIA	1600,0
		GUTIERREZ	2963,0
		INDEPENDÊNCIA 1	433,0
		INDEPENDÊNCIA 2	1161,0
		MARIA EUGÊNIA 1	1850,0
		MARIA EUGÊNIA 2	180,0
		MIRANDA 1	2438,0
		MIRANDA 2	2004,0
		NOVO HORIZONTE	48,0
		PARAÍSO 1	1739,0
		PARAÍSO 2	4758,0
		PORTAL 1	2241,0
		PORTAL 2	1997,0
		SÃO SEBASTIÃO 1	442,0
		SÃO SEBASTIÃO 2	2601,0
		STA TEREZINHA 1	160,0
		STA TEREZINHA 2	2411,0
		STA TEREZINHA 3	2350,0

			Mediana
Atendimento_pessoascadastra das	UBSF	AMANHECE	1
		BOSQUE	0
		BRASÍLIA 1	0
		BRASÍLIA 2	1
		CHANCIA	1
		GUTIERREZ	1
		INDEPENDÊNCIA 1	0
		INDEPENDÊNCIA 2	1
		MARIA EUGÊNIA 1	1
		MARIA EUGÊNIA 2	0
		MIRANDA 1	0
		MIRANDA 2	0
		NOVO HORIZONTE	0
		PARAÍSO 1	1
		PARAÍSO 2	1
		PORTAL 1	1
		PORTAL 2	1
		SÃO SEBASTIÃO 1	0
		SÃO SEBASTIÃO 2	1
		STA TEREZINHA 1	0
		STA TEREZINHA 2	1
		STA TEREZINHA 3	1

			Mediana
VACINAÇÃO	UBSF	AMANHECE	708
		BOSQUE	1887
		BRASÍLIA 1	675
		BRASÍLIA 2	1058
		CHANCIA	0
		GUTIERREZ	672
		INDEPENDÊNCIA 1	892
		INDEPENDÊNCIA 2	300
		MARIA EUGÊNIA 1	632
		MARIA EUGÊNIA 2	156
		MIRANDA 1	535
		MIRANDA 2	639
		NOVO HORIZONTE	1001
		PARAÍSO 1	1956
		PARAÍSO 2	826
		PORTAL 1	722
		PORTAL 2	1148
		SÃO SEBASTIÃO 1	254
		SÃO SEBASTIÃO 2	1935
		STA TEREZINHA 1	1021
STA TEREZINHA 2	1529		
STA TEREZINHA 3	1507		

			Mediana
VISITA DOMICILIAR E TERRITORIAL	UBS	AMANHECE	2266,0
		BOSQUE	,0
		BRASÍLIA 1	8593,0
		BRASÍLIA 2	7066,0
		CHANCIA	187,0
		GUTIERREZ	3735,0
		INDEPENDÊNCIA 1	,0
		INDEPENDÊNCIA 2	480,0
		MARIA EUGÊNIA 1	13069,0
		MARIA EUGÊNIA 2	5131,0
		MIRANDA 1	15898,0
		MIRANDA 2	13264,0
		NOVO HORIZONTE	26,0
		PARAÍSO 1	2285,0
		PARAÍSO 2	1679,0
		PORTAL 1	575,0
		PORTAL 2	4107,0
		SÃO SEBASTIÃO 1	7110,0
		SÃO SEBASTIÃO 2	3396,0
		STA TEREZINHA 1	625,0
STA TEREZINHA 2	1678,0		
STA TEREZINHA 3	2459,0		

			Mediana
PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS	UBSF	AMANHECE	9366,0
		BOSQUE	909,0
		BRASÍLIA 1	1935,0
		BRASÍLIA 2	3289,0
		CHANCIA	1824,0
		GUTIERREZ	3076,0
		INDEPENDÊNCIA 1	749,0
		INDEPENDÊNCIA 2	576,0
		MARIA EUGÊNIA 1	2033,0
		MARIA EUGÊNIA 2	574,0
		MIRANDA 1	3688,0
		MIRANDA 2	4416,0
		NOVO HORIZONTE	358,0
		PARAÍSO 1	2196,0
		PARAÍSO 2	1201,0
		PORTAL 1	2762,0
		PORTAL 2	2832,0
		SÃO SEBASTIÃO 1	1145,0
SÃO SEBASTIÃO 2	867,0		
STA TEREZINHA 1	1648,0		
STA TEREZINHA 2	2874,0		
STA TEREZINHA 3	3825,0		

			Mediana
Proced_por_atendimentos	UBSF	AMANHECE	4,56
		BOSQUE	1,25
		BRASÍLIA 1	1,38
		BRASÍLIA 2	1,06
		CHANCIA	1,14
		GUTIERREZ	1,04
		INDEPENDÊNCIA 1	1,73
		INDEPENDÊNCIA 2	,50
		MARIA EUGÊNIA 1	1,10
		MARIA EUGÊNIA 2	3,19
		MIRANDA 1	1,51
		MIRANDA 2	2,20
		NOVO HORIZONTE	7,46
		PARAÍSO 1	1,26
		PARAÍSO 2	,25
		PORTAL 1	1,23
		PORTAL 2	1,42
		SÃO SEBASTIÃO 1	2,59
SÃO SEBASTIÃO 2	,33		
STA TEREZINHA 1	10,30		
STA TEREZINHA 2	1,19		
STA TEREZINHA 3	1,63		

**APÊNDICE C: Resultados dos scores dos atributos por UBSF**

		Item A
		Mediana
UBSF	PARAÍSO 1	10,000
	MARIA EUGÊNIA 1	9,334
	STA TEREZINHA 1	9,000
	STA TEREZINHA 2	8,890
	SÃO SEBASTIÃO 2	8,801
	PORTAL 2	8,668
	NOVO HORIZONTE	8,667
	INDEPENDÊNCIA 1	8,519
	PARAÍSO 2	8,446
	MARIA EUGÊNIA 2	8,445
	PORTAL 1	8,125
	MIRANDA 2	8,095
	INDEPENDÊNCIA 2	7,779
	BRASÍLIA 2	7,452
	CHANCIA	7,256
	AMANHECE	7,200
	STA TEREZINHA 3	6,836
	BOSQUE	6,834
	BRASÍLIA 1	6,080
	MIRANDA 1	5,999
GUTIERREZ	5,834	
SÃO SEBASTIÃO 1	5,334	

		Item B
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	9,277
	BRASÍLIA 1	9,086
	MIRANDA 2	8,837
	GUTIERREZ	8,834
	AMANHECE	8,578
	INDEPENDÊNCIA 2	8,519
	INDEPENDÊNCIA 1	8,457
	PARAÍSO 1	8,445
	SÃO SEBASTIÃO 1	8,356
	MARIA EUGÊNIA 2	8,224
	BOSQUE	8,168
	SÃO SEBASTIÃO 2	8,000
	NOVO HORIZONTE	7,945
	MARIA EUGÊNIA 1	7,928
	BRASÍLIA 2	7,909
	PARAÍSO 2	7,778
	STA TEREZINHA 1	7,666
	MIRANDA 1	7,630
	PORTAL 1	7,084
	PORTAL 2	6,889
STA TEREZINHA 2	6,741	
CHANCIA	6,538	

		Item C
		Mediana
UBSF	BRASÍLIA 2	5,196
	BRASÍLIA 1	4,788
	MIRANDA 1	4,740
	MARIA EUGÊNIA 2	4,685
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,478
	GUTIERREZ	4,472
	MARIA EUGÊNIA 1	4,425
	PORTAL 1	4,392
	MIRANDA 2	4,180
	PORTAL 2	4,111
	STA TEREZINHA 2	4,092
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,001
	INDEPENDÊNCIA 2	3,812
	AMANHECE	3,733
	NOVO HORIZONTE	3,541
	BOSQUE	3,527
	INDEPENDÊNCIA 1	2,931
	PARAÍSO 2	2,926
	CHANCIA	2,778
	PARAÍSO 1	2,574
STA TEREZINHA 3	2,222	
STA TEREZINHA 1	1,958	

		Item D
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	8,703
	STA TEREZINHA 1	8,048
	INDEPENDÊNCIA 2	7,988
	GUTIERREZ	7,869
	PARAÍSO 1	7,795
	SÃO SEBASTIÃO 1	7,668
	PORTAL 1	7,619
	SÃO SEBASTIÃO 2	7,552
	BRASÍLIA 2	7,367
	BRASÍLIA 1	7,256
	BOSQUE	7,179
	MARIA EUGÊNIA 2	7,158
	PORTAL 2	7,143
	NOVO HORIZONTE	7,142
	MIRANDA 2	7,085
	MIRANDA 1	6,889
	INDEPENDÊNCIA 1	6,838
	MARIA EUGÊNIA 1	6,792
	STA TEREZINHA 2	6,713
	PARAÍSO 2	6,143
AMANHECE	5,467	
CHANCIA	5,212	

		Item E
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	9,236
	PARAÍSO 1	8,376
	STA TEREZINHA 1	8,285
	MARIA EUGÊNIA 2	8,196
	GUTIERREZ	8,156
	INDEPENDÊNCIA 1	7,879
	SÃO SEBASTIÃO 1	7,839
	PARAÍSO 2	7,778
	BRASÍLIA 2	7,553
	MARIA EUGÊNIA 1	7,430
	MIRANDA 1	7,362
	BRASÍLIA 1	7,056
	MIRANDA 2	6,805
	STA TEREZINHA 2	6,735
	INDEPENDÊNCIA 2	6,460
	PORTAL 1	6,250
	BOSQUE	6,104
	PORTAL 2	5,835
	SÃO SEBASTIÃO 2	5,299
	CHANCIA	4,056
NOVO HORIZONTE	3,922	
AMANHECE	3,775	

		Item F
		Mediana
UBSF	BOSQUE	7,890
	MARIA EUGÊNIA 2	7,853
	INDEPENDÊNCIA 1	7,408
	PARAÍSO 1	7,335
	BRASÍLIA 1	7,255
	SÃO SEBASTIÃO 1	7,201
	BRASÍLIA 2	7,191
	MARIA EUGÊNIA 1	7,039
	MIRANDA 1	6,817
	STA TEREZINHA 3	6,726
	PARAÍSO 2	6,594
	INDEPENDÊNCIA 2	6,173
	STA TEREZINHA 1	6,169
	GUTIERREZ	6,167
	NOVO HORIZONTE	6,113
	PORTAL 2	5,853
	AMANHECE	5,823
	STA TEREZINHA 2	5,557
	PORTAL 1	5,485
	CHANCIA	5,426
SÃO SEBASTIÃO 2	5,200	
MIRANDA 2	4,973	

		Item_G
		Mediana
UBSF	MARIA EUGÊNIA 2	6,869
	BRASÍLIA 2	6,854
	PORTAL 2	6,717
	PORTAL 1	6,629
	MARIA EUGÊNIA 1	6,527
	BRASÍLIA 1	6,336
	PARAÍSO 2	6,254
	MIRANDA 1	6,252
	SÃO SEBASTIÃO 2	6,182
	GUTIERREZ	6,016
	INDEPENDÊNCIA 1	5,750
	SÃO SEBASTIÃO 1	5,636
	PARAÍSO 1	5,627
	INDEPENDÊNCIA 2	5,505
	BOSQUE	5,311
	STA TEREZINHA 3	5,160
	STA TEREZINHA 2	5,101
	STA TEREZINHA 1	4,987
	AMANHECE	4,897
MIRANDA 2	4,661	
NOVO HORIZONTE	3,772	
CHANCIA	3,226	

		Item_H
		Mediana
UBSF	BRASÍLIA 2	7,541
	PARAÍSO 2	6,359
	BRASÍLIA 1	6,357
	MARIA EUGÊNIA 2	6,231
	STA TEREZINHA 2	6,056
	PORTAL 2	5,827
	PORTAL 1	5,613
	MARIA EUGÊNIA 1	5,402
	SÃO SEBASTIÃO 2	5,150
	INDEPENDÊNCIA 1	5,040
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,899
	PARAÍSO 1	4,889
	MIRANDA 1	4,867
	BOSQUE	4,647
	GUTIERREZ	4,322
	STA TEREZINHA 1	4,130
	STA TEREZINHA 3	3,658
	MIRANDA 2	3,647
	AMANHECE	3,635
INDEPENDÊNCIA 2	3,546	
NOVO HORIZONTE	2,181	
CHANCIA	1,683	



		Item I
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	8,668
	PARAÍSO 1	8,445
	MIRANDA 1	8,372
	BRASÍLIA 2	8,368
	MARIA EUGÊNIA 2	8,223
	SÃO SEBASTIÃO 1	7,778
	STA TEREZINHA 1	7,724
	BRASÍLIA 1	7,517
	PARAÍSO 2	6,816
	GUTIERREZ	6,612
	PORTAL 1	6,599
	SÃO SEBASTIÃO 2	6,490
	MARIA EUGÊNIA 1	6,444
	STA TEREZINHA 2	6,371
	BOSQUE	6,335
	PORTAL 2	6,298
	INDEPENDÊNCIA 1	6,043
	INDEPENDÊNCIA 2	5,927
	AMANHECE	4,934
	MIRANDA 2	4,921
CHANCIA	3,071	
NOVO HORIZONTE	2,722	

		Item J
		Mediana
UBSF	MARIA EUGÊNIA 2	7,739
	MARIA EUGÊNIA 1	6,853
	BRASÍLIA 2	6,405
	BRASÍLIA 1	6,308
	SÃO SEBASTIÃO 2	6,044
	GUTIERREZ	5,945
	PORTAL 2	5,778
	STA TEREZINHA 2	5,741
	SÃO SEBASTIÃO 1	5,712
	PORTAL 1	5,591
	INDEPENDÊNCIA 2	5,402
	MIRANDA 2	5,317
	BOSQUE	5,194
	PARAÍSO 2	4,740
	MIRANDA 1	4,604
	INDEPENDÊNCIA 1	4,413
	PARAÍSO 1	3,962
	AMANHECE	3,599
	STA TEREZINHA 3	3,279
	NOVO HORIZONTE	2,694
CHANCIA	2,680	
STA TEREZINHA 1	2,335	

**APÊNDICE D: Resultados dos escores dos atributos por UBSF das perguntas específicas**

		B2
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	4,0
	STA TEREZINHA 2	4,0
	STA TEREZINHA 1	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PARAÍSO 2	4,0
	PARAÍSO 1	4,0
	NOVO HORIZONTE	4,0
	MIRANDA 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	4,0
	INDEPENDÊNCIA 2	4,0
	INDEPENDÊNCIA 1	4,0
	GUTIERREZ	4,0
	BRASÍLIA 1	4,0
	AMANHECE	4,0
	PORTAL 1	3,5
	PORTAL 2	3,0
	MARIA EUGÊNIA 1	3,0
	CHANCIA	3,0
BRASÍLIA 2	3,0	
BOSQUE	3,0	

		C11
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PORTAL 2	4,0
	PORTAL 1	4,0
	MIRANDA 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 1	4,0
	INDEPENDÊNCIA 2	4,0
	GUTIERREZ	4,0
	BRASÍLIA 2	4,0
	BRASÍLIA 1	4,0
	BOSQUE	4,0
	AMANHECE	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	3,0
	INDEPENDÊNCIA 1	3,0
	NOVO HORIZONTE	2,5
	STA TEREZINHA 1	2,0
	PARAÍSO 2	2,0
	PARAÍSO 1	2,0

	STA TEREZINHA 3	1,0
	CHANCIA	1,0

		D6
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	4,0
	STA TEREZINHA 2	4,0
	STA TEREZINHA 1	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PORTAL 2	4,0
	PORTAL 1	4,0
	PARAÍSO 2	4,0
	PARAÍSO 1	4,0
	NOVO HORIZONTE	4,0
	MIRANDA 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	INDEPENDÊNCIA 2	4,0
	INDEPENDÊNCIA 1	4,0
	GUTIERREZ	4,0
	BRASÍLIA 2	4,0
	BRASÍLIA 1	4,0
	BOSQUE	4,0
	AMANHECE	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	3,0
MARIA EUGÊNIA 1	3,0	
CHANCIA	3,0	

		E2
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	4,0
	STA TEREZINHA 2	4,0
	STA TEREZINHA 1	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PORTAL 2	4,0
	PORTAL 1	4,0
	PARAÍSO 2	4,0
	PARAÍSO 1	4,0
	MIRANDA 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	4,0
	MARIA EUGÊNIA 1	4,0
	INDEPENDÊNCIA 1	4,0
	GUTIERREZ	4,0
	BRASÍLIA 2	4,0
	BRASÍLIA 1	4,0
	BOSQUE	4,0
	AMANHECE	4,0
	NOVO HORIZONTE	3,0
INDEPENDÊNCIA 2	3,0	

CHANCIA	3,0
---------	-----

		F2
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	4,0
	STA TEREZINHA 2	4,0
	STA TEREZINHA 1	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PORTAL 2	4,0
	PARAÍSO 1	4,0
	NOVO HORIZONTE	4,0
	MIRANDA 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	4,0
	MARIA EUGÊNIA 1	4,0
	INDEPENDÊNCIA 2	4,0
	INDEPENDÊNCIA 1	4,0
	GUTIERREZ	4,0
	BRASÍLIA 1	4,0
	BOSQUE	4,0
	AMANHECE	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	3,0
	PORTAL 1	3,0
	PARAÍSO 2	3,0
CHANCIA	3,0	
BRASÍLIA 2	3,0	

		G20
		Mediana
UBSF	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	4,0
	BRASÍLIA 2	4,0
	STA TEREZINHA 2	3,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	3,0
	PORTAL 2	3,0
	PARAÍSO 2	3,0
	MARIA EUGÊNIA 1	3,0
	INDEPENDÊNCIA 1	3,0
	BRASÍLIA 1	3,0
	PORTAL 1	2,0
	PARAÍSO 1	2,0
	MIRANDA 2	2,0
	INDEPENDÊNCIA 2	2,0
	GUTIERREZ	2,0
	BOSQUE	2,0
	AMANHECE	2,0
	STA TEREZINHA 3	1,0
	STA TEREZINHA 1	1,0
	NOVO HORIZONTE	1,0
	CHANCIA	1,0

		H5
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PORTAL 2	4,0
	PARAÍSO 2	4,0
	NOVO HORIZONTE	4,0
	MIRANDA 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	4,0
	INDEPENDÊNCIA 1	4,0
	BRASÍLIA 2	4,0
	GUTIERREZ	3,5
	PORTAL 1	3,0
	MARIA EUGÊNIA 1	3,0
	BRASÍLIA 1	3,0
	AMANHECE	3,0
	INDEPENDÊNCIA 2	2,5
	STA TEREZINHA 1	2,0
	PARAÍSO 1	2,0
	CHANCIA	2,0
BOSQUE	2,0	
STA TEREZINHA 3	1,0	

		I2
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	4,0
	STA TEREZINHA 1	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PORTAL 2	4,0
	PORTAL 1	4,0
	PARAÍSO 1	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	4,0
	MARIA EUGÊNIA 1	4,0
	GUTIERREZ	4,0
	BRASÍLIA 2	4,0
	BRASÍLIA 1	4,0
	STA TEREZINHA 2	3,0
	PARAÍSO 2	3,0
	MIRANDA 2	3,0
	INDEPENDÊNCIA 2	3,0
	INDEPENDÊNCIA 1	3,0
	BOSQUE	3,0
	AMANHECE	3,0
	NOVO HORIZONTE	1,0
	CHANCIA	1,0

		J1
		Mediana
UBSF	STA TEREZINHA 3	4,0
	STA TEREZINHA 2	4,0
	STA TEREZINHA 1	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 2	4,0
	SÃO SEBASTIÃO 1	4,0
	PORTAL 2	4,0
	PORTAL 1	4,0
	PARAÍSO 1	4,0
	MIRANDA 2	4,0
	MIRANDA 1	4,0
	MARIA EUGÊNIA 2	4,0
	MARIA EUGÊNIA 1	4,0
	INDEPENDÊNCIA 2	4,0
	INDEPENDÊNCIA 1	4,0
	GUTIERREZ	4,0
	BRASÍLIA 2	4,0
	BRASÍLIA 1	4,0
	BOSQUE	4,0
	AMANHECE	4,0
	NOVO HORIZONTE	3,0
PARAÍSO 2	2,0	
CHANCIA	2,0	

## ANEXO A: Formulário PCATOLL

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

### 3.2 Instrumento PCATool-Brasil Versão Adulto

#### 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:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - 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).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - 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) conhece melhor como pessoa?**

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

Nome do profissional ou serviço de saúde: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Esclareça ao entrevistado que:**

**A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):**

**A5 -** \_\_\_\_\_  
 ("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ao nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ao nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ao nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool-Brasil versão Adulto

**C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Círculo Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e você adocece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

Continuação

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**D - LONGITUDINALIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

Continua...

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

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

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

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

Continuação

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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



**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

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

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

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

Continuação

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS					
Entrevistado - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.					
Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:					
(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro")					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**II - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - <b>Só para mulheres:</b> como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - <b>Só para mulheres:</b> o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
11 - O seu "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Adulto**

**J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>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?</b>					
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### **3.3 Instruções para Elucidar Dúvidas Quanto ao Significado de Alguns Itens**

#### **A - GRAU DE AFILIÇÃO**

Itens sobre afiliação visam identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado.

Esta é uma parte crucial do instrumento, pois é onde o entrevistado identificará o **serviço de saúde**, preferencialmente, ou o **profissional de saúde** (médico/enfermeiro) sobre o qual versará todo o restante do instrumento.

Não se esqueça de anotar os endereços e de informar ao entrevistado que, dali em diante, todos os itens se referirão ao serviço de saúde/profissional identificado. Isso deve ser lembrado sempre ao longo da entrevista, principalmente nos casos onde foram mencionados mais de um serviço/profissional na introdução dos itens.

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

Anote SIM ou NÃO.

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

Trata-se do médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado da saúde do adulto entrevistado.

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

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro 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 do item A1.

Trata-se do relacionamento pessoal do entrevistado com seu médico/enfermeiro/serviço de saúde, caracterizado pelo conhecimento de outros aspectos de vida do entrevistado, além das questões de saúde.

**A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?**

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro 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 dos itens A1 e A2.

Trata-se do principal médico/serviço responsável pelo atendimento do entrevistado.

Caso o entrevistado tenha respondido não a todos os três itens, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde ele consultou e faça o resto do instrumento a respeito deste médico/enfermeiro ou serviço de saúde.

**Informação fundamental**

Após esses itens você deve saber identificar o serviço de saúde / profissional que será avaliado ao longo de todo o PCATool-Brasil. Ao entrevistar sempre que aparecer “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” substitua preferencialmente pelo nome do serviço de saúde indicado pelo entrevistado nos itens A1-A3, ou pelo nome do médico ou enfermeiro identificado, caso o entrevistado não saiba identificar o nome do serviço de saúde ou o item se refira explicitamente ao “nome do médico / enfermeiro”.

O objetivo principal do PCATool-Brasil é avaliar o serviço de saúde identificado no item A5, não somente o profissional de saúde de referência.

Sempre substitua “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “médico/enfermeiro” por Dr. “Nome do médico” ou Enf. “Nome do Enfermeiro”.

**Informações Gerais para os Componentes B ao J**

Para todos os itens dos componentes B ao J deve ser utilizado o Cartão Resposta (Anexo 3).

No início do instrumento, 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.

As palavras ou conceitos escritos entre parênteses só devem ser lidos caso o entrevistado não tenha entendido o item na sua primeira leitura. Ao repetir um item para facilitar o entendimento do entrevistado, leia também as palavras escritas entre parênteses.

**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?**  
Busca avaliar se o médico / enfermeiro é o primeiro a ser procurado para uma consulta de revisão.

**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?**

Esse item busca definir se o serviço referido é o primeiro local que o entrevistado procuraria caso possuía um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou novo episódio de um problema crônico / continuado.

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

Esse item busca conhecer se o serviço em avaliação é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado.

**C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE**

**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?**

Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil

Esse item busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade quando eles têm doença aguda ou agudização de um problema crônico.

**C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?**

Esse item busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender com agilidade por telefone seus usuários quando eles têm doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a sua situação de saúde/tratamentos.

**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?**

Este item busca definir se o serviço possui um meio de comunicação quando este serviço está fechado, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.

**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?**

Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante o final de semana, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.

**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?**

Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante a noite, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.

**C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?**

O objetivo desse item é avaliar o tempo gasto, na sala de espera, até o paciente ser atendido em consulta pelo médico ou enfermeiro. Então, o acolhimento / a triagem antes da consulta não é contada como atendimento.

#### D – LONGITUDINALIDADE

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

O paciente apresenta-se confortável para se expressar nas consultas.

**D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?**

Esse item visa avaliar se o médico ou enfermeiro tem um conhecimento amplo, integral, da realidade biopsicossocial do usuário ou se o conhecimento do profissional de saúde se resume ao reconhecimento das doenças dos usuários (biomédico).

#### E – COORDENAÇÃO – Integração de Cuidados

Solicitar que o entrevistador utilize o Cartão Respostas (Anexo 3) para indicar a melhor alternativa que responda os itens E2 até E9.



MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica

Os itens E2 até E9 referem-se ao item E1, ou seja, à última consulta com especialista ou último serviço especializado acessado.

**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"?**

O item se refere a consulta com um especialista diferente do médico referido como principal prestador de serviço. Caso a resposta seja não ou não sei/ não lembro passe para o item F1.

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

Caso o paciente ainda não tenha regressado ao profissional/serviço identificado depois da consulta com o especialista no momento da entrevista, o item deve ser respondido como "não sei".

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

Caso o paciente ainda não tenha regressado ao profissional/serviço identificado depois da consulta com o especialista no momento da entrevista, o item deve ser respondido como "não sei".

**E9 - O seu "nome do médico / enfermeiro / local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe pergunta se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?**

Caso o paciente ainda não tenha regressado ao profissional/serviço identificado depois da consulta com o especialista no momento da entrevista, o item deve ser respondido como "não sei".

#### G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Saliente que esses itens não se referem especificamente ao entrevistado. Estes itens são sobre toda a experiência do entrevistado com o serviço de saúde. Não necessariamente ele deve ter recebido estes serviços, mas o entrevistado deve sim saber ou não sobre sua disponibilidade.

Estas ações / procedimentos / orientações referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO no serviço de saúde avaliado. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no serviço de saúde avaliado.

Nesta parte do instrumento, há uma série de itens referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para o entrevistado no serviço de saúde em avaliação onde lhe é provida a atenção primária. Assim, os itens se referem ao serviço onde ele é atendido, mesmo se o provedor de atenção primária identificado se tratar de um profissional de saúde ao invés de um serviço.

Além disso, salienta-se ao entrevistado que os procedimentos devem ser considerados como disponíveis sempre que ele souber que são oferecidos, mesmo que ele próprio ainda não tenha precisado desses procedimentos. A mesma orientação se aplica, por exemplo, caso o entrevistado seja homem e não necessite de "exame preventivo para câncer de colo de útero", mas sabe que tal atendimento é prestado a sua mulher no mesmo local onde ele próprio é atendido. Assim, ao ler o enunciado da sessão, saliente ao entrevistado que os itens se referem "a ele, à sua família ou às pessoas em geral que utilizam o serviço".

"A seguir, apresentamos uma lista de serviços 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: "

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

Só leia o exemplo caso o entrevistado não entenda o item.

**G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)**

Só leia o exemplo caso o entrevistado não entenda o item.

#### H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Os itens desse componente visam identificar se esses assuntos foram abordados com o entrevistado em alguma consulta no "nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro" em avaliação. Por isso, é importante repetir o enunciado a cada três ou quatro itens, enfatizando se o assunto foi abordado em consulta. Utilize o Cartão Resposta (Anexo 3) para as respostas.

Os itens H12 e H13 só devem ser lidos para mulheres. Deixar em branco se o entrevistado for do sexo masculino. Se o entrevistado for do sexo masculino, estes 2 itens não serão pontuados no escore de Integralidade – Serviços Prestados.

"Em consultas ao "nome do médico/enfermeiro/local", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?"

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

Só deve ser lida para mulheres.

**H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa**

Só deve ser lida para mulheres.

#### I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

**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?**

O entrevistado participa das decisões de seu tratamento ou de seus familiares.

**I2 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc...)?**

São abordadas em consulta doenças que podem ter componente familiar, como problemas de saúde mental ou doenças de influência genética. Ler os exemplos somente se o entrevistado não entender o item na primeira leitura.

**L- ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

**J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?**

**J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?**

Nos itens J2 e J3 o objetivo é avaliar se os profissionais do serviço de saúde reconhecem os problemas de saúde da comunidade e se estimula a participação da comunidade no planejamento das ações.

**J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?**

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

**J6. Convida você e sua família para participar de Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?**

Nos itens J4, J5 e J6 o objetivo é analisar de que forma o serviço de saúde reconhece os problemas de saúde da comunidade e de que forma estimula a participação da mesma.

### 3.4 Cálculo dos Escores – PCATool versão Adulto

Como você observou ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

#### 1º Passo: Inversão dos Valores

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

#### 2º Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

#### Grau de Afiliação - componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

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

Algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:  
A1 = A2 = A3 = 0, então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:  
A1 ≠ 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

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

#### Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B):

Itens = B1, B2 e B3

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

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

#### Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C):

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

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

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

**Longitudinalidade (D):**

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

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

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

**Coordenação:** O atributo é formado por 2 componentes.

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

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

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

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

**Coordenação - Sistema de Informações (F):**

Itens = F1, F2 e F3

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

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

**Integralidade -** O atributo é formado por 2 componentes

**Serviços Disponíveis (G):**

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

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

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

**Serviços Prestados (H):**

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

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

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

Sexo Feminino (HF):

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

Sexo Masculino (HM):

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

**Orientação Familiar (I)****Itens = I1, I2 e I3**

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

$$\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$$

**Orientação Comunitária (J):****Itens: J1, J2, J3, J4, J5 e J6.**

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

$$\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6) / 6$$

**Transformação dos Escores**

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo}).$$

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

3

**Escore Essencial**

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

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

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

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

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (ver página 55 - 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS.

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

**Escore Geral**

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

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

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

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

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes (ver página 55 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS.

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

