

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE-
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – CPqL& MD/ FIOCRUZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO DO *PRIMARY CARE ASSESSMENT*
TOOL NO INTERIOR DO AMAZONAS

MARIANA MACHADO DOS SANTOS

MANAUS

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE-
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – CPqL& MD/ FIOCRUZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

MARIANA MACHADO DOS SANTOS

VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO DO *PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL* NO
INTERIOR DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre, área de concentração: Determinantes bio-sociais do processo saúde doença na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

MANAUS

2011

Ficha Catalográfica (Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Santos, Mariana Machado dos

S237v Validação e aplicação do *Primary care assessment tool* no interior do Amazonas / Mariana Machado dos Santos. - Manaus: UFAM, 2011.

156 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, 2011.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

1. Atenção Primária a Saúde 2. Programa de Saúde da Família 3. Avaliação de Desempenho I. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio (Orient.) II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 614(043.3)

MARIANA MACHADO DOS SANTOS

VALIDAÇÃO E APLICAÇÃO DO *PRIMARY CARE ASSESSMENT*
TOOL NO INTERIOR DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestre, área de concentração: Determinantes bio-sociais do processo saúde doença na Amazônia.

Aprovada em 28/02/2011.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Rosana Cristina Pereira Parente
Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a Dr.^a Nair Chase da Silva
Universidade Federal do Amazonas

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro (SUS) vem passando por reformas que incluem novos modelos de organização e prestação de cuidados à saúde. Diante de evidências positivas sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), esta foi o epicentro de toda a reorganização do SUS, sendo o município o maior responsável pela prestação de serviços à saúde inserido em gestão tripartite. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) operacionaliza a APS e sua inserção municipal exige avaliações pontuais que utilizem metodologias que, mesmo frente a diversidades regionais, possibilitem reproduzir e comparar informações. A falta de avaliações na região Norte e suas características geográficas que prejudicam o acesso aos serviços de saúde, problemas de saneamento básico e desigualdades econômicas, além de uma população com características variadas, reforçam a necessidade de avaliar a ESF inserida em contexto amazônico. Assim, o presente estudo propôs-se a avaliar a qualidade da prestação de serviços da ESF em município do interior do Amazonas, restringindo-se à população urbana, dadas as possíveis interferências nos dados, por meio do questionário PCAT para adultos, um instrumento baseado na vivência de usuários. E, levando em consideração as peculiaridades do contexto e as sugestões dadas pelos autores que validaram o instrumento em outras regiões do país, a avaliação da ESF pelo PCAT foi antecedida por calibração do instrumento, seguindo etapas de validação e análise de sua psicometria. A metodologia utilizada seguiu a dos autores Almeida e Macinko, recrutando usuários adultos da ESF. Os resultados são apresentados nos artigos, sendo que o primeiro visou validar o instrumento, apresentando portanto, etapas de validação do instrumento, testes realizados para estimar validade aparente por meio de um piloto aplicado no município de Coari, verificando que havia adequação semântica, estabilidade teste/reteste por meio de duas aplicações por um mesmo pesquisador em tempos diferentes e analisada por Kappa, que apresentou resultado acima de 0,7. A consistência interna estatisticamente analisada pelo Alfa de Crombach e a validade de constructo pela análise fatorial ($EV = 2,52$) que apresentaram variações semelhantes a estudos de Almeida e Macinko ($EV = 2,64$). Já o segundo artigo apresentou a avaliação da APS em município amazonense, em que índices da escala do PCAT, que varia de 0 a 5, sendo melhor avaliada se valor próximo a 5, alcançaram baixos valores, sequer alcançando 3. Conclui-se que o PCAT mostrou-se instrumento eficaz na avaliação da APS para o contexto e capaz de avaliar o serviço por meio de relato de seus usuários, cujo uso é recomendado para monitorar estes serviços, podendo ser aplicado por gestores locais.

Palavras chave: Atenção Primária a Saúde, Programa de Saúde da Família, Avaliação de Desempenho.

ABSTRACT

The Brazilian Health System (SUS) has been undergoing reforms that include new frame template and health care. Faced with positive evidence on the Primary Health Care (PHC), this was the epicenter of the entire SUS reorganization, being the municipality the largest responsible for providing health care inserted into a tripartite management. The Family Health Strategy (FHS) operationalizes the PHC and its municipality insertion requires point assessments that uses methodologies that even in the face of regional differences, allow to reproduce and compare information. The lack of assessments in the northern region and its geographic features that hinder access to health services, sanitation problems and economic inequalities, further a varied features population reinforces the need to evaluate the FHS inserted in the Amazon. Therefore, this study aimed to evaluate the quality of ESF service provision in an inland city of Amazonas, restricted to urban population, by possible data noise, through the PCAT questionnaire for adults, an instrument based on the experience of users. And considering the peculiarities of the context and suggestions made by the authors that validated the tool in other regions of the country, the FHS's evaluation by PCAT was preceded by tool calibration, following validation steps and analysis of its psychometric. The methodology followed that of the authors and Macinko Almeida, recruiting adult users of the FHS. Results are presented in the papers, where the first was to validate the tool, therefore presenting the tool validation steps, tests to estimate apparent validity through a trial applied in Coari, checking that there was semantic adequacy, test/retest stability through two applications by the same researcher at different times and analyzed by Kappa, that showed results above 0,7. Internal consistency was statistically analyzed by Crombach's Alpha and construct validity by factor analysis (EV=2,52) that showed similar variations to Almeida and Macinko's studies (EV=2,64). The second paper presented the PHC evaluation in a municipality of Amazonas, where values of PCAT grade, ranging from 0 to 5 where best assessed if value is close to 5, reached low levels, even reaching 3. We conclude that PCAT proved an effective tool in PHC assessment to the context and capable of evaluate the service through users reports, whose use is recommended to monitor these services and can be applied by local managers.

Keywords: Primary Health Care, Family Health Strategy, Performance Assessment.

Lista de siglas

PCAT - *Primary Care Assessment Tool*

ESF - Estratégia de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

UBS - Unidades de Saúde da Família

ELB - Estudo de Linha de Base

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação.....	8
Introdução.....	8
Atenção Primária à Saúde – APS.....	16
<i>A inserção da APS nos modelos de atenção.....</i>	<i>16</i>
<i>Conceitos sobre a APS e debates sobre o tema.....</i>	<i>20</i>
<i>Implantação da APS.....</i>	<i>23</i>
Estratégia de Saúde da Família – ESF.....	25
<i>Histórico/origem da ESF.....</i>	<i>25</i>
<i>Regulamentação da ESF.....</i>	<i>26</i>
<i>Diretrizes na literatura.....</i>	<i>27</i>
<i>Implantação da ESF X Contexto.....</i>	<i>35</i>
Avaliação em Saúde.....	39
<i>Instrumentos de avaliação.....</i>	<i>41</i>
<i>Validação de instrumentos.....</i>	<i>42</i>
Avaliação da APS no Brasil.....	44
Primary Care Assessment Tool – PCAT.....	53
<i>Convergências e divergências.....</i>	<i>58</i>
Metodologia.....	69
<i>Desenho do estudo.....</i>	<i>69</i>
<i>Situação problema: contexto amazônico.....</i>	<i>69</i>
<i>Parintins.....</i>	<i>69</i>
<i>Amostragem.....</i>	<i>72</i>
<i>Instrumento.....</i>	<i>73</i>
<i>Etapas da validação.....</i>	<i>73</i>
<i>Análise.....</i>	<i>74</i>
<i>Aspectos de ética na pesquisa com seres humanos</i>	<i>75</i>
Referencias.....	76
Artigos.....	87

<i>Validação do Primary Care Assessment Tool para o contexto amazônico.....</i>	<i>88</i>
<i>Avaliação da atenção primária de um município no interior do Amazonas.....</i>	<i>109</i>
Conclusão.....	144
Anexo.....	147

Apresentação

Esta dissertação validou o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) versão adultos para o contexto amazônico e avaliou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio do mesmo, com enfoque ao contexto urbano e à experiência de usuários.

Introdução

Após anos de prestação de assistência à saúde marcada pela exclusão, em que os mais abastados eram privilegiados, a população, representada pelo Movimento Sanitário, reivindicou a criação de um sistema de saúde que pudesse mitigar as desigualdades apresentadas no extenso e diversificado território brasileiro.

Assim, em 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal, representando para muitos a conquista da democracia e acesso igualitário à assistência à saúde, sem discriminações, sob a égide do princípio da Universalidade dentre outras diretrizes, sendo seu provedor o Estado, que tomou para si o dever de prestar assistência à saúde para todos.

A partir de então, ao longo de aproximadamente 15 anos, o Brasil investiu consideravelmente na reforma de seu sistema, incluindo novos modelos de organização e prestação de cuidados à saúde (MACINKO *et al*, 2007).

Diante de evidências de que sistemas de saúde organizados com base na Atenção Primária à Saúde (APS) aumentam as possibilidades de desempenho da rede de serviços de saúde por desenvolverem papel integrador, serem mais acessíveis e racionalizarem a utilização de recursos (sejam básicos ou especializados), com vistas à promoção, manutenção e cura (MEDINA e HARTZ, 2009); a APS foi o epicentro de toda a reorganização do SUS,

sendo o município o maior responsável pela prestação de serviços à saúde inserida em uma gestão tripartite, com participação das demais esferas do governo.

Segundo Campos (2005), conceitos sobre as funções da APS são reconhecidos internacionalmente. Podem ser citados: continuidade e o vínculo entre profissionais e os usuários; integralidade da atenção relacionada tanto à coordenação quanto à abrangência de serviços oferecidos; enfoque familiar e comunitário; acesso de seus usuários sem distinção (Campos, 2005).

Com vistas a operacionalizar estes conceitos sobre APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio reordenar o modelo de atenção à saúde em consonância com os princípios do SUS no sentido de reformular o modelo assistencial vigente, reorientando ações de saúde até então pautadas na assistência individual, hospital e medicalocêntrica (COELHO e JORGE, 2009; COSTA *et al.*, 2009; PALHA e VILLA, 2003), reconstruindo a assistência pública à saúde tanto no “plano epistemológico, quanto no âmbito da práxis” (ARAÚJO e ROCHA, 2009).

Com isso visava-se priorizar e fortalecer a APS como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; CASTRO e MACHADO, 2010; COSTA *et al.*, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009) e porta de entrada ao sistema de saúde (GOMES *et al.*, 2009; MENICUCCI, 2009), ampliando assim o acesso da população a estes serviços (COSTA *et al.*, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009).

Viana *et al.* (2006) observaram em seu estudo que em municípios com porte populacional de 100 a 200 mil habitantes há predominância de modelo centrado na APS com ênfase na ESF e que municípios com baixa capacidade de organização e de avaliação não apresentam bons resultados em termos de efetividade, o que pode ser justificado pelo fato de

que uma etapa essencial para planejar ações que busquem a qualidade da atenção e que atendam as reais necessidades da população, é a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde (SZWARCOWALD *et al.*, 2005), relacionada ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem o sistema (VIACAVA *et al.*, 2004).

Para Lentsck *et al.* (2010) a avaliação ideal deveria utilizar uma metodologia que, mesmo frente a diversidades regionais, possibilitasse reproduzir e comparar informações, considerando as necessidades de mudanças e adaptações no programa a nível municipal para sua melhor implantação (HENRIQUE e CALVO, 2009) e a própria complexidade inerente ao mesmo (MEDINA e HARTZ, 2009).

As especificidades do território brasileiro, composto por populações heterogêneas nas quais se inserem de diferentes maneiras seus indivíduos e as distintas condições em que vivem, determinam o processo saúde doença. Assim, a discussão sobre avaliação da qualidade dos serviços prestados na APS no Brasil é complexa e avaliá-la segundo seus usuários torna-se uma tarefa desafiadora diante da heterogeneidade da oferta dos serviços (MISHIMA *et al.*, 2010).

Diante dessa realidade e à falta de um instrumento padrão para avaliar o desempenho de cuidados primários a nível local, Macinko e colaboradores (2007) realizaram no município de Petrópolis - Rio de Janeiro, com auxílio de autoridades municipais de saúde, a validação do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), um instrumento rápido e válido para avaliar organização e prestação de serviços na APS a nível local baseado nos preceitos de Starfield (ALMEIDA e MACINKO, 2006; MASSOTE *et al.*, 2008).

Saliente-se que a definição conceitual e metodológica da autora Bárbara Starfield atingiu escala global em estudos avaliativos da atenção primária, resgatando modelo

assistencial, APS e aspectos da assistência propriamente dita, como atenção para a família e comunidade, vínculo, integralidade, continuidade do cuidado e atenção ao primeiro contato (BAPTISTA *et al.*, 2009).

Mas Harzheim e colaboradores (2006) alertam que definir um marco regulatório de uma política pública não necessariamente está atrelado a sua real aplicação, confirmando a importância da aplicação do PCAT para fins de pesquisa e avaliação da ESF no Brasil em busca de maior eficiência e efetividade da atenção primária, sendo fundamental para definição de rumos, dado que este instrumento capta a extensão da APS, conferindo maior rigor e qualidade a estas iniciativas.

Então, a definição de princípios não garante que a operacionalização da ESF será a mesma em diferentes municípios, dada a grande diversidade no âmbito de desigualdades sociais, regionais e intrarregionais inerentes à da realidade brasileira, designando uma apropriação e desenvolvimento de organizações e desempenhos de prestações à saúde peculiares e correspondentes aos atores envolvidos e ao contexto local (BODSTEIN, 2002; ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

Assim, tornam-se crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, a fim de compreender como tais mudanças foram absorvidas pelos municípios, em sua organização, estrutura e composição da rede e como interfiram na qualidade da assistência (BODSTEIN, 2002; ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

Mas, embora a ESF esteja implantada em todos os estados brasileiros, as pesquisas de avaliação estão concentradas nas regiões nordeste e sudeste com número reduzido de

publicações sobre avaliação da ESF nas regiões Norte e Centro-Oeste (LENTSCK *et al.*, 2010).

No que pese a falta de avaliações na região norte, o Amazonas, maior estado brasileiro, apresenta características geográficas que prejudicam o acesso aos serviços de saúde, problemas de saneamento básico e desigualdades econômicas, além de uma população com características variadas em áreas urbanas e rurais, como ribeirinhos ou indígenas. Este contexto agrava-se com a predominância de doenças típicas do clima tropical úmido e pelo fato de sua rede de assistência a saúde abaixo de 50% do total cobertura populacional e os pólos dos serviços estarem geograficamente distantes, representando menor acesso aos serviços básicos de saúde, podendo agravar os problemas de saúde da população. Durante os anos de 2004 a 2008, indicadores de cobertura, indícios de mudança do modelo assistencial e impacto, sinalizaram uma implantação insatisfatória da ESF no estado do Amazonas, demonstrando sua fragilidade (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Cohen-Carneiro (2009) em sua tese denomina a população que apresenta relação peculiar com os rios como ribeirinha, e afirma que esta parece estar à margem da cobertura de serviços de saúde do SUS, justificando essa situação pelo fato de estarem longe das sedes municipais, agravado pelo alto custo de locomoção nestas condições, sem contar com os rios temporários, fazendo com que esta população receba assistência a saúde apenas esporadicamente.

Portanto, há uma necessidade de avaliar a ESF inserida em contexto amazônico. Mas sua realização por meio do PCAT deve ser antecedida de validação do instrumento, por ainda não ter sido aplicado e por fatores culturais poderem reduzir a validação de instrumentos

desenhados para populações inseridas em contextos diferentes (COHEN-CARNEIRO, 2009; GRIEP *et al.*, 2005).

Assim, indicadores devem ser ajustados às realidades dos municípios brasileiros a fim de captar efeitos da ESF, de forma a aquilatar mecanismos de avaliação da qualidade das ações no campo da atenção primária, aumentando a sensibilidade de ferramentas e possibilidades exequíveis, facilitando sua incorporação ao processo de gestão, viabilizando a avaliação como uma mobilização permanente, servindo de aporte a processos sustentáveis de mudanças, identificando os avanços e as dificuldades nas diversas dimensões que compõem os sistemas municipais de saúde em busca de uma prática qualificada (CASTRO e MACHADO, 2010; FELISBERTO, 2006; SOUSA e HAMANN, 2009; VIACAVA *et al.*, 2004).

O que pode ser corroborado por Macinko e colaboradores (2007), ao afirmarem que estudos devem reproduzir em ambientes mais diversos a metodologia por eles proposta, para adaptar e satisfazer as necessidades locais e por Harzheim e colaboradores (2006), os quais acreditam que, além de conhecer o desempenho da ESF a nível local em diferentes contextos, a aplicação do questionário em diversos cenários poderá fortalecer seu processo de validação em escala nacional e assim, suas dimensões poderão ser comparadas consistentemente, constituindo uma metodologia de avaliação dos serviços de APS em direção à prestação deste com qualidade, disseminando o instrumento.

Mas, Almeida e Macinko (2006) citaram em seu estudo que a inclusão de tipos diferentes de estabelecimentos influenciaram demais dados e Oliveira e colaboradores (2011) reforçam que a ESF não está a favor da população rural, devido a barreiras à completa implantação da estratégia que estão fortemente ligadas a questão da territorialização.

Fato confirmado por Starfield (2002), que em seus estudos encontrou que quanto mais barreiras à acessibilidade, menor continuidade e atenção ao primeiro contato e Medina e Hartz (2009) que encontraram diferenças no grau de execução das ações relacionadas com o contexto urbano/rural com melhor desempenho em equipes urbanas, observando que a distância, o tamanho do território e a dispersão da população foram fatores limitantes para o trabalho em equipe integrada e controle social pelo conselho local de saúde, limitando, portanto, as possibilidades de inovação organizacional.

Assim, a avaliação das ações da ESF no contexto amazônico por meio do PCAT deve atentar-se a esta discriminação entre zona rural e urbana.

Deste modo, o presente estudo propôs-se a avaliar a qualidade da prestação de serviços da ESF em município do interior do Amazonas, restringindo-se a população urbana, dadas as possíveis interferências nos dados, por meio do questionário PCAT para adultos, um instrumento baseado na vivência de usuários. E, levando em consideração as peculiaridades do contexto e as sugestões dadas pelos autores que validaram o instrumento em outras regiões do país, a avaliação da ESF pelo PCAT foi antecedida por calibração do instrumento, seguindo etapas de validação e análise de sua psicometria.

Em que se entende:

Objetivo geral: Validar e aplicar o PCAT em contexto Amazônico.

Objetivos específicos:

- Analisar psicometria do instrumento, identificar modificações necessárias a adaptação do instrumento para o contexto amazônico, possibilitando futuras aplicações para monitoramento da ESF no Estado.

- Avaliar ESF situado em zona urbana no município de Parintins, AM e identificar pontos positivos e negativos com vistas a orientar tomadas de decisões.

Vale ressaltar que o estudo validou o PCAT para o Amazonas no sentido de analisar o comportamento das dimensões do instrumento diante da organização e desempenho da APS segundo vivência de usuários e avaliar a APS prestada à população de um município situado no interior do Amazonas, e que, como não há uma definição unânime para APS no contexto da saúde da família (VAN STRALEN, et al., 2008) e sua denominação diferencia-se na literatura nacional e internacional, sendo que o termo “Atenção Primária a Saúde” (APS) na literatura internacional correspondente a “Atenção Básica a Saúde” no Brasil (GIOVANELLA et al., 2009) o termo utilizado neste estudo foi APS, por motivo de convenção.

Hipotetizou-se que a APS no interior do Amazonas não é prestada com qualidade, diante das argumentações supracitadas e buscou-se responder à seguinte pergunta: a APS é prestada com qualidade segundo vivência de seus usuários?

Atenção Primária à Saúde – APS

A inserção da APS nos modelos de atenção

Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais são a lógica pela qual o funcionamento das redes de atenção à saúde são organizados, de forma a articular populações discriminadas por risco, foco e tipos de intervenção, ou seja, são definidas de acordo com as necessidades epidemiológicas, demográficas e sociais de certa comunidade de certo local e tempo (MENDES, 2008; PALHA e VILLA, 2003).

Podem-se diferir, então, alguns tipos de modelos de atenção vigentes como (MENDES, 2008; PALHA e VILLA, 2003):

Modelo Médico-Assistencial Privatista: Diferencia-se dos modelos apresentados nos últimos anos ao ter a demanda espontânea como preditor de sua organização, reforçando que a necessidade de assistência só se faz diante doença ou sofrimento. Não há preocupação com os impactos na saúde, apenas oferta serviços independentemente da territorialização, do acesso.

Modelo Assistencial Sanitarista: Adotada em ações de saúde pública para complementar o modelo anterior a fim de oferecer ações de talhe coletivo, geralmente de caráter provisório e vultoso, com participação das Forças Armadas. Oferta programas para grupos específicos de forma fragmentada, tanto do contexto quando do restante do sistema. Ainda que temporários, diferem-se de Campanhas por ter um período de duração maior que estas. Estes modelos representam a maioria, que por não ter uma população delimitada, são pontuais e prestam serviço descontinuado e destoado das reais necessidades desta população.

Modelos Assistenciais Alternativos: Possibilitam novas relações de trabalho, tanto entre profissionais, quanto entre profissionais e usuários, cunhadas em princípios éticos de

valorização da vida e autonomia das pessoas. Tem como princípios norteadores programas e subprogramas direcionados a populações e situações peculiares cujos objetivos determinam-se na coletividade, trabalho realizado multiprofissionalmente com hierarquia em suas atividades, sendo estas padronizadas, com sistemas de informação, regionalização, hierarquização e determinação da clientela pela proximidade com a unidade para impactar a demanda espontânea, ou seja, uma oferta organizada que possa intervir não só num plano individual, mas coletivo em diversos momentos ou intensidades do processo saúde-doença.

Os modelos de atenção devem estar adequados às condições de doenças das populações, ou seja, circunstâncias na saúde da pessoa, que podem ser crônicas ou agudas, sendo o tempo de duração a diferença entre ambas, em que as crônicas são mais prolongadas ou até mesmo permanentes e as agudas autolimitadas ou de rápido curso. Mudanças tecnológicas e a transição destas condições de saúde determinaram prioridades dos sistemas de saúde, o qual deve estar em sintonia com problemas de saúde enfrentados pela sociedade para evitar uma crise no sistema (MENDES, 2008).

O que ocorre em diversos países é uma preparação para doenças agudas enquanto que a população padece de condições crônicas, entretanto este superado pela transposição do modelo hegemônico, descartando a ideia de que o novo modelo deva ser substitutivo, pois doenças crônicas podem possibilitar agravos como doenças agudas (MENDES, 2008).

Todavia, há que se admitir que determinantes em saúde possam ir além do alcance dos sistemas de saúde, como interferências ambientais, socioeconômicas e políticas (MENDES, 2009).

Os sistemas de saúde precisam articular seus serviços em rede a fim de atenderem às condições de saúde da população, sendo compostos pelos níveis primário, secundário e

terciário, diferenciados pelo tipo de tecnologia que cada um possui, sendo esta divisão dos níveis de complexidade denominada hierarquização.

A APS busca incluir tecnologias adequadas, como ações e serviços de saúde, sem abster-se de tecnologias materiais. Já os demais setores apropriam-se de tecnologias mais densas (COELHO e JORGE, 2009; MENDES, 2008).

Destarte, a APS funciona como centro de comunicação do sistema, responsabilizando-se pela articulação entre os níveis de atenção, coordenando-o e formando uma rede integral (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; COELHO e JORGE, 2009; FERNANDES, Léia *et al.*, 2009a; MENDES, 2008).

Para Serra e Rodrigues (2010), um mecanismo efetivo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diversos níveis de complexidade dos serviços, ou seja, serviço de referência e contrarreferência é o principal elemento para a integração das redes de saúde. Para os autores, este processo envolve: regulação dos serviços; processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico.

Assim, garante-se cuidado integral aos indivíduos e às famílias e um serviço de referenciamento de problemas identificados na APS (SHIMIZU e ROSALES, 2008), de forma que esta não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base de toda a atenção (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Nesse sentido, a APS funciona como porta de entrada ao sistema de saúde fornecendo atenção para todas as condições de saúde, com uma abordagem de atenção diferenciada da hegemônica, ou seja, sem priorizar a doença. Dessa forma, deve contemplar aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de

determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde, buscando maior grau de resolutividade das ações, viabilizando cuidados de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; KERBER *et al.*, 2010; CUNHA e VIEIRA-DA-SILVA, 2010; GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Para tanto deve se aproximar, inserir e atentar-se às necessidades da população adjacente para ofertar um elenco de serviços que possam suprir as necessidades da comunidade, mesmo que uma unidade precise referenciar alguns usuários para outros locais ou municípios a fim de solucionar seus problemas de saúde. Pois sua resolutividade está relacionada à capacidade de responder às necessidades da população (KERBER *et al.*, 2010; TURRINI *et al.*, 2008).

Portanto, os municípios devem correlacionar-se entre si formando uma rede regional e ofertando um serviço integral, pois uma mesma pessoa pode precisar dos diferentes níveis de saúde em um único dia e apenas um município não pode suprir estas diferentes necessidades (SOUZA, 2007) sejam elas de diferentes níveis ou de diferentes recursos. Assim, a rede regional deve realizar planejamento entre gestores das três esferas do governo, baseadas nas necessidades de saúde identificadas, possibilitando a complementaridade da atenção (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

A operacionalização do sistema de saúde distribuída entre as três esferas do governo é possibilitada pela descentralização, um princípio do SUS (VIANA e MACHADO, 2009). Mas a intenção de garantir acesso aos serviços de saúde por meio da responsabilização dos municípios com base na sua descentralização (regionalização) e reorganização funcional (ROCHA *et al.*, 2008) é entendida por Bodstein (2009) como contrária ao ideal. Segundo a autora, problemas são evidenciados em jornais diariamente, entre os quais cita desvios de

verbas e o fato de a organização de grande parte da oferta de serviços de saúde estar nas mãos de muitos gestores descomprometidos com os princípios elementares de uma administração democrática e republicana.

Conceitos sobre a APS e debates sobre o tema

No Brasil, a palavra “primária” pode representar básico, primitivo, sem refinamento ou então principal, central, essencial. Este problema conceitual pode acarretar sentidos como: interdependência e integração com outros níveis, pois mesmo que central ou principal, as entrelinhas exprimem a importância da relação com os demais; o mínimo de serviços que devem ser oferecidos, de forma a excluí-lo de ter outros compositores do cuidado; e porta de entrada ao sistema de saúde funcionando como triagem para serviços de maior complexidade (tecnologias mais densas) (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009).

Internacionalmente, a APS assume vários sentidos, como primeiro nível de atenção, um tipo de serviço, filosofia de atenção à saúde, estratégia de organização dos sistemas de saúde, entre outros (SOUSA e HAMANN, 2009).

Nos anos 70, o debate internacional sobre atenção primária é motivado por questionamentos quanto à organização da atenção concebida em uma ação centrada no médico, intervencionista, fragmentada e pouco impactante sobre condições de saúde da população com vistas a uma atenção integral e preventiva, gerando nos anos 80 uma abordagem mais sistêmica, que em 2000 recua para o sentido mais estrito: atenção, embora prática e discursos fossem tratados separadamente como áreas distintas, buscando assim, superar a perspectiva da macropolítica (BAPTISTA *et al.*,2009; FERNANDES, Léia *et al.*,2009a).

No Brasil, ainda na mesma década, embora o foco de publicações brasileiras fosse estender a cobertura da atenção primária, defendia-se também uma atenção integral sem qualquer forma de exclusão, que passou, na década de 80, a incorporar talhe avaliativo, enfatizando a organização dos sistemas de serviços de saúde. Nos anos 90, estes estudos foram substituídos na medida em que o debate sobre modelos de atenção se destacou na condução da política nacional de saúde. A partir de então, medicina familiar/comunitária, educação e participação popular passaram a ser inseridos na construção da política na ponta do sistema. Rumo este desviado, a partir do ano 2000, para temas como saúde para determinados grupos, financiamento da atenção primária, etc. (BAPTISTA *et al.*, 2009).

O debate sobre atenção primária iniciado em meados do século XX tomou uma trajetória que ampliou seu conceito, avançando na busca de proporcionar qualidade à vida das pessoas e ao ambiente em que habitavam. Tanto nacional quanto internacionalmente, o conceito de atenção primária se converge, cunhando princípios e diretrizes balizadoras da formulação de novos modelos de atenção em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. Isto posto, sua configuração diferenciar-se-á conforme conjunturas e tempos, sofrendo influência não só da área da saúde mas de várias outras como da política, sociocultural e pelas relações que se estabelecem entre governo e sociedade, em que muitas vezes perpassam por pressões constantes de interesses conflituosos (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; FERNANDES, Léia *et al.*, 2009a; SOUSA e HAMANN, 2009).

O conceito de Atenção Básica adotado no Brasil referencia-se no conceito de Atenção Primária, estabelecido em Alma-Ata (MELO *et al.*, 2008).

Em 1978 foi realizada na cidade de Alma Ata, na República do Cazaquistão, com participação de diversos países, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de saúde,

na qual foi firmado o acordo mundial para alcançar a meta de “saúde para todos no ano 2000”, constituindo assim a declaração de Alma-Ata (BAPTISTA *et al.*, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009).

Os resultados desta conferência podem ser notados em publicações que influenciaram a organização da assistência a saúde em diversos países, sendo capazes de contemplar necessidades mais complexas condescendentes ao contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo (BAPTISTA *et al.*, 2009; ASSIS *et al.*, 2007), sintetizando discussões sobre estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, para proporcionarem um nível de saúde para todos, independentemente das diferentes origens sociais e econômicas, propondo uma nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponíveis através dos cuidados primários à saúde (ASSIS *et al.*, 2007).

Segundo estes pressupostos, a APS deveria prestar cuidados essenciais à saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, fundamentadas cientificamente e socialmente aceitáveis, a indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação (SOUSA e HAMANN, 2009), assumindo uma proposta de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência (HENRIQUE e CALVO 2008), como primeiro momento do processo de atenção à saúde, cuja apreensão ultrapassaria o setor saúde, buscando proteção, prevenção e reabilitação para promover um ambiente de justiça social (ASSIS *et al.*, 2007).

Na literatura é suscitada a discussão em torno da concepção de que a APS é um serviço pobre para atender aos pobres.

Para Melo e colaboradores (2008), há uma oferta de cuidados simplificados e de baixo custo, configurando uma compensação social para mascarar as desigualdades, aliviar tensões e garantir a “fidelidade das massas”, além de ampliar o mercado para populações menos abastadas.

Estudos realizados no estado de São Paulo inferiram a partir dos resultados, que na periferia houve um ritmo mais acelerado da implantação da APS, indicando “a configuração de política pública capaz de contribuir para a diminuição das desigualdades sócio-espaciais na metrópole paulista”, que os autores denominam “discriminação positiva” e que a política pública da APS é do tipo focalizador, voltada para a população de baixa renda e residente da periferia urbana (BOUSQUAT *et al.*, 2006).

Para Mendonça (2009), a Política Nacional da Atenção Básica evidencia construção de uma APS integral, ampla e abrangente, e não a APS seletiva, de pacotes básicos para pobres.

Estudo realizado na região nordeste aponta que a tendência a ver a saúde pública como prática destinada a pobres é um dos maiores problemas no contexto brasileiro, de forma que a classe média optou por pagar planos de saúde privados, deixando para a população menos privilegiada o atendimento público, de baixa qualidade. Seus resultados demonstram que não apenas esta classe, mas também classes baixas, com igual renda à dos usuários do SUS e que possuem condições de pagar pelos serviços das policlínicas privadas, têm se esquivado da rede pública de saúde (ALBUQUERQUE e MELO, 2010).

Implantação da APS

A implantação da APS nos países em desenvolvimento ocorreu com o apoio de fundações internacionais, fundadas a estender a cobertura principalmente a locais desprovidos de serviços de saúde por meio de ações simples e de baixo custo (BAPTISTA *et al.*, 2009).

O Brasil diferenciou-se dos demais países latino-americanos e caminhou para uma reforma sanitária estruturada em princípios como universalidade, equidade no acesso e integralidade de ações de saúde. Isto refletiu o contexto de redemocratização do Estado, que na década de 90 obteve grande ampliação do investimento no acesso à saúde e mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, atribuídas à constituição de 88 e à descentralização, que constituíram um novo arranjo administrativo centrado na municipalização e diferentes meios de financiamento, priorizando a atenção primária e redirecionando o modelo de atenção em busca de consolidação dos princípios de integralidade e universalidade (BAPTISTA *et al.*, 2009; FERNANDES, Léia *et al.*, 2009).

Para Baptista e colaboradores (2009) e Mendonça (2009), a APS tem um papel indispensável na organização dos sistemas de saúde. Ainda que se desenvolva de maneira singular em cada contexto em que se insere, adaptando-se e configurando-se de acordo com a realidade local, é capaz de alcançar melhores resultados em saúde, maior satisfação dos usuários e maior equidade por menores custos.

Estratégia de Saúde da Família - ESF

Histórico/origem da ESF

A ESF, como componente constituinte do SUS (SOUSA e HAMANN, 2009) foi implantada em 1994 com vista à mudança/reorientação/reorganização do modelo de assistência à saúde no país (ASSIS *et al.*, 2007; MACINKO *et al.*, 2007; BOSI *et al.*, 2010), promovendo reestruturação em todos os níveis de atendimento (BODSTEIN, 2002), como uma ampla possibilidade de efetivar as diretrizes do SUS (BOSI *et al.*, 2010).

Resulta das mobilizações que se prolongaram ao longo de mais de quatro décadas em busca da construção do direito à saúde (SOUSA e HAMANN, 2009) em torno da APS (BODSTEIN, 2002) e de experiências municipais pregressas (MENDONÇA, 2009), como as iniciativas que surgiram a partir da década de 70, na tentativa de levar práticas dos centros de serviços de saúde pública à populações pobres (CONILL, 2008).

Estas experiências prévias somadas a fatores de ordem político-institucional facilitam a entrada e progressiva valorização da ESF na agenda do Ministério da Saúde (MACHADO *et al.*, 2008).

Embora a ESF tenha sido um programa para áreas empobrecidas originalmente (MACINKO *et al.*, 2007), ao basear-se na APS, não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão (BRASIL, 2000).

A concepção que a ESF é um “programa pontual, “pacote básico” de assistência à saúde, cujas bases se sustentavam em um projeto-piloto centrado no médico, direcionado à clientela específica e focalizado em regiões pobres”, deve ser ponderada segundo Souza e

Hamann (2009) ao reconhecer que a conjuntura era favorável para discussão de novas formas de organização de serviço, tendo na ESF sua base estruturante e que a década de 90 foi um marco das políticas neoliberais na América Latina e no Brasil. “Esse cenário fez com que alguns autores considerados importantes no movimento sanitário brasileiro fizessem tal julgamento”.

Por ser uma nova forma de abordar a APS no Brasil, começa a ser implantada lentamente em algumas áreas do nordeste e municípios menores no interior do Brasil (MENDONÇA, 2009) e, por mais que se assemelhem, a ESF diferencia-se da medicina familiar vigentes em países europeus ao propor um trabalho multiprofissional e em equipe, a fim de alcançar a integralidade do cuidado na APS (SOUSA e HAMANN, 2009).

Bodstein (2009) ressalta que desde sua criação, o SUS reconhece a centralidade na APS para a reorientação do sistema de saúde. Por outro lado, a implementação da ESF ocorreu sob uma concepção abrangente dos cuidados e práticas que deveriam ser desenvolvidas pelo programa.

Regulamentação da ESF

A Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2006) regulamenta a ESF atribuindo princípios gerais e operacionais específicos para este programa da APS, dos quais pode-se citar: *Substituição das práticas tradicionais; territorialização, desenvolvimento de atividades de acordo com o planejamento e a programação (baseados no diagnóstico situacional e focados na família e na comunidade); trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das*

famílias e da própria comunidade e valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social e capacitação.

Diretrizes na literatura

A Política supracitada define suas responsabilidades sanitárias no conjunto do sistema, possibilitando o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com características de porta de entrada preferencial ao sistema local de serviços de saúde; territorialização/adscrição como forma de permitir o planejamento e programação descentralizada e como meio de consolidar o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, seja pela integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulando as ações em diversos aspectos ou em diversos níveis, coordenando o cuidado na rede de serviços, seja pela integração das especificidades profissionais pelo trabalho interdisciplinar e em equipe; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A implantação da ESF influenciou não só a reorientação do sistema, ou seja, superação do modelo hospitalocêntrico, “centrado no indivíduo, no mecanicismo e no especialismo” por uma atenção voltada à família /comunidade, a partir do contexto em que está inserida (GOMES *et al.*, 2009a; MENICUCCI, 2009) buscando promover também a qualidade de vida (FREITAS e MANDÚ, 2010) assim como prevenção e promoção da saúde (ARAÚJO e ROCHA, 2009; GOMES *et al.*, 2009a; MENICUCCI, 2009). Incidiu ainda como estratégia de substituição total da rede de APS (CAVALCANTE *et al.*, 2006).

Mas o que ocorre, mesmo tendo a organização e funcionamento regulamentados, é uma grande diversidade na organização do processo de trabalho da ESF (CAMARGO - JUNIOR *et al.*, 2008). Ainda permanecem ações do modelo tradicional de vigência, demarcados por ações curativas e individualizadas, embora alguns locais já tenham inovado as práticas de atenção (GOMES *et al.*, 2009b).

Tais fatores limitam o potencial de mudança e demonstram um necessário esforço de construção no nível local e a influência dos atores em nível do município e das equipes de Saúde da Família (Gomes *et al.*, 2009b). O que é uma lástima, pois as USF tendem a ser mais fiéis às recomendações da Política Nacional de Atenção Básica (CONILL, 2008; CASTANHEIRA *et al.*, 2009).

Outro fator de limitação é a não-compreensão da mudança do modelo de APS pela população, evidenciados nos estudos realizados em que os usuários assumem dificuldade em aceitar que a decisão de acesso à consulta médica seja de outro profissional, em uma manifestação clara de questionamento ao processo de triagem e agendamento, revelando percepção do cuidado centrada no médico em vez da equipe de saúde (SOUZA *et al.*, 2008) e desconhecem a existência do próprio programa (GOMES *et al.*, 2009b) ou não percebem diferença entre centros de saúde tradicionais e a ESF (VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Em estudo que comparou as diferentes modalidades da APS (tradicionais X ESF) por extrato de exclusão, os resultados demonstraram que, quanto maior a exclusão, menor o índice de aprovação à ESF, ao contrário dos documentos oficiais e de gestores sobre a aceitação da ESF pela população e especialmente pela população situada nos estratos de baixa renda (ELIAS *et al.*, 2006).

Frente a este problema, torna-se peremptória a maior divulgação do programa à população, o que, na experiência realizada em Cuiabá e Rondonópolis removeu as resistências dos usuários, fortalecendo o seu apoio (CANESQUI e SPINELLI, 2008).

Quanto a esta divulgação, Mendonça (2009) vai além, ao apontar a necessidade de aproximação também com a sociedade brasileira formadora de opinião, que, na maior parte das vezes, desconhece esse modo de acessar as ações e serviços de saúde, defendendo a ideia de que “aquilo que não é conhecido, não pode ser defendido pela população”.

No entanto, esta divulgação já foi institucionalizada na lei 8080/90 em seu artigo VI, no qual dispõe sobre a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário (BRASIL, 1990).

Sobre o princípio da territorialização, Sousa e Hamann (2009) discursam que a “definição do território e da população implicam mapeamento e segmentação da população por território” e que ao confrontar territorialização com universalização, à primeira vista, parecem contraditórios, mas a territorialização, o estabelecimento de critérios de seletividade ou a focalização não vão de encontro à universalização desde que subordinados a ela.

O conceito de territorialização, também denominado responsabilidade sanitária, consiste na delimitação de uma região próxima à unidade de saúde a fim de se aproximar da população, estreitando laços com a população adjacente e conhecendo suas carências. Possibilita estruturação de um plano de ação ascendente, em que intervenções junto às famílias ocorrerão conforme as necessidades de uma população adscrita configurando dimensões práticas de saúde características daquela sociedade (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; PALHA e VILLA, 2003; SOUSA e HAMANN, 2009)

Assim, as equipes de saúde da família baseiam-se na adscrição de clientela para estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e corresponsabilidade com os grupos sociais e a comunidade (PEREIRA *et al.*, 2008, BRASIL, 2000).

A integração insere-se tanto em um mesmo nível ou unidade quanto entre níveis e unidades diferentes, como afirmado por Souza e Hamann (2009), o processo de trabalho das equipes multiprofissionais passa necessariamente pela interdisciplinaridade e intersetorialidade, dentre outros fatores.

A inserção de novos paradigmas advindos com a ESF introduz no processo de trabalho da equipe de saúde a necessidade de interdisciplinaridade, a fim de se obter uma assistência integral sobre condições que influem na saúde da população. Diante desta gama, um único profissional apenas é limitado tanto em competência quanto em capacidade de dar conta da demanda, necessitando de outras disciplinas para atender de forma resolutiva, o que ressalta a importância dos demais profissionais, indo de encontro ao destaque de umas profissões em detrimento de outras, desconhecimento ou desconsideração de outras profissões (CASTRO e MACHADO, 2010; LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

A interdisciplinaridade, entendida como trabalho conjuntamente realizado por profissionais de diferentes áreas (ARAÚJO e ROCHA, 2009; KERBER *et al.*, 2010; LOCH-NECKEL *et al.*, 2009) mostrou estar correlacionada à implementação dos princípios do SUS, com destaque à integralidade, em trabalho realizado por Araújo e Rocha (2009).

A inserção de uma equipe multiprofissional exige (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; COELHO e JORGE, 2009) que profissionais integrem e apliquem vários conhecimentos e habilidades (FREITAS e MANDÚ, 2010; PALHA e VILLA, 2003; SOUSA e HAMANN, 2009) como mecanismo de propiciar a integralidade da assistência e diminuição

do processo de fragmentação do trabalho (PALHA e VILLA, 2003), ou seja, a atenção integral depende da intersetorialidade. Com isso, a multiprofissionalidade deixa de ser único pré-requisito no alcance da integralidade, pois diversos profissionais coexistindo é diferente do fato de os mesmos interagirem, trocando informações e conhecimentos em torno de um objetivo comum (KERBER *et al.*, 2010).

Ao analisar a organização do trabalho das equipes, Medina e Hartz (2009) observaram que algumas equipes dividiam o trabalho de prevenção e cura entre os profissionais, pois entendiam que as enfermeiras não tinham formação em hipertensão e diabetes e os médicos optaram por programas específicos.

A autora atribui o processo ao fato de haver autonomia adjudicada aos profissionais de saúde na gestão de seus processos de trabalho. Tal autonomia tem sido identificada como uma iniciativa importante para permitir que a emergência de processos criativos sejam soluções à adequabilidade às realidades locais.

Outra forma de alcançar a integralidade é pela coordenação dos serviços de saúde disponíveis em rede. A ESF, dentre outras funções, coordena a integração com as redes de atenção à saúde (VAN STRALEN *et al.*, 2008), inserindo uma nova dinâmica na estruturação dos serviços de saúde, para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial, à medida em que se propõe a prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, concernentes à suas necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada, sendo, então, a porta de entrada do sistema local de saúde (BRASIL, 2000).

Para tanto, embora haja necessidade de interligação entre os níveis, o “referenciamento”, na prática nem sempre funciona, e quando feito, aspectos organizacionais dificultam sua eficácia (ALBUQUERQUE e MELO, 2010).

Como ilustra o estudo de Costa e colaboradores (2009), em que os profissionais de saúde declararam uma maior facilidade de referência, em uma situação em que o parto era realizado em municípios adjacentes. Todavia, os profissionais relataram grandes dificuldades no retorno das informações, na contrarreferência, haja vista que a referência e contra referência efetivas entre os níveis de atenção permitem oferta de serviço integrado e continuado com tempo, local, custo e qualidades ideais (MENDES, 2008; SOUSA e HAMANN, 2009).

Mas também há outra conotação por trás do conceito de coordenação, que é a de racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros, no sentido de não isolar, mas colocar articuladamente a alta complexidade a disposição de todos (BRASIL, 2000) e de minimizar a superlotação de hospitais, sendo responsável pelos serviços de complexidade primária, encaminhando para outras complexidades, quando necessário (ALBUQUERQUE e MELO, 2010).

A ESF incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial, modelando a atuação dos profissionais, que deve considerar o usuário como protagonista, atendendo suas expectativas (SOUZA *et al.*, 2008; VAN STRALEN *et al.*, 2008) e dar enfoque à família, no sentido de transcender os espaços institucionais e relacionais, permeando todas as ações para propiciar uma visão aprofundada da saúde das famílias tanto em nível estrutural quanto de suas dinâmicas (TAVARES *et al.*, 2009).

Desta forma, focar a família e seu contexto revela a importância do cuidado reformulado por este novo paradigma, pois além de não ter um conceito universalmente válido, constitui-se em um sistema de interação interdependente em que seus membros podem implicar no comportamento dos outros, devendo, então, focar o cuidado neste grupo, perpassando o individual, entendendo que cada um tem a sua identidade, mas que interagem entre si. Um olhar amplo sobre o conceito de família evita uma seletividade de grupos (DONABEDIAN, 1996).

Com isso, o usuário torna-se protagonista e a participação social indispensável para planejamento de ações da atenção primária. Destaca-se, então, a ESF, por inserir-se na realidade local, tornando-se atuante na tarefa de definir estas práticas, estreitando vínculos com usuários por meio do diálogo e respeito às diferenças culturais e ideológicas para unificar objetivos e metas (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; FREITAS e MANDÚ, 2010; PALHA e VILLA, 2003).

A participação da população teve sua importância ressaltada na Conferência de Alma Ata e na constituição do SUS (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009). No Brasil, são oficializados conselhos gestores de vários campos sociais visto que a participação social é importante para tornar a política, seja ela de qualquer área, mais democrática e eficiente (KLEBA e WENDAUSEN, 2009).

Destaca-se que a participação popular não se restringe a usuários, mas envolve também os profissionais que lidam diretamente com as ações de saúde, pois a participação da área técnica na elaboração de programas e planejamentos interfere diretamente na adesão, influenciando sua implantação (VIEIRA, 2009).

Trabalhar com modelo assistencial proposto para a ESF sugere ações de promoção, prevenção e cura, voltadas à comunidade, exigindo um olhar voltado para os grupos sociais específicos, supondo rompimento dos muros nos serviços de saúde e, sobretudo, um alto grau de complexidade do conhecimento (FREITAS e MANDÚ, 2010; SOUSA e HAMANN, 2009).

Além dos avanços na ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado implicarem a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida que lhes permitam enfrentar a diversidade e a “adversidade” do processo saúde no mundo atual, a necessidade de formação técnica e capacitação dos profissionais da ESF é indispensável devido à introdução das inovações, para o trabalho de equipe, seu maior vínculo com a clientela e o acompanhamento das famílias. A redefinição das atribuições e funções da equipe que, além de não serem usuais, questionam as formas tradicionais já consolidadas e socialmente reconhecidas de educação (CANESQUI e SPINELLI, 2008; MENDONÇA *et al.*, 2010).

Podem ser citadas como atribuições e funções das equipes da ESF: profissionais que compõem a equipe da ESF são desafiados a desenvolver ações de saúde em equipe sob aspectos como humanização, solidariedade, cooperação mútua, compreensão de família e de seu contexto sócio-sanitário, o que exige parcerias com outros setores como educacional, ambiental, assistência social, etc., assim como adesão a novas tecnologias, como tecnologias leves exemplificadas por reuniões com a comunidade a fim de criar canais de trocas, interagindo com a população para superar problemas (ARAÚJO e ROCHA, 2009; COSTA *et al.*, 2009).

Além disso, é primordial que as equipes da ESF assumam um novo modelo assistencial para que a prática centrada na consulta do médico e na abordagem da doença seja transformada (SILVA e CALDEIRA, 2010).

Embora importante, na prática, a educação permanente, configurada como imagem-objeto por vários municípios, está longe da realidade para a maior parte dos mesmos (CAMARGO - JUNIOR *et al.*, 2008).

Implantação da ESF X Contexto

Para Medina e Hartz (2009) inovações organizacionais estão estreitamente ligadas à natureza da intervenção, a diretrizes operacionais da ESF, independentemente do contexto na qual se inserem. Mas Elias e Magajewski (2008) encontraram em estudo que analisou interações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, que o condicionamento social de vários problemas de saúde analisados indicam que a disponibilidade de outros recursos associados ou não à prática médica, especialmente os associados às condições socioeconômicas dos grupos sociais sob estudo, pode definir o resultado de forma mais direta do que considerando aspectos da atenção à saúde recebida pelos mesmos.

Nesta encruzilhada, estudos de análise de implantação, que ocorrem depois da introdução de uma intervenção, podem fornecer um panorama de como as ESF estão sendo implementadas no Brasil (MEDINA e HARTZ, 2009). O que possibilita criar um cenário sobre a imersão do ESF em diferentes contextos.

Em estudo que analisa grandes municípios paulistas, Viana e colaboradores (2006) afirma que, no que pese a análise de municípios com condições heterogêneas, pôde-se apontar algumas tendências importantes, em destaque a dificuldade de a ESF se afirmar como modelo

prioritário de atenção em municípios que possuem produção ambulatorial de alta complexidade, produção e cobertura hospitalar elevadas.

Os autores justificam o fato por haver limitações quanto à qualidade e capacidade de resposta dos serviços, tornando complexa a organização da APS, e que, por maior que seja a disponibilidade de oferta de serviços de saúde nos grandes centros urbanos, particularmente os de média e alta complexidade, a assistencial na maioria das vezes encontra-se desarticulada, mal distribuída, mal equipada, entre outros aspectos, além do contexto de situações de pobreza, desigualdades sociais e dificuldades de acesso que está exposta grande parte da população dessas localidades.

Em contrapartida, em estudo realizado no interior do estado de Minas Gerais, a implantação da ESF facilitou o acesso aos serviços e ações em saúde, refletindo na melhoria de muitos dos indicadores de saúde da população (GOMES et al., 2009b).

Em estudo realizado em Santa Catarina, além de melhorar o acesso aos serviços da APS, a ESF, com a qualificação da atenção recebida, contribuiu para a redução das internações pelas causas selecionadas (ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008).

De fato, em estudo que avaliou a ESF por meio de Internações sensíveis à APS, encontrou-se associação entre condições sensíveis ao cuidado primário e o controle de saúde fora das Unidades de Saúde da Família, elevado percentual de internações por condições que poderiam ser mais bem controladas na atenção primária, a falta de vínculo com a ESF registrando uma probabilidade duas vezes maior de internações por condições sensíveis ao cuidado primário (FERNANDES *et al.*, 2009).

No Estado do Mato Grosso, em municípios com mais de 100 mil habitantes, persistem problemas de cobertura cuja concentração demográfica, de problemas de saúde e de demandas desafiam a organização da ESF (CANESQUI e SPINELLI, 2008).

Ao avaliar a ESF nas regiões Sul e Nordeste, observa-se maior presença de ESF nas regiões mais pobres e com população mais vulnerável. Seu melhor desempenho em contextos de maior iniquidade social e de saúde reforça o efeito da ESF na melhoria da atenção básica à saúde no país. Enquanto que no Sul a necessidade é aumentar a cobertura, no Nordeste é preciso consolidar o aumento crescente da cobertura (FACCHINI *et al.*, 2006).

Observa-se, então, uma heterogeneidade na implantação da ESF, implicando extensão e ampliação da APS em alguns municípios enquanto que em outros, a ESF encontra uma rede de centros de saúde relativamente consolidados, ainda que frequentemente com capacidade insuficiente para atender a demanda (VAN STRALEN, *et al.*, 2008).

A ESF é uma estratégia política que vem ao longo de sua existência contribuindo para a diminuição das iniquidades, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades, na complexa tarefa de cuidar da vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Porém, há que se ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil (SOUSA e HAMANN, 2009).

O Ministério da Saúde que teve sua trajetória marcada por gasto na doença com foco em ações curativas em detrimento a ações preventivas e de promoção a saúde, converteu-se com a presença marcante da ESF, cujo movimento de expansão reflete adesão progressiva de gestores municipais e estaduais no co-financiamento (SOUSA e HAMANN, 2009).

Hoje, sua presença é efetiva em todas as Unidades Federadas como política nacional para organizar a APS (MENDES, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009). Quanto a isso, vale ressaltar que a ESF conseguiu espaço, ainda que haja vulnerabilidade política e técnica insipiente (MENDES, 2009).

Entendendo o processo de formação profissional como modo de interferir nas práticas cotidianas dos serviços, nos processos de trabalho, nos modos de gerir, cuidar e potencializar os princípios do SUS (HECKERT *et al.*, 2009) e, sabendo que a base curricular ainda fundamenta-se no modelo mecanicista que é baseado em conhecimentos puramente técnicos, tratamentos especializados, com foco na doença, atendimento restrito às unidades de saúde, destoando das necessidades socioeconômicas, afetivas, ambientais que envolvem o processo de saúde doença (GRISOTTI *et al.*, 2010; LOCH-NECKEL *et al.*, 2009), a capacitação, formação e educação permanente para atuar na ESF é um investimento para intervir nas práticas cotidianas, incentivando os profissionais a se preparar e comprometer com exercício de uma prática integral, focada na família e na comunidade (SOUSA e HAMANN, 2009).

Avaliação em Saúde

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial que redirecionou para o Estado a função de alocar recursos de maneira eficaz, função esta exercida anteriormente pelo mercado. Nesta época, a preocupação dos economistas era desenvolver métodos para analisar custo-benefício destes programas públicos, mas, ao longo do tempo, novos conceitos surgiram para se adequar a outras áreas (FURTADO, 2007).

Assim, a avaliação de programas se inseriu em várias áreas do conhecimento, incorporando conceitos, indicadores e técnicas específicas em cada uma delas. Na área da saúde já se consolidou e agrega diversas linhas de abordagem assim como indicadores econômicos, tecnológicos e de qualidade de atenção, focados em atributos (DESLANDES, 1997). Estes referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social (COSTA *et al.*, 2008).

Assim, o aprofundamento do foco da avaliação em saúde se dá através da definição de atributos ou características inerentes ao objeto que se pretende avaliar, seja ele programa, sistema de saúde, serviços de saúde, entre outros (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Embora não haja consenso em como medir desempenho dos sistemas de saúde, desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções organizacionais que compõem o sistema, variando de acordo com metas preestabelecidas (VIACAVA *et al.*, 2004).

No caso da ESF, princípios para normatização foram outorgados pela Política Nacional da Atenção Básica, e a sua extensão tornou necessária a construção de indicadores para avaliar a coerência da abordagem efetivamente realizada e a adesão aos princípios que regem

o programa, centrados na incorporação do contexto familiar no processo de tomada de decisão (PEREIRA *et al.*, 2008).

A existência de tais princípios e o monitoramento de seu cumprimento permitiu estabelecer as bases e critérios a serem eleitos para a definição de padrões de qualidade que pudessem ser aplicados nos processos de avaliação (CAMPOS, 2005), dentre os quais pode-se destacar aspectos que a Starfield utiliza para caracterizar estes serviços de APS, cuja reorganização, quando baseada nestes aspectos, aponta maior efetividade, eficiência e equidade quando comparados aos serviços mais especializados (FERNANDES, Léia *et al.*, 2009). Os aspectos apontados pela autora serão melhor discutidos na próxima sessão.

Com vistas à reorganização da APS com base na ESF, a avaliação de programas de saúde torna-se crucial para efetivação de projetos e a avaliação contínua dos serviços permite criação de bases que servirão de parâmetros para futuras avaliações, comparando-as e resultando em controle técnico e social da assistência e diretrizes para tomadas de decisões, de forma a assegurar que as necessidades dos usuários não só estão sendo atendidas, mas que estão sendo realizadas com qualidade, delineando e adequando os programas a estas necessidades e divulgando resultados (FELISBERTO, 2006; FERNANDES, Léia *et al.*, 2009; KERBER *et al.*, 2010).

São apontadas pela literatura duas maneiras de se executar este julgamento:

- Avaliação normativa- Acontece no cotidiano com o objetivo de conduzir um programa ou serviço, com foco gerencial, comparando recursos empregados e sua organização (estrutura), serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas preestabelecidos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000; FURTADO, 2007).

- Pesquisa avaliativa- Instigada pela curiosidade de um investigador externo à intervenção, que tem amplo grau de autonomia, buscando solução de problemas práticos para tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000; FURTADO, 2007). Uma interseção entre a pesquisa acadêmica e a avaliação normativa.

Embora haja esta distinção teórica, inúmeras possíveis interfaces ocorrem na prática (FURTADO, 2007).

Instrumentos de avaliação

Os instrumentos são fundamentais para coleta de dados de uma pesquisa científica, logo de uma pesquisa avaliativa, pois possibilitam tornar indicadores e conceitos do estudo em variáveis ou temas que geralmente conformam um questionário (MINAYO *et al.*, 2005), que é um instrumento normatizado e padronizado capaz de captar presença ou ausência de atributos por meio das respostas de um indivíduo, de forma a medir como a característica ou atributo se distribui no grupo, cujas diferenças entre grupos são avaliadas em termos de significância estatística (MINAYO *et al.*, 2005).

São aplicados por meio de entrevistas face a face, em que o entrevistador apenas lê as perguntas e marca a resposta dos participantes que devem ser orientados inicialmente sobre como agir na entrevista. Também podem ser aplicados pelo telefone e enviados pelo correio, mas têm como pontos negativos a seletividade, pois nem todos têm telefone e há o risco de não devolução, respectivamente (BANDEIRA, 2009).

Na área da saúde, os questionários podem ser úteis para identificar necessidades de saúde de uma população, e com isso contribuir para planejamento de ofertas e serviços de saúde, avaliar impacto do serviço sobre a saúde da população em estudos quase ou

experimentais ou de novas intervenções e identificar grupos de risco (LEÃO e OLIVEIRA, 2005).

Validação de instrumentos

No último decênio emergiram tentativas para sistematizar concepções e estabelecer metodologias de avaliação cujo uso é imprescindível na área da saúde (ARAÚJO e ROCHA, 2009).

Porém, antes de elaborar um instrumento para o objeto de estudo, deve-se pesquisar se já existem outros já validados, mesmo que para populações diferentes, pois este processo demanda menos tempo, recursos, tanto humanos quanto financeiros, criação de novos conceitos e itens adequados ao objeto de pesquisa, sendo um processo questionável caso já existam outros para o mesmo foco (GOES *et al.*, 2006; MARANHÃO-NETO *et al.*, 2008; REICHENHEIM e MORAES, 1998).

Um questionário é instrumento de mensuração, portanto a importância de ser válido e confiável (GOES *et al.*, 2006; LEÃO e OLIVEIRA, 2005). Quando esta medida é de um atributo ou característica subjetivos, o questionário deve ser adaptado a diferenças socioculturais para se conformar com as características de populações diversas das quais o instrumento foi validado (MARANHÃO-NETO *et al.*, 2008).

Os métodos devem ser precisos para aferição de variáveis, carecendo demonstrar que a medida de aferição é capaz de avaliar o que foi proposto (BANDEIRA, 2009). Quanto a isso, o questionário pode ser analisado segundo alguns critérios:

Validade Aparente: Visa estabelecer a compreensão dos itens pela população meta. Passa por dois crivos, o primeiro composto por equipe multiprofissional de *experts* e o

segundo por um grupo semelhante à população meta. O instrumento é apresentado para ambos ou um dos grupos que farão a análise semântica (GOES *et al.*, 2006; PASQUALI, 1997).

Estabilidade Teste - reteste: aplica-se o questionário duas vezes em diferentes momentos em grupo semelhante à amostra. Para estimar a estabilidade, pode ser aplicado o teste de Kappa, utilizado diante de mensurações ordinais e nominais, fornecendo concordância entre as duas medidas realizadas em diferentes ocasiões, apresentando “1” em concordâncias perfeitas (LEÃO e OLIVEIRA, 2005).

Consistência interna: O questionário é formado por perguntas que operacionalizam indicadores que compõem dimensões. Dentre as perguntas deve haver homogeneidade, ou seja, correlação de cada pergunta com o restante do questionário. Quando há várias dimensões, suas concordâncias são medidas separadamente analisando o comportamento de cada questão dentro da dimensão (BANDEIRA, 2009; LEÃO e OLIVEIRA, 2005). Sua análise estatística é realizada pelo Alfa de Crombach, quer de forma bruta ou padronizada para itens com mais de duas respostas ou pelo teste de Kuder – Richardson para itens com respostas dicotômicas (BANDEIRA, 2009; LEÃO e OLIVEIRA, 2005).

Validade de Constructo: Possibilita identificar se a estrutura dimensional, ou seja, se os tipos de dimensões do constructo estão sendo avaliadas pelas questões do instrumento, podendo ser avaliada pela análise fatorial (BANDEIRA, 2009).

Avaliação da APS no Brasil

Para ilustrar como são realizadas as avaliações da APS com foco na ESF no Brasil, foi realizada uma busca de artigos sobre o tema. Utilizou-se as bases Lilacs, Scirus, Scielo, Pubmed, Redalyc e Psycinfo e os descritores: Health Evaluation, Evaluación en Salud, Avaliação em Saúde, Program Evaluation, Evaluación de Programas y Proyectos de Salud, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Health Services Evaluation, Evaluación de Servicios de Salud, Avaliação de Serviços de Saúde, Evaluation, Evaluación, Avaliação, Primary Health Care, Atención Primaria de Salud, Atenção Primária à Saúde, Family Health Program, Programa de Salud Familiar, Programa Saúde da Família.

Foram identificados 39 artigos e destacados seus instrumentos/fonte de dados, dimensões avaliadas, local/região do país, método de análise de dados, poder de generalização (inferência), principais resultados e estudos de validação de instrumentos para avaliação da ESF.

A maior parte dos estudos analisados foram publicados em 2008 (15) e a coleta de dados foi realizada majoritariamente por dados primários (70%) em que pode-se citar as técnicas de entrevistas (estruturadas e semi estruturadas), inquérito domiciliar, questionários, grupo focal, observações, instrumento coletivo com questões abertas, instrumento fechado durante reunião de equipe e obtidas no domicílio por entrevistadores.

Veras e Vianna (2009) utilizaram roteiro elaborado pelos autores para realização de entrevistas semiestruturadas. Cavalcante e colaboradores (2006) utilizaram questionário estruturado elaborado especificamente para o estudo, haja vista a inexistência de um modelo previamente construído que contemplasse todas as responsabilidades e o elenco de atividades das áreas estratégicas mínimas da atenção básica. Albuquerque e Melo (2010) criaram a

“Escala de Avaliação do Programa Saúde da Família pelos Usuários” enquanto que Castanheira e colaboradores (2009) elaboraram instrumento com base em pesquisas de avaliação de qualidade de serviços com foco na organização das ações.

Facchini e colaboradores (2008) apresentam a metodologia de Estudo de Linha de Base (ELB), que avaliou a efetividade da Estratégia Saúde da Família em comparação às unidades básicas de saúde tradicionais. Já Harzheim e colaboradores (2006) e Macinko e colaboradores (2007) validaram o PCAT.

Houve também aplicações de instrumentos já padronizados, como os questionários Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), Manual Internacional de Padrões para Unidades de Cuidados Primários (elaborado pela *Joint Commission International*, em conjunto com o Comitê Internacional de Padrões, e ainda não publicado), e o PCAT; este foi o mais utilizado pelos autores.

Os dados secundários foram coletados por meio de análise documental como: Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, Atas do Conselho Municipal de Saúde, óbitos, fichas de cadastro familiar (Ficha A), ficha de acompanhamento individual (Ficha B) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cadastros do Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), prontuários, por meio das bases nacionais disponibilizadas, principalmente, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e dados fornecidos pelos órgãos públicos, como Secretarias Municipais.

Apesar da dificuldade de identificar e destacar dimensões devido a diferentes conceitos atribuídos a um mesmo termo ou conceitos iguais atribuídos a termos diferentes, foram identificadas: satisfação do usuário, implementação, impacto, implantação, cobertura, acompanhamento, qualidade, integralidade, desempenho, efetividade, acesso, acolhimento

político-institucional, organização da atenção na organização e no funcionamento do sistema de saúde, cuidado integral, mudança do modelo assistencial, maturidade, caracterização das instituições parceiras por referência à sua natureza jurídico - institucional, eficácia, sustentabilidade, governabilidade, oito dimensões da atenção básica (vínculo, enfoque familiar, orientação comunitária, acessibilidade, formação profissional, serviços oferecidos, coordenação dos cuidados) caracterização da atenção básica e da ESF, objetivos da ESF, atuação dos profissionais das equipes e dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho desenvolvido.

Organização, implementação e implantação foram as mais citadas, seguidas de qualidade, caracterização e cobertura.

Giovanella e colaboradores (2009) utilizaram implementação da ESF com foco na integração à rede assistencial e à atuação intersetorial. Já Canesqui e Spinelli (2008) acreditam que implementação é fundamental para compreender fatores que facilitam ou bloqueiam o alcance dos propósitos, o cumprimento de algumas metas e o funcionamento de um conjunto de meios institucionais na esfera municipal de governo, analisadas sob as condições e funcionamento dos mecanismos institucionais; estruturas organizacionais; fluxo e regularidade do repasse dos recursos financeiros; disponibilidade e capacitação dos recursos humanos.

Enquanto Medina e Hartz (2009) avaliaram o grau de implementação por meio de uma imagem-objetivo da atenção primária elaborada com base em teorias já proposta por outros autores bem como por diretrizes e normas da ESF. Incluídas na imagem-objetivo estavam: o trabalho em equipe e abordagem baseada na comunidade, este último com as sub-dimensões

da territorialização, organização das ações de saúde, e o estabelecimento de uma ligação entre o serviço de saúde e da população.

Camargo - Junior e colaboradores (2008) realizaram análise de implantação com ênfase no cuidado integral e organização da atenção e dimensão político institucional; já Henrique e Calvo (2008), por meio do porte populacional (segundo estrutura, processo e resultado), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto per capita com saúde e bloco ideológico na gestão municipal. Felisberto e colaboradores (2009) analisam a implantação da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil e Cunha e Vieira-da-Silva (2010) a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à APS.

Para caracterizar a ESF a partir da perspectiva dos envolvidos no contexto desta estratégia, Ronzani e Silva (2008) utilizaram os temas: formação profissional, objetivos da ESF, equipes e dificuldades do programa no município. Já Oliveira e colaboradores (2011) utilizaram implantação da ESF nos municípios, cobertura, mudança no modelo assistencial e impacto.

Dimensões básicas/atributos da APS foram utilizadas para suas avaliações, denominando-as: Acessibilidade, *Gatekeeping* ou primeiro atendimento, contato, Longitudinalidade (continuidade), Abrangência (serviços oferecidos), Coordenação dos cuidados, Orientação comunitária, Vínculo, Enfoque familiar; analisando todos ou apenas alguns deles.

Veras e Vianna (2009) analisaram o desempenho de municípios com base nas sub-dimensões da organização da atenção básica: métodos e instrumentos de gestão; mecanismos de controle e avaliação da atenção básica; qualificação de pessoal; e fortalecimento do

controle social no Município. Analisou-se o desempenho dos Municípios segundo suas responsabilidades definidas pelas Normas Operacionais Básicas de 1996 e pelo Manual de Organização da Atenção Básica. Já Facchini e colaboradores (2006) utilizaram os 34 indicadores do Pacto da Atenção Básica que formam o primeiro conjunto de informações coletadas.

Quanto o público alvo das pesquisas, foram identificados: coordenadores, família, *cluster*, usuários, ecológico (geralmente por dados secundários), gestores, Município, equipes de saúde da família, Unidades, profissionais, secretários municipais, presidentes/representantes de Conselhos Municipais de Saúde, acompanhantes de usuários/cuidadores, gestores do Ministério da Saúde: gerentes de projetos, coordenadores, assessores e diretores do Departamento de Atenção Básica e dirigentes do Banco Mundial, órgão financiador do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF).

Usuários, coordenadores e profissionais foram as populações mais abordadas.

A ESF inova a perspectiva de atenção a partir do momento em que coloca o usuário, a família e a comunidade como o centro de sua atuação, de forma que verifica-se a profunda inserção da população nos princípios que fundamentam a ESF, ressaltando a participação e satisfação da comunidade como um elemento-chave do processo avaliativo, permitindo que o usuário participe nos rumos que a unidade de saúde deve seguir (COSTA *et al.*, 2008). Porém, há que se reconhecer a complexidade inerente ao processo de avaliação da qualidade do serviço pelo usuário (SHIMIZU e ROSALES, 2008).

Quanto aos locais, a maioria dos estudos concentra-se nas regiões Sudeste em que 156 municípios foram analisados (51%) seguida pela região Nordeste que analisou a ESF em 70 cidades (23%), enquanto que a região Norte foi a que teve o menor número de municípios

analisados, 11(4%) cujos estados do Pará e Maranhão contribuíram com o maior número de publicações e os estados do Amazonas e Amapá com apenas 1 estudo em cada.

A metodologia de análise de dados será apresentada em dois grupos, relativos a validação, ou seja, artigos que validaram o instrumento de coleta de dados e os que utilizaram instrumento já validado.

Análise realizada por distribuição de frequências foi considerada descritiva, dado que não faz um julgamento sobre a distribuição, apenas apresenta um dado sem avaliá-lo, julgá-lo.

Muitos autores fizeram uma análise descritiva ou comparação com critérios e então estabeleceram escores, seja por percentual alcançado seja por conformidade.

Como não há padronização nas avaliações, os resultados não serão cotejados.

Poucos autores deixaram claro o poder de inferência de seus estudos. Destes podem ser citados:

Gomes e colaboradores (2009b) relata chance adequada de ser representativa da população.

Alguns autores, como Viviane Fernandes e colaboradores (2009), Van Stralen e colaboradores (2008), Albuquerque e Melo (2010) embora este último venha apresentar uma validação de metodologia, reconhecem que as peculiaridades dos contextos analisados impossibilitam extrapolação de seus resultados para outros locais.

Cunha e Vieira-da-Silva (2010) e Melo e colaboradores (2008) reconhecem que o caráter qualitativo da investigação impede extrapolação de resultados.

Autores como Felisberto e colaboradores (2009) que trabalharam com caso único e com elevada concentração daqueles atores no âmbito nacional e Silva e Caldeira (2010) que utilizou o instrumento AMQ, acreditam que as metodologias utilizadas podem prejudicar a sua validade externa, quanto ao AMQ, o autor acredita que a utilização de instrumento de autoavaliação pode tornar a avaliação tendenciosa. Enquanto que, Veras e Vianna (2009) referem-se ao possível viés na classificação dos Municípios e pouco tempo de gestão dos secretários como possíveis limitadores da inferência, embora apresentem elaboração de metodologia.

Fachinni realiza dois estudos, um que realiza avaliação e outro que valida o instrumento. No primeiro, assume que o estudo foi planejado para avaliar o desempenho da APS no lote de municípios, não sendo seus achados generalizáveis para o contexto municipal, assim como Machado e colaboradores (2008), que também realizou análise de conjunto de municípios.

No segundo estudo, o autor afirma que a completude dos dados coletados e a rapidez do trabalho de campo indicam sua factibilidade e reprodutibilidade na maioria dos municípios brasileiros acima de cem mil habitantes, assim como Harzheim e colaboradores (2006) que validou o instrumento para comunidades usuárias de serviços públicos de atenção básica de periferias urbanas do país.

Macinko e colaboradores (2007) pondera seus achados ao afirmar que a relação entre as avaliações do usuário da ESF e clínicas tradicionais pode não ser a mesma em outro local no Brasil.

Diante do desafio de consolidar as suas orientações sem comprometer a sua viabilidade, em um contexto social e contexto de saúde que gera aumento problemas

e necessidades da população, e em razão dos recursos escassos, apesar dos rápidos e diversos avanços tecnológicos no setor, o SUS tem no campo da APS a ESF o principal foco de interesse para o enfrentamento destes desafios (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Com base no entendimento que institucionalização da avaliação é uma estratégia utilizada por inúmeras ações, projetos e políticas para tornar a avaliação contínua no cotidiano de gestores e profissionais, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde vem calcando nos últimos anos a institucionalização da avaliação da APS, visando superar seus limites organizacionais, propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde (FELISBERTO, 2006), embora Furtado (2007) reconheça que ainda há muitos desafios para tornar a avaliação uma prática cotidiana no sentido de monitoramento dos serviços de saúde.

Dentre outras iniciativas, ganhou destaque o Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF), desenvolvido com o apoio do Banco Mundial. Foi implementado em três fases ao longo de oito anos e objetivou garantir a reorganização dos sistemas locais, incluindo as melhorias no processo de trabalho e no desempenho dos serviços, empenhando, para tal, ações de modernização institucional, melhoria da rede de cuidados de saúde, desenvolvimento de recursos humanos, fortalecimento dos sistemas de informação e acompanhamento e avaliação (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Para tanto, em 2004 foi realizada chamada pública pelo Departamento de Atenção Básica por meio de Termo de Referência para o desenvolvimento de estudos avaliativos – Linhas de Base – como parte de um dos componentes do PROESF, com vistas a subsidiar e fortalecer o monitoramento e avaliação em Atenção Básica à Saúde, o planejamento local em saúde, assim como compreender os diversos “movimentos de expansão” e possíveis

transformações decorrentes da implantação da ESF. Sua contribuição possibilita o acompanhamento subsequente dos resultados e impactos do programa (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008).

Os estudos iniciais foram realizados entre 2005 e 2006 por oito instituições de pesquisa que deveriam organizar um plano de acordo com modelo teórico e as dimensões político-institucional, organização da assistência, assistência integral, sistemas de saúde e desempenho, apresentadas nos termos de referência do convite à apresentação de propostas (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010).

Críticas são feitas a artigos que se propõem a avaliar um objeto e não o fazem, como o artigo “Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil”, que pressupõe avaliação de cobertura, ou seja, se os falecidos foram atendidos pela ESF, verificou se há notificação dos casos. Então, a avaliação não é focada na cobertura e sim nos sistemas de informação e registro. E o artigo usou o prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde que não avalia a qualidade dos serviços, mas dos prontuários, poderia ter associado o prontuário à continuidade, vínculo, etc. Além disso, embora não mencionem ou assumam, alguns artigos validam instrumentos ou indicadores para avaliar alguma dimensão, mas não submetem as elaborações aos crivos necessários a validação, expostos na sessão anterior do presente estudo.

Primary Care Assessment Tool – PCAT

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos em 1978 sugeriu uma abordagem de avaliação da APS enumerando atributos essenciais, como acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade (STARFIELD, 2002).

Embora Starfield reconheça a importância da abordagem como um marco nas tentativas de construção de ferramentas para avaliação da APS, a autora aponta limites, como não exclusivos à APS, exigência de alto grau de desempenho permitindo pouca variabilidade, sendo intangíveis/inalcançáveis e aferição de capacidade potencial em detrimento a realização concreta (STARFIELD, 2002).

Entendendo que os termos estavam demais abertos, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou novo relatório que especificou, ainda, cada um dos componentes da definição. Mas a definição da APS não inclui explicitamente a atenção ao primeiro contato, embora reconheça a APS como via comum e prioritária dentro do sistema de saúde; Mostra-se similar à definição antecessora ao incluir algumas características não necessariamente exclusivas da APS e manter os conceitos abertos a várias interpretações (STARFIELD, 2002).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos definiu atenção primária como serviços integrados e acessíveis prestados por médicos responsáveis por uma gama de necessidades individuais a cuidados de saúde, desenvolvida sob relação continuada com pacientes e adequada ao contexto familiar e da comunidade circunvizinha. Para estes serviços, reportou quatro atributos essenciais, tais quais *acessibilidade*, que refere-se à facilidade pela qual um paciente pode iniciar uma interação de qualquer problema de saúde com o médico, *comprehensiveness* _ traduzido para o português como elenco de serviços, que reflete em cuidados direcionados a qualquer estágio de vida do paciente, *coordenação* que assegura a combinação de serviços e informações de saúde para resolver as necessidades do paciente e

continuidade que refere cuidado ao longo do tempo por um ou por grupo de profissionais de saúde. Os atributos foram citados e descritos, mas não foi apontada maneira de medi-los (Instituto de Medicina dos Estados Unidos, 1978, 1996 *apud* ALMEIDA e MACINKO, 2006; MALOUIN *et al.*, 2009).

Neste âmbito, foram criados alguns instrumentos a fim de se avaliar a atenção primária baseados nestes atributos. Algumas tentativas foram analisadas pela revisão de Malouin e colaboradores (2009) em que são avaliados os instrumentos: Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS), the Components of Primary Care Instrument (CPCI), the Medical Home Family Survey (MHFS), the Medical Home Index Adult Version 1.1 (MHI), the Medical Home IQ (MHIQ), the Parents' Perception of Primary Care (P3C), the Physicians Practice Connections–Patient-Centered Medical Home (PPC–PCMH), the Primary Care Assessment Survey (PCAS), and the Primary Care Assessment Tools (PCAT). Este último apontado pela autora como o único a avaliar todos os atributos.

Primary Care Assessment Tool (PCAT) são instrumentos desenvolvidos, formulados e validados pela Johns Hopkins Primary Care Policy Center (VAN STRALEN *et al.*, 2008), com embasamento nas críticas e sugestões realizadas por Stafield (2002) ao marco teórico do Instituto de Medicina dos Estados Unidos.

O instrumento objetiva medir aspectos críticos, extensão e qualidade dos serviços de atenção primária baseadas nas necessidades da clientela como a principal fonte de cuidados gerais em países industrializados (ALMEIDA e MACINKO, 2006; SHI *et al.*, 2001).

São consideradas características principais da atenção primária: primeiro contato (acessibilidade e utilização), longitudinalidade (força de afiliação e relação interpessoal), abrangência/ elenco de serviços (serviços oferecidos e recebidos) e coordenação do cuidado (STEVENS *et al.*, 2002), cujas definições são semelhantes às do Instituto de Medicina dos

Estados Unidos (ALMEIDA e MACINKO, 2006; STARFIELD, 2002; VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Estes elementos são divididos de acordo com a teoria de Donabedian, segundo a qual a avaliação é pautada em estrutura, processo e resultado. Logo, os atributos são divididos em elementos estruturais (acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade ou atenção contínua) e processuais (utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população). Desta forma, para medir o potencial e alcance de cada um dos atributos da atenção primária (desempenho) é necessário pelo menos um de cada elemento, sejam eles: porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços e coordenação (ALMEIDA e MACINKO, 2006; STARFIELD, 2002).

Assim, são definidos quatro atributos essenciais da APS e atributos derivados, que qualificam a APS: enfoque familiar, orientação comunitária e competência cultural (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Existem versões do PCAT para adultos, acompanhantes e profissionais. Todos configurados por autorrelato dos pacientes ou prestadores de serviços a partir de suas experiências, a fim de identificar fatores da estrutura e processo de provisões que devem ser revisadas para melhorar a qualidade e direcionar planejamento e execução de ações em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2006; SHI *et al.*, 2001).

No Brasil o instrumento foi validado em estudo realizado por Macinko na cidade de Petrópolis (MACINKO *et al.*, 2007) e por Harzheim na cidade de Porto Alegre (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Os primeiros autores o validaram com o objetivo de disponibilizar uma metodologia rápida que possibilitasse julgar organização e desempenho dos serviços de atenção primária

em nível municipal, com o pressuposto de que seria ideal coadunar as definições de Starfield com concepções mais adequadas a países em desenvolvimento, com caráter mais amplo que refletisse conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, sob a égide de atributos desenvolvidos na literatura focada na meta “Saúde para Todos no Ano 2000” (ALMEIDA e MACINKO, 2006).

Para atender às diretrizes brasileiras, Macinko e colaboradores (2007) alteraram as listas de serviços oferecidos da dimensão “Elenco de serviços” (originalmente *comprehensiveness*). Esta dimensão e “Coordenação” são consideradas na literatura brasileira como parte do termo “integralidade”. Assim como “acesso” e “porta de entrada” pertenciam à dimensão “primeiro contato” (MACINKO *et al.*, 2007; ALMEIDA e MACINKO, 2006; VAN STRALEN, et al., 2008).

Foram adicionados orientação para a comunidade e enfoque familiar e incluída uma escala de avaliação de competências complementares de formação de prestadores de cuidados primários (MACINKO *et al.*, 2007), inserindo a dimensão “Formação profissional” (ALMEIDA e MACINKO, 2006) que substitui “competência cultural”, e pressupõe que a atenção primária seja uma área de “especialização” que requer formação específica voltada para o desempenho das funções segundo as dimensões anteriores (VAN STRALEN, et al., 2008).

Na validação realizada por Almeida e Macinko (2006), a análise estatística permitiu verificar a validade aparente, em que algumas questões foram simplificadas, consistência interna e a análise multifatorial, que permitem examinar as variáveis e suas interações. Apesar das modificações feitas, o questionário manteve-se capaz de medir a experiência de usuários nos serviços de atenção primária, possibilitando uma visão geral desta.

Na análise fatorial realizada por Harzheim e colaboradores (2006), a dimensão “competência cultural” foi excluída. Mas não a substituiu, embora reconheça que a saúde da família coloca em questão as relações de trabalho dentro das equipes, condicionadas por longos anos de formação em direções não compatíveis com as propostas e pela forte presença da tecnologia biomédica.

Enquanto Harzheim e colaboradores (2006) basearam-se nas dimensões acesso, continuidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária, Macinko e colaboradores (2006) fundamentaram-se nas dimensões acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional.

Para ambos, o PCAT estrutura-se em oito dimensões, cada qual contemplando os atributos propostos por Starfield para a análise de modalidade de assistência na atenção primária (ELIAS *et al.*, 2006). Podem ser medidos e avaliados separadamente, mas são intimamente ligados na prática, assim como a associação destes atributos com impactos na população (HARZHEIM *et al.*, 2006; STARFIELD, 2002).

O instrumento passou a ser aplicado por entrevistadores, pois antes era autoaplicável, além de adaptá-los a peculiaridades do sistema de saúde brasileiro e faixa etária, como validade de conteúdo, ou seja, a adequação da medida aos domínios e interesses (HARZHEIM *et al.*, 2006).

O Ministério da Saúde implementou em 2004 o Programa de Extensão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que dentre as demais funções, financia, assessora e monitora pesquisas avaliativas por todo o Brasil. Assim, durante seminário realizado pelo PROESF para a construção de instrumentos, foi socializado o PCAT (BODSTEIN *et al.*, 2006).

A partir de então, os PCAT foi aplicado em municípios da região Centro-Oeste por Van Stralen e colaboradores (2008). Em Campina Grande (PB), Paraíba por Figueiredo e colaboradores (2009), em Ribeirão Preto (SP), São José do Rio Preto (SP), Itaboraí (RJ), Campina Grande (PB) e Feira de Santana (BA) por Scatena, e colaboradores (2009). No estado de São Paulo por Ibañez e colaboradores (2006), Viana, e colaboradores (2008) e Elias e colaboradores (2006).

Convergências e divergências

Para identificar formas de aplicação do PCAT, bem como comparar os artigos identificados para confrontar pontos divergentes e convergentes encontrados, realizou-se busca mecânica nas bases: Scielo, Lilacs, Redalys, Scirus, ISI, Psycinfo e Pubmed, exceto a Embase por se restringir a estudos de ensaios clínicos, sem restrição de período ou local.

Os descritores (em português, inglês e espanhol) selecionados foram: Avaliação em Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Avaliação, Atenção Primária à Saúde e Programa Saúde da Família.

Assim, foram identificados artigos que citavam pelo menos um destes descritores, selecionados artigos que utilizavam também o termo “PCAT” ou “Primary Care Assessment Tool”, não selecionados os artigos que não citavam o instrumento, incluídos os que estavam pertinentes ao objetivo deste artigo e excluídos os que estavam duplicados, impertinentes ao objetivo ou que não se apresentavam completos, ou seja, não apresentavam resultados, metodologias, etc.

Visava-se encontrar estudos que caracterizassem avaliação da atenção primária com foco nos usuários e/ou profissionais de saúde e/ou gestores, dentre outros profissionais envolvidos com o provimento de serviços de saúde.

Para tanto, os descritores foram escolhidos por meio do site Bireme (DeSC), a partir do termo “avaliação” e selecionados a partir da análise de sua definição, sendo incluídos os que estavam relacionados a programas de saúde, focados no processo e não à técnica ou aos profissionais. Foram excluídos os termos relacionados à pesquisa em si.

Neste processo, observou-se que, embora Donabedian denomine “avaliação de qualidade” para estudos que visem avaliar programas baseados nos três pilares, estrutura, processo e resultado, os descritores apontam este termo para uma avaliação mais técnica, lembrando que o interesse foca-se na avaliação do sistema e não em avaliação pontual, do processo, da prática. Alguns termos estão limitados, como “Programa de Saúde da Família”, que sequer aponta como sinônimo “Estratégia de Saúde da Família” e “Atenção Básica” que ao ser digitado na caixa de texto busca o termo “atenção primária a saúde”.

Foram identificados estudos nas bases supracitadas por meio dos termos inseridos individualmente, selecionados estudos que utilizaram PCAT para realizar avaliações, ou seja, não foram selecionados estudos em que não citaram o termo “PCAT”. Foram excluídos artigos duplicados, seja em idiomas diferentes ou em banco de dados diferentes, estudos cujo título e/ou resumo estavam impertinentes ao foco do presente estudo e artigos que, embora tivessem os descritores supracitados, não aplicaram o PCAT nem mostraram resultados encontrados com a aplicação.

A busca totalizou 28 artigos, dos quais 8 foram de validação, sendo 3 no Brasil, 3 nos EUA, 1 na Coreia do Sul e 1 na Tailândia. A utilização do PCAT em diversos países possibilita comparação de diferentes contextos.

Repetidas análises em diferentes contextos sob diferentes condições ajudam a determinar a medida na qual as propriedades psicométricas do instrumento são consistentes em diferentes subgrupos populacionais (CASSADY *et al.*, 2000) e aplicação do PCAT em

outros contextos sócio sanitários auxiliará no avanço à busca de equidade em saúde por meio da APS (HARZHEIM *et al.*, 2006).

O PCAT pode ser utilizado em levantamentos de população-alvo, planos de saúde, locais de atendimento e mecanismos de pagamento. Também pode coletar informações específicas às necessidades de saúde para analisar se estão sendo efetuadas de maneira satisfatória ou se precisam ser ajustadas para melhorar a qualidade e direcionar planejamento e execução de ações em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2006; SHI *et al.*, 2001).

Além disso, por meio das dimensões essenciais, o PCAT avalia as características estruturais do estabelecimento ou prestador, que refletem a capacidade de atingir a atenção primária de qualidade e processos de atendimento que indicam o cumprimento da função na prática (STEVENS *et al.*, 2002), usando autorrelato de pacientes para capturar a relação global entre os pacientes e seus médicos ou instituições, em vez de dados administrativos ou revisão dos prontuários, que são mais úteis para avaliar a utilização de procedimentos distintos (MILLER *et al.*, 2003).

Para os autores que validaram o PCAT no Brasil, o instrumento pode ser utilizado para avaliações e monitoramento de serviços de atenção primária a nível local (ALMEIDA e MACINKO, 2006). Já os autores que utilizaram o PCAT para aferir os níveis de cuidados primários prestados por preceptores em Maritime-Canadá, atestam que o instrumento pode ser utilizado em intervenções de formação profissional (ROWAN *et al.*, 2002).

As várias dimensões do PCAT o tornam flexível, possibilitando sua adequação a vários objetos de pesquisa, como, por exemplo, comparar diferentes tipos de clínicas e financiamentos com base nas dimensões da atenção primária, dentro de um mesmo intervalo de tempo ou em momentos diferentes; avaliar a implantação de novas modalidades de ambulatorios, como a diferença entre centros de atenção a saúde com e sem a Estratégia de

Saúde da Família, que redireciona a atenção básica no Brasil; averiguar se a implantação ocorreu de acordo com o preconizado ou não e se diferenciam-se com o modelo antigo ou não (HARZHEIM *et al.*, 2006; MULDOON *et al.*, 2010).

Avalia, ainda, se o serviço está alcançando algumas doenças, como tuberculose, doenças crônicas, entre outras. Todavia, este foco vai de encontro com os preceitos de Cassady e colaboradores (2000) que afirmam que o PCAT possibilitou a avaliação de serviços de saúde de acordo com as características de sua abordagem no provimento de cuidados da atenção primária, porque os serviços deste nível devem ser prestados com foco na pessoa e não na doença ou problema, abrangendo a avaliação de qualidade destes serviços a todos os indivíduos e populações.

Alguns estudos utilizaram o telefone para aplicar o PCAT (CASSADY *et al.*, 2000; DAHROUGE *et al.*, 2010; STEVENS *et al.*, 2002; TSAI *et al.*, 2010; WONG *et al.*, 2010), fato avaliado positivamente por alguns autores, devido a diminuição de gastos (CASSADY *et al.*, 2000) enquanto que outros acreditam que esta técnica diminua a representatividade dos achados (WONG *et al.*, 2010).

Outros utilizaram apenas uma dimensão para análise, embora autores acreditem que, ainda que avaliados separadamente, na prática apresentam-se intimamente relacionados (BRASIL, 2010). Enquanto outros cruzaram seus resultados com outros achados, seja pelo uso simultâneo de outras fontes de informações indiretas/subjetivas (MULDOON *et al.*, 2010; RUSSELL *et al.*, 2009) seja por aferições diretas (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Alguns autores consideram, inclusive, que não comparar os dados do PCAT com dados de aferição direta seja uma limitação do estudo (MULDOON *et al.*, 2010). Para outros, a realização de entrevistas, técnica qualitativa, concomitantemente ao uso do PCAT, técnica quantitativa, ajuda a clarificar a análise um do outro (RUSSELL *et al.*, 2010). Porém, o

delineamento transversal, ainda que complementado por outras fontes de informações, permite a demonstração da associação e não de causalidade (STEVENS *et al.*, 2002).

Para análise de dados, são disponibilizadas respostas do tipo Likert, sendo incluídas duas respostas para aumentar sensibilidade de entrevistas com usuários: “não sabe” e “recusa responder”, desta forma, cada resposta era atribuído um significado numérico (nunca=0; quase nunca=1; algumas vezes=2; muitas vezes =3; quase sempre=4; sempre=5) (ALMEIDA e MACINKO, 2006; ELIAS *et al.*, 2006; HARZHEIM *et al.*, 2006; IBAÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008).

As opções de resposta disponibilizadas são incluídas posteriormente, as opções “recusa” e “não sabe”, foram codificadas na análise como valores em branco (i.e. como “missing”), assim os índices compostos foram construídos com base na média aritmética do somatório dos escores, sendo que pode ser analisado cada dimensão de atenção primária ou o índice composto total calculado pela média das oito dimensões, variando de 1 a 5 (ALMEIDA e MACINKO, 2006; ELIAS *et al.*, 2006; HARZHEIM *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008).

Alguns autores utilizam a variação 0 a 4 (ROWAN *et al.*, 2002), outros 1 a 4, assim, para facilitar a interpretação dos resultados, estabeleceu-se como padrão de qualidade o índice 3,0 ("provavelmente"), ou seja, nível mínimo que deve ser esperado para cada atributo do cuidado. O nível mínimo representado as expectativas de uma expressão quantitativa dos pacientes (HAGGERTY *et al.*, 2007). Autores que utilizam 1 a 5, aferem os dados atribuindo pior desempenho ao índice 1 e melhor desempenho ao índice 5 (VIANA *et al.*, 2008).

Por mais que os autores definam o trajeto percorrido para alcance dos índices compostos totais, ao analisar os dados, percebe-se que descrevem de maneira diferente da

qual utilizaram para calcular os dados. Alguns estipulam o índice total por pessoa, outros pelo somatório ou por médias, variando o resultado e impedindo sua comparação.

Há uma discussão entre escalas que avaliam por meio de percepção, satisfação e outras que avaliam por experiências. Quanto a isto, houve divergências em relação ao PCAT.

Os autores Stevens e colaboradores (2002); Schneider and Palmer (2002) *apud* Almeida e Macinko (2006); Shi e colaboradores (2001); e Cassady e colaboradores (2000) acreditam que o PCAT é baseado em experiências em detrimento da percepção e da satisfação.

Esta discussão se dá pelo fato de que sentimentos e vivências estariam ligados à dimensão subjetiva, impossibilitando, então, a mensuração e generalização por expressarem singularidades não passíveis de expressão numérica (BOSI *et al.*, 2010). O que é corroborado por Viacava e colaboradores (2004) que relacionam elementos de satisfação e aceitabilidade com a expectativa do paciente enquanto que experiência é entendida como características “objetivas”.

A inclusão de participantes variou entre profissionais que atuavam a pelo menos 6 meses (IBAÑEZ *et al.*, 2006), 2 anos (LEE *et al.*, 2009) e até mesmo sem restrições (ROWAN *et al.*, 2002). Entre pacientes foi a mesma variação, de 6 meses (LEE *et al.*, 2009) a 2 anos (DAHROUGE *et al.*, 2010).

Muitos artigos recrutaram pacientes de acordo com os médicos (HAGGERTY *et al.*, 2008; LEE *et al.*, 2009), o que levantou a reflexão sobre um possível viés de seleção, pois poderia avaliar o médico e não o serviço em si. Resultados apontam uma possível atribuição às diferenças entre as clínicas, logo, aos modelos de atenção e não às diferenças entre médicos. Assim, apesar de o nome do médico servir de base para a avaliação, os resultados

refletiram o aspecto organizacional em vez de estilos de prática individual. Contudo, por terem em mente, pois o nome do médico de confiança é indagado, os usuários tendenciam a avaliar seus médicos positivamente, pois os pacientes que têm boas relações com seus médicos são mais tolerantes em suas avaliações (HAGGERTY *et al.*, 2008).

Neste caminho, Van Stralen e colaboradores (2008) alertam para o fato de o PCAT focar o clínico/médico, representada pela referência ao médico nas dimensões contempladas, diverge-se de aspectos da ESF, como enfoque familiar e multiprofissionalismo. Mas há estudos que evidenciam a importância de outros profissionais por meio da avaliação pelo PCAT, como o estudo de Haggerty e colaboradores (2008), que destaca a importância do enfermeiro na efetivação das funções da atenção primária; o estudo de Wong e colaboradores (2010) realizado Hong Kong que também explicita a inserção de profissionais que não da área de saúde nas equipes de saúde e o estudo realizado em Ontário – Canadá, cujo resultado apontou que a presença de profissionais que não da área da saúde, aliados a profissionais de saúde, aumenta o elenco de serviços em centros de atenção a saúde públicos (RUSSELL *et al.*, 2010).

Quanto aos profissionais, a reforma nos serviços de saúde, de uma forma geral nos países, aumentou as funções do enfermeiro, levando a crer que aumentaria o elenco de serviços. Porém, o observado não foi tal como o esperado, devido à falta do quantitativo de enfermeiros. Além do que, a delegação de determinados serviços aos enfermeiros, apesar de aumentar o acesso do usuário a um membro da equipe de cuidados primários em geral, também pode induzir uma sensação de dificuldade de acesso ao profissional de atenção primária, ainda que esta inserção tenha aumentado a disposição dos pacientes em se consultarem com outros profissionais que não médicos (TOURIGNY *et al.*, 2010).

O acúmulo de mais funções do enfermeiro fez com que ele soubesse mais sobre os pacientes, que ele deveria passar suas informações ao médico, sendo então o trabalho em equipe a palavra chave para divisão destas informações (MARSTELLER *et al.*, 2010) e o perfil do médico o principal determinante para coordenação (TOURIGNY *et al.*, 2010).

Uma característica para aumentar a qualidade da atenção foi o número de médicos por paciente. Achados apontam que esta relação está diretamente associada à pontuação total no PCAT (ROWAN *et al.*, 2002) e que apesar de um maior volume de pacientes atendidos por turno aumentar a acessibilidade, cada 3 pacientes a mais por hora diminui o 0.03 pontos do vínculo (HAGGERTY *et al.*, 2008). Atingir o equilíbrio entre a acessibilidade e continuidade é um desafio para alguns médicos e parece que a maioria dos médicos de família têm organizado sua prática para maximizar a continuidade em detrimento da acessibilidade (RUSSELL *et al.*, 2009).

Outro tema que deve ser refletido é a entrevista realizada apenas com usuários, excluindo não-usuários. Autores apontam esta restrição como uma limitação do estudo (MACINKO *et al.*, 2007) e acreditam que seus resultados sejam restringidos apenas aos usuários do serviço, não à população em geral (HAGGERTY *et al.*, 2008), dado que se fossem incluídos respondentes inquiridos em suas residências, ou seja, não usuários, poderia se ter uma ideia sobre determinantes adicionais de uso e acesso dos serviços (MACINKO *et al.*, 2007), evitando os preconceitos associados à investigação com base em configurações do provedor, que geralmente incluem apenas os usuários mais frequentes dos serviços de saúde (STEVENS *et al.*, 2002). Este tipo de seleção também pode superestimar alguns atributos, como “porta de entrada”, pois os usuários entrevistados já conseguiram acessar o sistema (ELIAS *et al.*, 2006).

Por outro lado, não há como avaliar um serviço pelo PCAT, um instrumento baseado nas experiências, por pessoas que nunca utilizaram o serviço, como mostra o estudo de Souza (2007) em que a avaliação das pessoas que não utilizaram o SUS foi negativa, demonstrando que a imagem influencia mais que a vivência e que o acesso é um dos principais problemas, pois as pessoas que utilizavam o SUS o avaliaram positivamente.

Ao compararem serviços públicos e privados, encontram que, independentemente de terem ido a serviços públicos ou privados, pessoas com doenças crônicas ou que foram a especialistas, avaliaram melhor os cuidados primários do que os que não foram a um especialista (WONG *et al.*, 2010) e que o serviço público apresentou maior correspondência ao ideal de “orientação para a comunidade” (MULDOON *et al.*, 2010).

Os artigos brasileiros se restringiram aos serviços públicos enquanto que alguns artigos internacionais focaram a atenção primária, comparando distintos modelos deste nível e entre demais níveis.

Artigos que incluíram serviços oferecidos na zona rural encontraram que há uma tendência a piores avaliações de “primeiro contato” em zonas semi-rurais (ROWAN *et al.*, 2002) e que as práticas rurais e aquelas localizadas a mais de 10 km de um hospital ofereceram uma ampla gama de serviços, sugerindo boa capacidade de resposta das práticas de atenção primária às necessidades da comunidade circunvizinha (RUSSELL *et al.*, 2010).

No Brasil são apontadas diminuição das iniquidades, ampliação do acesso a atenção primária, maior vínculo dos profissionais com as famílias adscritas (SOUSA e HAMANN, 2009). Fatores possibilitados pela inclusão dos ACS na equipe da ESF, promovendo uma ponte entre a sociedade e os profissionais (GOMES *et al.*, 2009a). Como evidenciado no estudo de Costa e colaboradores (2009) em que a presença dos ACS foi apontada como maior

facilidade de acesso influenciando a adesão de gestantes à ESF por meio de visitas domiciliares, marcação de consultas e acolhimento.

Serviços propostos nem sempre são executados, como transpareceu no artigo “Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care” em que havia diferença significativa entre serviços disponíveis e serviços prestados, pois médicos da rede privada acreditavam que incentivos financeiros influenciavam na provisão de elenco de serviços. Muitos acreditam que pagar por um suporte pode aumentar a prestação de serviços especializados. Assim como relataram que se a recompensa fosse menor que as dificuldades, o serviço não seria realizado e o paciente seria referido. Destacaram a relutância em assumir responsabilidades que não pudessem dividir ou terminar com facilidade, indicando que ofereceriam mais serviços se estes pudessem ser divididos ou realizados por outros colegas; reforçando a máxima de que a definição do marco legal de uma política pública em saúde não garante necessariamente a sua real aplicação (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Os artigos realizados no Brasil dividem-se a dois grandes blocos, o primeiro inclui avaliações realizadas a partir do projeto proposto pelo Ministério da Saúde - Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) para avaliar a mudança proposta para a atenção básica, tendo como ícone a ESF (VIANA *et al.*, 2008) e os artigos sobre tuberculose no Brasil fizeram parte do Projeto multicêntrico denominado “Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde de atenção básica no controle da tuberculose em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil” realizado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo) e utilizaram instrumento validado por Villa e Ruffino-Netto (Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*) (SCATENA *et al.*, 2009).

A diferença entre estudos que realizaram a validação do PCAT no Brasil está no público alvo, focando locais de atenção a saúde públicos e privados (HARZHEIM, ERNO *et al.*, 2006) ou restrito apenas a ambulatórios públicos, que não exigem seguro de saúde ou pagamento de serviços (MACINKO *et al.*, 2007).

Em todos os países analisados a atenção primária está passando por mudanças que podem ser percebidas nos artigos, principalmente quanto à mudança de foco da atenção, que antes era centrada na doença e agora passa a ser no paciente, na família e na comunidade.

Os escores encontrados variaram, sendo ora bem avaliados, ora pior avaliados, como as dimensões “enfoque familiar” e “orientação comunitária” que foram os melhores escores no artigo de Viana e colaboradores (2008) e piores escores no artigo de Macinko e colaboradores (2007).

Menores escores médios foram reportados para a "competência cultural" (2,09), "orientação para a comunidade" (2,34), e "coordenação: a continuidade registros médicos" (2,59) (ROWAN *et al.*, 2002). Os autores justificam os baixos escores de “competência cultural” à adequação do serviço prestado à necessidade e não à concernência da prática à cultura local, ou seja, a prática foca a doença em detrimento à pessoa humana, o que vai de encontro à importância dada às práticas que sejam socialmente aceitas, enfatizada por Donabedian (1968).

Metodologia

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de validação e aplicação de instrumento para avaliação das características da atenção primária, conformando-se, portanto, em uma pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal, cuja coleta de dados foi realizada por aplicação de questionários.

Situação problema: contexto amazônico

Embora a região Norte tenha apresentado no final dos anos 90 uma maior expansão da cobertura da ESF (MACHADO *et al.*, 2008), não há na literatura dados sobre a implantação e desenvolvimento da ESF no Amazonas, estado este que convive com populações de uma diversidade característica peculiar, como ribeirinhas, indígenas, rurais e urbanas, ainda com problemas de saneamento básico e desigualdades socioeconômicas (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Como ilustrado na introdução, o contexto amazônico torna-se peculiar diante das dificuldades de locomoção da população, que depende de rios e, desta forma, torna-se refém do regime pluvial, que, ora está navegável, ora não.

Além disso, há a distância geográfica de polos de atenção à saúde, sendo necessário, em muitos casos, o transporte de avião para a capital, referência mais próxima. Com isso, muitos municípios contam com a APS como principal fonte de atenção à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Parintins

O município de Parintins, segundo maior do estado, com 102.066 habitantes (IBGE, 2010), localizado na Ilha Tupinambara, a 420 Km de Manaus, à margem direita do Rio Amazonas. Por ser uma ilha, por mais que se utilize automóvel para chegar ao município, o

uso da balsa é indispensável para quem sai da capital Manaus, levando de 12 a 26 horas de barco ou aproximadamente 1h de avião (EMBRATUR, 2010; PARINTINS, 2010).

Assim como outros municípios ribeirinhos do Amazonas, a cidade mantém peculiaridades urbanas. Por não haver ônibus, as distâncias planas são percorridas a pé, de bicicleta ou de motocicleta. As pessoas estão situadas entre o rio e a floresta, sendo o rio a calha de ligação entre estes e a cidade, portanto, o porto como principal via de ligação (CORREA *et al.*, 2010).

A extração de Borracha, em meados do século XIX, trouxe imigrantes nordestinos que tinham uma forte tradição cultural, que hoje é conhecida como Boi – Bumbá parintinense e traz fama nacional e internacional ao município, um legado que agrega valor ao turismo, trazendo divisas à cidade (EMBRATUR, 2010; PARINTINS, 2010).

Segundo Tavares (*apud* CORREA *et al.*, 2010), o festival parintinense influenciou a geografia do município, com maior urbanização nos entornos do local onde ocorre a festa, com exclusão das áreas periféricas, o que por sua vez resultou em uma concentração de serviços de saúde nos bairros circunvizinhos a estes.

No ano 2000, de 89.672 habitantes da cidade, apenas 55.983 (62%) possuíam abastecimento de água, sendo que, destes, 33080 (60%) não possuíam canalização. Apenas 993(1%) possuíam rede geral de esgoto ou pluvial, e 3.162 (3,55) não tinham instalação sanitária e 30.393 (34%) tinham seu lixo coletado por serviços de limpeza (DATASUS, 2010). Situação bem diferente da encontrada no Estado de São Paulo, em que 95% da população tinha acesso a estes serviços (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

A relação entre a saúde e a provisão da água em quantidade e qualidade ideais e seu respectivo destino pós-utilização (esgotamento) marcam a questão ambiental na área da

saúde, movendo o setor na direção das práticas sanitárias que conformam a área de saneamento (IANNI e QUITÉRIO, 2006).

Para Machado e colaboradores (2008), é necessário compreender a configuração da APS e da eSF, assim como as condições de inserção e funcionamento nos sistemas municipais de saúde para compreender a provável discrepância entre a concepção da APS na política nacional e sua expressão nas realidades locais.

Em 2002 o município passou a gestão plena do sistema municipal e em 2003 o Plano Estadual de Regionalização determinou que município fosse uma das dezenove microrregiões de saúde do estado, referência para os municípios de Nhamundá e Barreirinha (AMAZONAS *apud* CORREA *et al.*, 2010) e, de fato “há certo esforço da gestão em criar rede assistencial, apesar da clara desarticulação entre os níveis de atenção do município” (MORETTI-PIRES, 2010).

A cidade apresenta apenas 1 unidade de cada tipo de estabelecimento: Central de Regulação de Serviços de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade Móvel Terrestre, Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, Farmácia Medica Excepcional e Programa Farmácia Popular, Hospital Geral Policlínica; e duas unidades de Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia e Unidade de Vigilância em Saúde (DATASUS, 2010).

No período de 2004 a 2008, Parintins apresentou aumento na cobertura populacional, razão de encaminhamento ao especialista, diminuiu a razão de visita domiciliar do médico, razão de atendimento de enfermagem e teve uma implantação insatisfatória (OLIVEIRA *et al.*, 2011); além do fato de haver prioridade de contratação de profissionais para hospital em detrimento da ESF, ineficiência da APS resolver problemas de saúde de sua competência causando sobrecarga no hospital” (MORETTI-PIRES, 2010).

A ESF foi implantada no município em 2000 e no período da pesquisa, era composta por 22 equipes de saúde da família, sendo 11 na zona urbana; apenas 5 funcionavam há pelo menos um ano. Havia em 2010, 8.540 famílias cadastradas.

Amostragem

A amostra foi composta por usuários da ESF de Parintins, cujas unidades de amostra foram Unidades Básica de Saúde da Família que tivessem incorporado ações da ESF há pelo menos um ano.

A amostragem seguiu os protocolos de Almeida e Macinko (2006), selecionando os usuários a partir da lista de agendamento do dia anterior. Como são agendados 40 pacientes diariamente, na frequência de 20 pacientes por turno, sorteou-se um dos 4 primeiros usuários a partir do agendamento, seguindo pulos sistemáticos de 4 em 4, sendo incluídos 5 usuários pela manhã e 5 usuários a tarde, atingindo os necessários 10 pacientes por unidade de Saúde da Família.

A coleta de dados consistiu de duas aplicações do instrumento em dias diferentes por um mesmo aplicador, considerando a primeira tomada o “teste” e a segundo o “reteste”

Esta etapa é considerada “teste” da aplicação do instrumento.

Decorridos 2 dias da primeira aplicação, o entrevistador procurou os usuários em suas residências para aplicação do “reteste”.

Instrumento

Diante da proposta de caracterizar Saúde da Família na prática e a idealizada, optou-se pelo uso do PCAT, que possibilita captar aspectos da atenção primária, montando um cenário de sua operacionalização com base nas experiências dos diversos atores que nela se envolvem.

O mesmo encontra-se disponível em:
<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5564.pdf>.

O questionário possui 95 questões, sendo da 1 a 18 questões de identificação, como sexo, idade, renda, condições de saúde, da 19 a 29 pertinentes à acesso, 30 a 32 relacionadas à porta de entrada, 33 a 42 ao vínculo, 43 a 63 ao elenco de serviços, 64 a 79 à coordenação, 80 a 83 ao enfoque familiar, 84 a 89 à orientação para a comunidade e 90 a 95 quanto à formação profissional, conforme anexo. Os atributos da ESF são operacionalizados em dimensões do questionário.

Etapas da validação

Diante das diversidades locais apresentadas anteriormente, o instrumento passou por algumas etapas, a fim de adequá-lo ao contexto, garantindo sua validade com base nos caracteres subjetivo e objetivo - estatístico envolvidos:

1. Pré-teste:

Escolheu-se o município de Coari para esta etapa, em que o instrumento foi aplicado para se avaliar a validade de face (clareza das perguntas, o formato do questionário).

2. Piloto:

Após a análise anterior, aplicou-se a versão pré-final dos questionários a alguns participantes da pesquisa, usuários dos serviços de atenção primária de Parintins. Os mesmos

procurados pelos pesquisadores em suas residências 2 dias depois para reaplicação, a fim de se testar a estabilidade do instrumento.

O questionário resultante destas etapas encontra-se no anexo.

Análise

Conforme supracitado foram realizadas quatro análises: validade aparente (semântica), estabilidade teste - reteste, consistência interna e validade de constructo.

As primeiras, como apontadas na revisão de literatura, são realizadas por meio subjetivo, ou seja, diálogo entre pesquisadores envolvidos e aplicação de pré-teste em populações semelhantes e questionando aos participantes “se” e “o quê” entenderam do conteúdo, verificando assim se foi alcançada a compreensão de conteúdos almejados a fim de aumentar a aceitabilidade do instrumento e adequar a conduta de aplicação.

A estabilidade foi analisada pelo coeficiente Kappa após aplicação do questionário em dois momentos diferentes (teste - reteste).

Consistência interna foi mensurada pelo Alfa de Crombach, a fim de avaliar a intercorrelação entre os itens das dimensões. E a análise fatorial serviu de base para a validade de constructo por esta determinar se os itens podem ser reduzidos a uma única dimensão (HARZHEIM *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, 2007).

Para avaliação da ESF no município de Parintins, foram consideradas as respostas da primeira entrevista e para a análise estatística utilizou-se o programa Stata SE 9.0 (Stata Corporation, 2008).

No processo de validação e de aplicação foram explicadas as diferentes opções para os entrevistados, mostrando-se um cartão com a escala das opções de resposta graficamente

representadas e que cada resposta tem um significado numérico (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5).

A média aritmética simples das questões que compõem a dimensão lhe conferem um índice composto. A média aritmética simples dos índices compostos das 8 dimensões, compõem o índice composto total da APS. Sua aferição se dá por meio de escala em que 0 corresponde ao pior e 5 ao melhor desempenho (VIANA *et al.*, 2008; ELIAS *et al.*, 2006).

Aspectos de ética na pesquisa com seres humanos

O presente estudo teve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) sob protocolo 121/09, sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos, cujo consentimento em participação foi registrado com a assinatura por todos de duas vias do referido termo, ficando uma em suas posses e a outra em posse dos pesquisadores.

Referências

- ALBUQUERQUE, Francisco José Batista e MELO, Cynthia de Freitas. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 23, p.323-330. 2010.
- ALMEIDA, Patty Fidelis e GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p.1727-1742. 2008.
- ALMEIDA, Célia e MACINKO, James. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006. 215p.
- ARAÚJO, Marize Barros de Souza e ROCHA, Paulo de Medeiros. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1439-1452. 2009.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. Revista APS, v. 10, n. 2, p. 189-199. 2007.
- BANDEIRA, Marina. Texto 9: Definição das variáveis e métodos de coleta de dados. Disponível em: www.ufsj.com.br. Acesso em : 10/07/2010.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria, FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA, Marcela Silva da. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. Physis Revista de Saúde Coletiva, v.19, n.4, p.1007-1028. 2009.
- BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.7, p. 401-412. 2002.
- _____. Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, p. 1336-1338. 2009.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. Revista de Saúde Pública, v. 44, p. 318-324. 2010.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, subchefia para assuntos jurídicos.1990.

_____. Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, v.3, p. 316-19. 2000.

_____. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos): 58 p. 2006a.

_____. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4): 60 p. 2006b.

_____. Diabetes Mellitus Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos): 64 p. 2006c.

CAMARGO - JUNIOR, Kenneth Rochel et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s58-s68. 2008.

CAMARGO-BORGES, Celiane e MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.29-41. 2009.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, p. s63-s69. 2005.

CANESQUI, Ana Maria e SPINELLI, Maria Angélica do Santos. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. 862-870 . 2008.

CASSADY, Charlyn E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics, v.105, n.4 p.998 - 1003. 2000.

CASTANHEIRA, Elen Rose L. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade, v.18, p. 84-88. 2009.

CASTRO, Ana Luisa Barros de e MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública, v. 26, n.4, p.693-705. 2010.

CAVALCANTE, Maria das Graças Santos et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.6, p. 437-445. 2006.

COELHO, Márcia Oliveira e JORGE, Maria Salette Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1523-1531. 2009.

COHEN-CARNEIRO, Flávia. Condição de saúde bucal em populações ribeirinhas no Estado do Amazonas: estudo de caso. 2009. 113f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s7-s16. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio De Janeiro: Editora Fiocruz, v.2, 2000. p.29-49.

CORREA, Rosana Pimentel; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira. Análise das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de um município ribeirinho amazônico. Sau. & Transf. Soc. v. 1, n. 1, p. 75-8. 2010.

COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1347-1357. 2009.

_____, Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.18, p. 705-726.2008.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira e VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Cadernos de Saúde Pública, v.26, p. 725-737. 2010.

DAHROUGE, Simone et al. An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. BMC Public Health, v.10, n.1, p.151. 2010.

DATASUS, Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/. Acesso em: 27 de Novembro de 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, v.13, n.1, p.103-107. 1997.

DONABEDIAN, Avedis. The Evaluation of medical care programs. Bull. N. Y. Acad. Med., v.44, n.2. 1968.

_____. The Effectiveness of Quality Assurance. International Journal for Quality in Health Care, Eljevier Science, v.8, n.4, p.401-407. 1996.

ELIAS, Evelyn e MAGAJEWSKI, Flávio. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.11, p. 633-647.2088.

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

EMBRATUR. Instituto Brasileiro de Turismo. Disponível em: <http://www.embratur.gov.br> . Acesso em 27 de Novembro de 2010.

FACCHINI, Luiz Augusto, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, p. 669-681.2006.

_____, Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s159-s172.2008.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.3, p.553-563. 2006.

_____ et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. v.9, p. 339-357.2009.

FERNANDES, Léia Cristiane Löeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva , v.14, Supl. 1, p. 1541-1552. 2009.

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, v.43, p. 928-936. 2009.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia et al. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. Cadernos de Saúde Pública, v.26,p. 2270-2278.2010.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de processos e serviços. In: Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec Editora Fiocruz, 2007.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.14,p. 783-794.2009.

GOES, Paulo Sávio Angeiras; FERNANDES, Lecy de Maria Araújo Gadelha; LUCENA, Luciana Barbosa Sousa. Validacao de instrumentos de coleta de dados. In: Epidemiologia da Saude Bucal. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006. p.390-397.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.744-755. 2009a.

_____. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1473-1482. 2009b.

GRISOTTI, Márcia; PATRÍCIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, n.3, p.831-840. 2010.

GRIEP, Rosane Harter et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cadernos de Saúde Pública, v.21, p. 703-714.2005.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* Room for improvement: Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. Canadian Family Physician, v.53, p.1056-1057. 2007.

HARZHEIM, Erno et al.. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública, v.22, p.1649-1659. 2006.

HENRIQUE, Flávia e CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. 809-819. 2008.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. Interface Comunicação saúde educação, v.13, n.supl.1, p.493-502. 2009.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 5 de abril de 2011.

KERBER, Nalú Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. Acta Paul Enferm, v.23, n.2, p.244-250. 2010.

KLEBA, Maria Elisabeth e WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.733-743. 2009.

LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, p.3455-3466.2010.

LEÃO, A. e OLIVEIRA, B. Questionários na pesquisa odontológica. In: Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica. Atheneu: São Paulo, 2005. p.273-290.

LEE, Jae Ho et al. Development of the Korean primary care assessment tool - measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. International Journal for Quality in Health Care, v.21, n. 2, p. 103-111. 2009.

LOCH-NECKEL, Gecioni et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1463-1472. 2009.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s42-s57. 2008.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. e KLINGELHOEFER, P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy and Planning v.22, p. 167-177. 2007.

MALOUIN, Rebecca; STARFIELD, Barbara; SEPULVEDA, Martin Jose. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. Managed Care, v.18, n. 6. 2009.

MARANHÃO NETO, Geraldo de Albuquerque; LEON, Antonio Carlos Monteiro Ponce de; FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. Equivalência transcultural de três escalas utilizadas para estimar a aptidão cardiorrespiratória: estudo em idosos. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p.2499-2510. 2008.

MARSTELLER, Jill A. et al. Physician Satisfaction with Chronic Care Processes: A Cluster-Randomized Trial of Guided Care. Ann Fam Med, v.8, n.4, p.308-315. 2010.

MASSOTE, Alice Werneck *et al.* A contribuição de estudos de percepção da população usuária na avaliação da atenção básica. In: Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.237-251.

MEDINA, Maria Guadalupe e HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 1153-1167. 2009.

MELO, Elza Machado et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 24, p. s29-s41.2008.

MENDES, Alessandra Gomes. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1625-1628. 2009.resenha do livro: Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília: Brasília. 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção a saúde. Rev Med Minas Gerais, v.18, n.4 Supl 4, p.S3-S11. 2008.

MENDONÇA, Claunara Schilling. Saúde da Família, agora mais do que nunca! Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1493-1497. 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública, v.25, n.7, p.1620-1625. 2009.

MILLER,Carolyn Levinson et al. Barriers to Primary Medical Care Among Patients at a Community Mental Health Center. PSYCHIATRIC SERVICES v.54, n.8, p.3. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005. 244p.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Assistance in family health from the perspective of users. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, p. 436-443. 2010.

MULDOON, Laura et al. Community orientation in primary care practices : Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. Canadian Family Physician. 2010.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. Cadernos de Saúde Pública. v. 27, p. 35-45, 2011.

PALHA, Pedro Fredemir e VILLA, Tereza Cristina Scatena. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. Rev Esc Enferm USP, v.37, n.3, p.19-26. 2003.

PARINTINS. Prefeitura Municipal de Parintins. Disponível em: www.parintins.am.gov.br. Acesso em : 27 de Novembro de 2010.

PASQUALI, Luiz. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora UnB. 1997.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s123-s133. 2008.

REICHENHEIM, Michael e MORAES, Claudia Leite. . Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.1, p.131-148. 1998.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s69-s78. 2008.

RONZANI, Telmo Mota e SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, p. 23-34. 2008.

ROWAN, Margo S. et al. Upholding the Principles of Primary Care in Preceptors' Practices. Family Medicine, v.34, n.10, p.6. 2002.

RUSSELL, Grant et al. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: the impact of organizational factors. Ann Fam Med, v.7, n.4, p.309 - 318. 2009.

SERRA, Carlos Gonçalves e RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v.15, p.3579-3586.2010.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract, v.50, n.2. 2001.

SHIMIZU, Helena Eri e ROSALES, Carlos. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.16, p. 883-888, 2008.

SILVA, José Mendes da e CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cadernos de Saúde Pública, v.26, p. 1187-1193. 2010.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, (Supl. 1), p. 1325-1335. 2009.

SOUZA, Renilson Rehem. Políticas e práticas de saúde e equidade. Rev Esc Enferm USP, v.41, n.Esp, p.765-770. 2007.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726 p.

STEVENS, Gregory D. e SHI, Leiyu. Racial and ethnic disparities in the quality of primary care for children. JFP ONLINE, v.51, n.6, p.9. 2002.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.5, p. s11-s22. 2003.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi e OLIVEIRA, Vanessa Elias. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Saúde e Sociedade, v.16, n.1, p.7-17. 2007.

TOURIGNY, André et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform Family medicine groups in Quebec. Canadian Family Physician, v.56, p.10. 2010.

TSAI, Jenna et al. Physician Specialty and the Quality of Medical Care Experiences in the Context of the Taiwan National Health Insurance System. Family Medicine - World Perspective, v.23, n.3, p.11. 2010.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRÃO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. Cad. Saúde Pública, v.24, n.3, p.663-674. 2008.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p.s148-s158. 2008.

VERAS, Cláudia Luciana de Sousa Mascena e VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica - 2005. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.18, p.133-140. 2009.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.711-724. 2004.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila e MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde . Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.3, p. 807-817. 2009.

_____, Ana Luiza D'Ávila et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.24, p.s79-s90. 2008.

_____, Ana Luiza D'Ávila et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciênc. saúde coletiva, v.11, n.3, p. 577-606. 2006.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1565-1577. 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Avaliação em saúde : Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA, 2005. p.15-39.

WONG, Samuel YS et al. Comparision of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. BMC Public Health, v.10, p.11. 2010.

Artigos

Validação do *Primary Care Assessment Tool* para o contexto do interior da Amazônia

RESUMO: Em 2006 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se uma das instâncias privilegiadas como um meio de reestruturar a atenção à saúde, focando a família e buscando superar o modelo medicalocêntrico. Avaliações para averiguar a efetividade da ESF são de suma importância. O *Primary Care Assessment Tool* (PCAT) é uma ferramenta de avaliação das características da atenção primária, levantando pontos positivos e negativos que devem ser melhorados. Porém, frente a peculiaridades existentes na Amazônia, faz-se necessária a validação deste instrumento para este contexto. Portanto, o presente artigo objetivou avaliar propriedades psicométricas do PCAT em contexto amazônico, baseado no trabalho de Almeida e Macinko, avaliando a validade aparente por meio de um piloto aplicado em população semelhante à do estudo, que não implicou alterações, estabilidade teste/reteste analisada pelo teste de Kappa, em que 51% das questões apresentaram valores acima de 0,7 esperados por outros autores que validaram o instrumento, consistência interna estatisticamente analisada pelo Alfa de Crombach em que as questões não apresentaram variação com relação a dimensão e para validade de constructo, utilizou-se análise fatorial, sobre a qual pode-se inferir que as 8 dimensões representavam conjuntamente o índice de avaliação da APS. Os resultados permitiram inferir que o PCAT versão adultos foi satisfatoriamente validado para o interior do Amazonas. Assim, o instrumento poderá ser utilizado para avaliação e monitoramento dos serviços de saúde prestados à região amazônica, facilitando o acompanhamento, aprimoramento e efetivação dos objetivos da ESF.

Palavras chaves: Atenção primária a saúde, Programa de saúde da família, Avaliação de desempenho.

INTRODUÇÃO

A utilização de instrumentos de avaliação dos serviços de saúde se tornou cada vez mais importante, dado o crescimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo dados do DATASUS (2010), entre agosto de 2005 e fevereiro de 2011 a rede pública de Saúde pouco mais que dobrou no Brasil, passando de 109.253 para 226.665 estabelecimentos. No que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), houve um crescimento de cerca de 10% dos estabelecimentos, com a expansão de 38.482 para 42.032 unidades deste nível de atenção, desconsiderando as Unidades Mistas. Em termos da expansão por Região do Brasil, Norte e Nordeste se destacaram no período com expansão superiores as das demais Regiões (10% e 13%).

Tendo em vista a relevância da APS no SUS, a avaliação de suas características é fundamental, não apenas com diagnóstico situacional, mas principalmente para a identificação das fragilidades no processo de implementação, possibilitando a análise da coerência e da adesão aos princípios que regem-na (PEREIRA *et al.*, 2008; VIACAVA *Et al.*, 2004).

Starfield (2002) desenvolveu importantes bases teóricas referentes a relevância da APS como principal nível de produção de cuidados aos usuários dos Sistemas de Saúde. O trabalho desta autora culminou no desenvolvimento de uma metodologia de avaliação das características fundamentais da APS através do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT). O PCAT foi estruturado para medir aspectos críticos, extensão e qualidade dos serviços prestados, baseados nas necessidades dos usuários (ALMEIDA e MACINKO, 2006; SHI *et al.*, 2001).

No Brasil, a APS refere-se à Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi criada em 1994 como Programa de Saúde da Família e oficializada como principal estratégia de reorientação e reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil em 2006, através da

Política Nacional de Atenção Básica (SOUSA e HAMANN, 2009; ASSIS *et al.*, 2007; MACINKO *et al.*, 2007; BOSI *et al.*, 2010; BODSTEIN, 2002).

A adequação do PCAT na avaliação da APS brasileira fundamenta-se no paralelismo entre os conceitos de Starfield (Almeida e Macinko, 2006) e os princípios que constroem a Política Nacional de Atenção Básica (BODSTEIN, 2002; ALMEIDA E GIOVANELLA; 2008).

A partir desse pressuposto, Almeida e Macinko (2006) realizaram a primeira transculturação do PCAT para um contexto brasileiro, na cidade de Petrópolis (RJ), com o objetivo de disponibilizar aos gestores uma metodologia rápida que possibilitasse julgar organização e desempenho dos serviços da APS em nível municipal. Outra validação também foi realizada em Porto Alegre (RS) por Harzheim (HARZHEIM *et al.*, 2006). No entanto, para as demais Regiões do Brasil, especialmente no contexto dos municípios do interior da Amazônia, não foram encontrados estudos.

A necessidade de suprir esta lacuna com validações em diferentes contextos nacionais foi destacada por Macinko e colaboradores (2007), uma vez que permite tanto a avaliação local pelos Gestores como comparar o desempenho da ESF em diferentes contextos, fortalecendo comparações consistentes da APS brasileira (HARZHEIM *et al.*, 2006).

A prestação de assistência pública à saúde no interior da Amazônia apresenta peculiaridades, tanto em termos das características geográficas como dos processos de trabalho nos serviços de saúde decorrentes das primeiras (OLIVEIRA *et al.*, 2011). O acesso aos serviços de saúde, saneamento básico e as desigualdades socioeconômicas são precários principalmente nos municípios ribeirinhos, que correspondem a expressiva parcela da composição dos Estados da Região Norte, cuja rede de assistência a saúde tem cobertura populacional abaixo de 50% e os polos dos serviços estarem geograficamente distantes,

representando menor acesso aos serviços básicos de saúde, podendo agravar os problemas de saúde da população. Para estas populações ainda existem grandes limitações, uma vez que a completa implantação da ESF está fortemente relacionada à questão da territorialização. Outra peculiaridade regional importante do Norte do Brasil é a predominância de endemias do clima tropical úmido.

Baseado nestes pressupostos e na ausência de estudos sobre a aplicação do PCAT, o presente estudo objetiva validá-lo para o contexto do interior do Estado do Amazonas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de validação de instrumento para avaliação das características da APS.

Instrumento

O PCAT é um instrumento que mensura os atributos essenciais da APS (STARFIELD, 2002; ALMEIDA e MACINKO, 2006; STARFIELD, 2002; VAN STRALEN *et al.*, 2008): primeiro contato (acessibilidade e utilização), longitudinalidade (força de afiliação e relação interpessoal), abrangência/ elenco de serviços (serviços oferecidos e recebidos) e coordenação do cuidado (STEVENS *et al.*, 2002).

A versão proposta por Macinko e colaboradores (2007), utilizada no presente estudo, adaptou alguns conceitos à realidade dos serviços de saúde brasileiros tais como a dimensão “Elenco de serviços” (originalmente *comprehensiveness*), a “Coordenação”, “acesso” e “porta de entrada”, que pertenciam à dimensão “primeiro contato” (MACINKO *et al.*, 2007; ALMEIDA e MACINKO, 2006; VAN STRALEN, *et al.*, 2008). Os autores referidos também adicionaram a orientação para a comunidade e enfoque familiar e a dimensão “Formação profissional” (ALMEIDA e MACINKO, 2006) que substitui “competência cultural” e

pressupõe que a atenção primária seja uma área de “especialização” que requer formação específica voltada para o desempenho das funções segundo as dimensões anteriores (VAN STRALEN, et al., 2008).

Assim, as versões do PCAT validadas para o Brasil estruturam-se em oito dimensões (ELIAS *et al.*, 2006). Outra variação instrumento brasileiro para o original estadunidense é a aplicação por entrevistadores (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Seguindo a versão de Almeida e Macinko (2006), o instrumento propõe a avaliação das seguintes dimensões:

- Acesso: mensura a relação entre o usuário e a unidade de saúde em termos de distância, horário de funcionamento, disponibilidade de medicamentos e co-pagamento dos serviços.
- Porta de entrada: avalia o acesso e uso da APS pelo usuário a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência.
- Vínculo: mensura a regularidade, tempos de atendimento, uso do serviço ao longo do tempo e humanização, além da capacidade da equipe em identificar a população adscrita bem como os indivíduos dessa população, exceto para especialidades e/ou encaminhamentos.
- Elenco de serviços: avalia a programação disponível na unidade – incluindo Educação para a Saúde – assim como encaminhamentos para consultas especializadas, serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.

- **Coordenação:** avalia a continuidade das ações junto aos usuários, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Também avalia o seguimento por parte da equipe do usuário através dos outros níveis da rede assistencial do SUS e seu retorno à APS após esses, assim como o acesso dos usuários as suas informações relativas a própria saúde.
- **Enfoque Familiar:** mensura a abordagem dos fatores de risco social dos usuários pela equipe de Saúde.
- **Orientação para a comunidade:** avalia se as necessidades de saúde da população são abordadas no contexto social, assim como se as ações da equipe extrapolam a unidade de saúde e a intersetorialidade prevista para a APS no Brasil.
- **Formação profissional:** mensura a formação dos profissionais da APS para o desempenho das especificidades exigidas neste nível de atenção. Também avalia o quanto os usuários dão credibilidade ao serviço de saúde.

Locus do Estudo

O município de Parintins, segundo maior do Amazonas, com 102.066 de habitantes (IBGE, 2010), localizado na Ilha Tupinambara, a 420 km de Manaus (AM), com deslocamento exclusivamente aéreo ou fluvial, sendo que este último o principal. O tempo para se chegar a Parintins de barco varia de 12 a 26 horas e de avião aproximadamente 1 hora (EMBRATUR, 2010; PARINTINS, 2010).

Assim como outros municípios ribeirinhos do Amazonas, a cidade mantém peculiaridades urbanas. Por não haver ônibus, as distâncias planas são percorridas a pé, de

bicicleta ou de motocicleta. Os munícipes residem tanto na região entre rio Amazonas e a floresta, sendo que a calha do rio é a zona terrestre de deslocamento das vilas ribeirinhas e a cidade (CORREA *et al.*, 2010).

Em 2002 o município passou a gestão plena do sistema municipal e em 2003 o Plano Estadual de Regionalização determinou que município fosse uma das dezenove microrregiões de saúde do estado, referência para os municípios de Nhamundá e Barreirinha (AMAZONAS *apud* CORREA *et al.*, 2010) e, havendo esforço da gestão em criar rede assistencial, apesar da clara desarticulação entre os níveis de atenção do município (MORETTI-PIRES, 2010).

A APS tem como modelo exclusivo a ESF, inexistindo serviços de saúde privado. A ESF foi implantada em 2000, sendo que no período da pesquisa era composta por 11 equipes de Saúde da Família na zona urbana e 11 na zona rural. Apenas 5 equipes estavam implantadas há pelo menos um ano. Havia em 2010 8.540 famílias cadastradas.

Seleção da Amostra

A amostra foi composta por usuários e profissionais da ESF de Parintins, oriundos de equipes com pelo menos um ano de implementação, conforme metodologia adotada por Almeida e Macinko (2006). Seguindo esta metodologia, foram selecionados usuários a partir da lista de agendamento do dia anterior. Como são agendados 40 pacientes diariamente, na frequência de 20 pacientes por turno, sorteou-se um dos 4 primeiros usuários a partir do agendamento, seguindo pulos sistemáticos de 4 em 4, incluindo 5 usuários da manhã e 5 usuários da tarde, atingindo os necessários 10 pacientes por unidade de Saúde da Família incluída.

A coleta de dados consistiu de duas aplicações do instrumento em dias diferentes por um mesmo aplicador, com a etapa “teste” para a primeira aplicação nas unidades e “re-teste”

decorridos 2 dias da primeira aplicação, em que o entrevistador procurou os usuários em suas residências.

Etapas da validação

O Pré-Teste do Instrumento foi iniciado com a aplicação da versão de Macinko à dez usuários e dez profissionais da ESF do município de Coari (AM), por suas características geográficas, sócio-demográficas e de estruturação do Sistema de Saúde semelhantes a Parintins. Nesta etapa avaliou-se a validade aparente (semântica) do PCAT, com a clareza das perguntas e o formato do questionário (GOES *et al.*, 2006; LEE *et al.*, 2009; PASQUALI, 1997). Nesta etapa solicitou-se aos entrevistados que explicassem o que entenderam de cada uma das questões.

Em seguida foi realizado um Piloto da versão, o instrumento foi aplicado a dez usuários de Parintins, na unidade de Saúde da Família com mais tempo de implementação na zona urbana, conforme procedimentos amostrais supramencionados.

Realizado o pré-teste, realizou-se aplicação do questionário nos demais usuários de Parintins incluídos no processo de amostragem.

Análise estatística

Com os dados da aplicação, analisou-se a estabilidade Teste/Reteste do instrumento, a consistência interna e validade de constructo. A estabilidade foi analisada pelo coeficiente Kappa após aplicação do questionário em dois momentos diferentes (teste - reteste). As aplicações de teste e re-teste permitem averiguar se o questionário coleta as mesmas informações independentemente do tempo e espaço. Na interpretação do teste de Kappa, quanto mais próximo de um é o valor, maior estabilidade, ou seja, menor variação entre as respostas dos mesmos participantes em tempo e/ou espaços diferentes. Conforme Landis e

Koch (1977), o índice de kappa devem ser interpretados da seguinte forma: de 0 a 0,350 - concordância fraca; de 0,351 a 0,700 - concordância razoável; de 0,701 a 1,000 - concordância muito boa.

Para assegurar a qualidade da coleta dos dados, é importante que o instrumento seja aplicado duas vezes em distintos momentos e que os resultados destas coletas sejam comparados por meio de testes estatísticos (HARZHEIM *et al.*, 2006).

Consistência interna foi mensurada pelo Alfa de Crombach, a fim de avaliar a intercorrelação entre os itens das dimensões. E a análise fatorial serviu de base para a validade de constructo por esta determinar se os itens podem ser reduzidos a uma única dimensão (HARZHEIM *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, 2007).

Aspectos éticos

O presente estudo teve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC) sob protocolo 121/09, sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos, cujo consentimento em participação foi registrado com a assinatura por todos de duas vias do referido termo, ficando uma em suas posses e a outra em posse dos pesquisadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à validade aparente do PCAT no contexto investigado, os resultados apontaram para compreensão dos entrevistados em relação ao que era perguntado, de forma que não sofreu adaptações, modificações ou exclusões em relação à versão de Almeida e Macinko (2006). Este resultado foi similar aos de Harzheim e colaboradores (2006) e Macinko e colaboradores (2007).

Neste estudo foram entrevistados 51 usuários dos quais 16 participaram da avaliação de estabilidade através do teste e re-teste com o instrumento, uma proporção da amostra equivalente a 31%, valor superior aos demais estudos brasileiros (HARZHEIM *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, 2007).

Na análise da estabilidade, 14 questões do instrumento apresentaram o valor de 1 no teste de kappa.

Ao comparar a primeira com a segunda aplicação (teste-reteste), por meio do Teste de Kappa, como observado na tabela 1, 14 questões não puderam ser analisadas por Kappa, pois segundo Cassady e colaboradores (2000), quando há concordância completa entre as respostas do teste e do reteste, não há como calcular Kappa. Ocorreram valores acima de 0,7 em 51% das questões, o que é o esperado por alguns autores (HARZHEIM *et al.*, 2006; SHI *et al.*, 2001). As demais questões apresentaram índices semelhantes aos estudos anteriores (CASSADY *et al.*, 2000; ALMEIDA e MACINKO, 2006). O que leva a inferir uma boa estabilidade da aplicação.

Tabela 1 – Propriedades psicométricas do Primary Care Assessment Tool entre usuários do Município de Parintins, 2010.

Questão	Kappa (IC)	Alfa de Combach
<u>Acesso</u>		
O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste posto/centro/unidade?	0.896 (0.795 - 1.000)	0.4786
O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) neste posto/centro/unidade no prazo de 24 horas?	0.640 (0.384 - 1.000)	0.4829
Este posto/centro/unidade está aberto durante os fins de semana?	-	0.4813
Este posto/centro/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	-	-
Durante o período de funcionamento normal deste posto/centro/unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	0.436 (0.186 - 0.512)	0.5633

Quando este posto/centro/unidade está fechado, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	0.423	(0.286 - 0.634)	0.3966
Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto antes de ser atendido por um profissional de saúde?	0.259	(0.000 - 0.371)	0.4866
Quando vem consultar neste posto o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	0.622	(0.342 - 0.882)	0.4412
Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este posto tinha todos os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?	0.803	(0.786 - 1.000)	0.4415
Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto tinha todos equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	0.889	(0.867 - 1.000)	0.3244
O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (copagamento) neste posto/centro/unidade?	-	-	0.4828
		Dimensão	0.4778
<u>Porta de Entrada</u>			
Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade?	0.656	(0.426 - 1.000)	0.1590
Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vêm a este posto?	0.609	(0.278 - 0.877)	0.0410
Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste posto antes de consultar com um especialista?	0.026	(-0.050 - 0.133)	0.0268
		Dimensão	0.0845
<u>Vínculo</u>			
Quando o(a) senhor(a) vem a este posto para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	0.308	(0.158 - 0.308)	0.0987
Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste posto que lhe atendeu?	0.500	(0.291 - 0.797)	0.7608
Neste posto os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	0.494	(0.238 - 0.764)	0.1082
O profissional deste posto que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?	-	-	0.1046

Os profissionais deste posto/ respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1.000	(1.000 - 1.000)	0.1074
Durante as suas consultas os profissionais deste posto anotam as suas queixas no seu prontuário médico?	0.656	(0.000 - 0.738)	0.1036
Os profissionais deste posto estão informados sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) está utilizando?	0.796	(0.553 - 0.910)	0.0989
Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	0.880	(0.787 - 1.000)	0.1096
Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo. Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam apenas como um doente?	0.639	(0.300 - 0.877)	0.4816
Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam como um ser humano completo?	0.603	(0.368 - 0.795)	0.4284
		Dimensão	0.7117

Elenco de Serviços

Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços nesta unidade?	0.474	(-0.129 - 0.600)	0.9748
Vacinações para crianças	0.912	(0.714 - 1.000)	0.9748
Atendimento para crianças	1.000	-	0.9746
Atendimento para adultos	0.753	(0.432 - 0.817)	0.9746
Atendimento para idosos	0.911	(0.643 - 1.000)	0.9758
Controle pré-natal	1.000		0.9773
Serviços de planejamento familiar	0.919	(0.842 - 1.000)	0.9763
Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	0.886	(0.880 - 1.000)	0.9779
Programa de controle de tuberculose	0.833	(0.765 - 0.845)	0.9766
Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	0.914	(0.751 - 1.000)	0.9762
Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	0.834	(0.646 - 1.000)	0.9752
Tratamento/controle de diabetes	1.000		0.9749
Tratamento de pequenos ferimentos	0.830	(0.568 - 0.912)	0.9763
Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	0.819	(0.727 - 0.915)	0.9767
Problemas de saúde mental	0.839	(0.766 - 1.000)	0.9754
Conselhos sobre alimentação ou nutrição	0.755	(0.559 - 1.000)	0.9749
Conselhos sobre atividade física	0.615	(0.426 - 0.686)	0.9749
Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	0.519	(-0.066 - 0.653)	0.9756
Educação sobre violência doméstica	0.821	(0.747 - 1.000)	0.9758
Educação sobre acidentes domésticos	0.829	(0.597 - 0.915)	0.9750

Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes,etc..)	0.797	(0.512 - 0.830)	0.9746
		Dimensão	0.9768
<u>Coordenação</u>			
O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	0.892	(0.860 - 1.000)	0.7987
O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto?	0.792	(0.700 - 0.797)	0.8017
O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?	0.796	(0.598 - 0.881)	0.8019
Quando o(a) senhor(a) vem a este posto, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	1.000	-	0.8014
Quando a senhora estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	0.786	(0.726 - 0.902)	0.8176
Nesta gravidez a senhora tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	0.783	(0.647 - 1.000)	0.8158
Os profissionais deste posto pedem que a senhora traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta?	0.898	(0.824 - 1.000)	0.8157
O(a) senhor(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	1.000	-	0.8229
Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto?	0.704	(0.485 - 0.908)	0.7963
Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	0.722	(0.640 - 1.000)	0.7962
Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto ajudam a marcar a consulta?	0.708	(0.540 - 1.000)	0.7957
Quando o(a) senhor(a) é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	0.720	(0.595 - 0.892)	0.7956
O(a) senhor(a) retorna a este posto com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	0.814	(0.641 - 0.821)	0.8229
O(a) senhor(a) é informado(a) neste posto sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?	0.746	(0.444 - 0.893)	0.8231
O(a) senhor(a) discute com o profissional deste posto sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	0.769	(0.497 - 0.893)	0.8233

O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	0.899	(0.746 - 1.000)	0.8229
---	-------	-----------------	--------

Dimensão	0.8201
-----------------	---------------

Enfoque Familiar

Durante a consulta os profissionais deste posto normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família (ex., desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	0.896	(0.880 - 1.000)	0.9494
---	-------	-----------------	--------

Durante a consulta os profissionais deste posto normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da sua família?	0.771	(0.513 - 0.868)	0.9494
---	-------	-----------------	--------

O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde neste posto conhecem bem a sua família?	0.704	(0.656 - 0.901)	0.9497
---	-------	-----------------	--------

O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste posto fariam com a sua família sobre o seu problema de saúde?	0.720	(0.359 - 0.820)	0.9494
--	-------	-----------------	--------

Dimensão	0.9865
-----------------	---------------

Orientação para a comunidade

O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto atendem aos seus problemas de saúde?	0.797	(0.545 - 0.898)	0.5131
--	-------	-----------------	--------

O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste posto sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	0.886	(0.762 - 1.000)	0.4255
--	-------	-----------------	--------

As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto ou no Conselho Local de Saúde?	0.297	(0.100 - 0.576)	0.4556
---	-------	-----------------	--------

Este posto oferece serviços de saúde nas escolas?	0.682	(0.408 - 0.763)	0.4431
---	-------	-----------------	--------

Com que frequência os profissionais deste posto fazem visitas domiciliares?	0.559	(0.277 - 0.827)	0.4448
---	-------	-----------------	--------

O(a) senhor(a) acha que este posto trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	0.735	(0.362 - 0.830)	0.3392
---	-------	-----------------	--------

Dimensão	0.4898
-----------------	---------------

Formação profissional

Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um médico trabalhando?	0.519	(0.161 - 0.669)	0.7957
Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	-	-	0.7973
O(a) senhor(a) recomendaria este posto a um amigo(a)?	0.861	(0.741 - 1.000)	0.7956
O(a) senhor(a) recomendaria este posto a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	0.821	(0.357 - 1.000)	0.9383
Os profissionais deste posto são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	0.724	(0.465 - 0.820)	0.7908
Os profissionais de saúde neste posto relacionam-se bem com a sua comunidade?	0.659	(0.533 - 0.806)	0.8934
		Dimensão	0.8603
		Para a Escala	0.9493

*Alfa de Cronbach se o item é desprezado

Tabela 2: Suposições de Likert, confiabilidade e consistência interna para os oito atributos do PCATool-Amazonas, 2010.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	n	Variância explicada do fatorial (%)	Variância explicada acumulada fatorial (%)	α de Cronbach	Razão de êxito da escala	Confiabilidade: comparação teste-reteste (valor de p)*	Confiabilidade correlação intraclass teste-reteste
Acesso	51	15,2	-	0,47	9/11 (82%)	0,01	0,60
Porta de entrada	50	13,4	15,2	0,08	3/3 (100%)	0,52	0,80
Vínculo	49	8,5	23,7	0,71	9/10 (100%)	0,40	0,84
Elenco de Serviços	51	8,2	23,7	0,97	21/21 (100%)	0,45	0,30
Coordenação	50	4,2	27,2	0,82	16/16 (100,0%)	0,11	0,42
Enfoque Familiar	50	4,1	31,3	0,49	4/4 (100,0%)	0,59	0,46
Orientação para a comunidade	48	3,0	34,3	0,49	6/6 (100,0%)	0,10	0,77
Formação Profissional	48	2,5	39,8	0,95	5/6 (83,3%)	0,10	0,67

* Teste de Wilcoxon.

O questionário é formado por perguntas que operacionalizam indicadores que compõem dimensões. Dentre as perguntas deve haver homogeneidade, ou seja, correlação de cada pergunta com o restante do questionário. Quando há várias dimensões, suas concordâncias são medidas separadamente analisando o comportamento de cada questão dentro da dimensão (BANDEIRA, 2009; LEÃO e OLIVEIRA, 2005) e assim, avaliando a consistência interna.

O quão intercorrelacionados estão os itens podem ser analisados por meio do teste estatístico Alfa de Crombach. Desta forma, o ideal é que o questionário tenha aproximadamente 30 questões. Quando este número é aproximadamente 100, há o risco de superestimá-lo e subestimá-lo quando há aproximadamente 10 questões no instrumento (PASQUALI, 1997). Assim, como o PCAT tem 95 questões, é interessante separar as questões por dimensões, não que serão avaliadas se fazem parte de uma mesma dimensão (realizada pela análise fatorial), mas como forma de adequar ao teste estatístico.

Sendo assim, a consistência interna do instrumento foi apresentada por dimensões, sendo o alfa calculado sem a questão e comparado ao alfa da dimensão. Caso tenha aumentado o alfa sem a questão, esta deve ser desconsiderada (PASQUALI, 1997).

Ao observar a tabela, nota-se que o alfa atribuído a dimensão foi maior que os valores dos indicadores para todas as dimensões, significando que todas as questões foram validadas nesta etapa.

As menores dimensões apresentaram questões com alfa maior do que a dimensão, corroborando a idéia supracitada, que, assim como achados de Almeida e Macinko (2006) e Harzheim (2006) encontravam-se nas dimensões “acesso” e “porta de entrada”. A dimensão “formação profissional”, embora contenha apenas de 5 questões, apresentou um alfa

satisfatório, ao contrário da dimensão “acesso” que, mesmo que com 10 itens apresentou alfa insatisfatório, ainda que não se revelem inapropriados.

Validade de Constructo

O constructo em questão foi captado por meio de variáveis que, em conjunto, levavam a uma variável latente e, em adição às demais, 8 no total, formavam o índice da atenção primária, por cujo avalia-se a atenção primária prestada.

A análise fatorial é importante para verificar se os indicadores que, teoricamente constituem uma dimensão, representam conjuntamente, de fato, o que se pretende (ALMEIDA e MACINKO, 2006). Para a validade de construto, procedeu-se à análise fatorial (com método de estimação *Unweighted Least Squares - ULS*), com rotação *Varimax* e saturação.

Para unificar o conjunto de dados, ou seja, para verificar se as variáveis levavam a um único resultado (representado pelo índice da atenção primária), utilizou-se a análise fatorial e observou-se que as oito escalas foram reduzidas a um fator único (Eigen value = 2,52), corroborando que as oito escalas fazem parte do mesmo constructo de desempenho da atenção primária, tal como encontrado no estudo de Almeida e Macinko (2006)

Como a questão 8 ocupou um intervalo inaceitável na análise fatorial, a mesma não foi analisada no teste de Kappa.

Assim, versão final manteve as dimensões apresentadas por Almeida e Macinko (2006) operacionalizadas por 95 questões, sendo da 1 à 18 questões de identificação, como sexo, idade, renda, condições de saúde, da 19 à 29 pertinentes à acesso, 30 a 32 relacionadas à porta de entrada, 33 a 42 ao vínculo, 43 a 63 ao elenco de serviços, 64 a 79 à coordenação, 80

a 83 ao enfoque familiar, 84 a 89 à orientação para a comunidade e 90 a 95 quanto à formação profissional. Ou seja, atributos da ESF são operacionalizados em dimensões do questionário.

As questões 78 e 79 do Macinko referentes ao prontuário (78 - se o médico tem prontuário na hora q esta atendendo o paciente e 79 - se o paciente pode ver o prontuário) foram puladas e foi direto pra questões só para mulheres. No presente estudo procurou-se manter a o questionário o mais próximo da validação realizada por Macinko, mas ao analisar as definições e indicadores, nota-se certo distanciamento entre teoria e operacionalização.

CONCLUSÕES

O estudo comprovou que, não só o instrumento foi validado para o contexto amazônico, em cidades acima de 100 000 habitantes e zona urbana, como demonstrou que o instrumento pode ser utilizado para realizar avaliações rápidas da atenção primária baseadas nas experiências dos usuários, dando voz a estes atores (para os quais os cuidados são voltados), possibilitando um monitoramento contínuo, para que sejam levantados parâmetros e assim comparações ao longo do tempo, redirecionamento de práticas inadequadas ou identificação de pontos positivos.

A adaptação realizada no PCAT para o contexto amazônico permitirá que ele seja aplicado em outros municípios conferindo maior rigor e qualidade na mensuração da qualidade do desempenho e organização da ESF.

Tanto êxitos quanto erros devem ser identificados para que se possa definir o rumo que está tomando o serviço, para certificar que o idealizado está sendo cumprido. Quanto mais municípios aplicarem este instrumento, mais comparações serão realizadas e experiências, tanto positivas quanto negativas, poderão ser trocadas a fim de se alcançar um objetivo maior, que é o bem estar da população.

Como limitações do estudo, aponta-se foco na zona urbana e em usuários, sugerindo que sejam realizados estudos futuros para além destes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis e GIOVANELLA, Ligia. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p.1727-1742. 2008.

ALMEIDA, Célia e MACINKO, James. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006. 215p.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. Revista APS, v. 10, n. 2, p. 189-199. 2007.

BANDEIRA, Marina. Texto 9: Definição das variáveis e métodos de coleta de dados. Disponível em: www.ufsj.com.br. Acesso em : 10/07/2010.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins de. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. Revista de Saúde Pública, v. 44, p. 318-324. 2010.

CASSADY, Charlyn E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics, v.105, n.4 p.998 - 1003. 2000.

CORREA, Rosana Pimentel; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira. Análise das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de um município ribeirinho amazônico. Sau. & Transf. Soc. v. 1, n. 1, p. 75-8. 2010.

DATASUS, Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/. Acesso em: 27 de Novembro de 2010.

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

EMBRATUR. Empresa Brasileira de Turismo. Disponível em: [HTTP://WWW.EMBRATUR.GOV.BR](http://www.embratur.gov.br) . Acesso em 27 de Novembro de 2010.

GOES, P. S. A.; FERNANDES, L. M. A. G. ; LUCENA, L. B. S. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006. p.390-397.

HARZHEIM, Erno et al.. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, p.1649-1659. 2006.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 5 de abril de 2011.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, v.33, p.159-74, 1977.

LEÃO, A. e OLIVEIRA, B. Questionários na pesquisa odontológica. In: *Epidemiologia e bioestatística na pesquisa odontológica*. Atheneu: São Paulo, 2005. p.273-290.

LEE, Jae Ho et al. Development of the Korean primary care assessment tool - measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *International Journal for Quality in Health Care*, v.21, n. 2, p. 103-111. 2009.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C. e KLINGELHOEFER, P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy and Planning* v.22, p. 167-177. 2007.

MALOUIN, Rebecca; STARFIELD, Barbara; SEPULVEDA, Martin Jose. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. *Managed Care*. 2009.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Avaliação do trabalho na Estratégia de Saúde da Família em quatro contextos do interior do Amazonas. 2010. 153f. Tese (Livre-docente) - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. São Paulo.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 27, p. 35-45, 2011.

PARINTINS. Prefeitura Municipal de Parintins. Disponível em: www.parintins.am.gov.br. Acesso em : 27 de Novembro de 2010.

PASQUALI, L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora UnB. 1997.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s123-s133. 2008.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract, v.50, n.2. 2001.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, (Supl. 1), p. 1325-1335. 2009.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726 p.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p.s148-s158. 2008.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.711-724. 2004.

Avaliação da atenção primária de um município no interior do Amazonas

RESUMO: A atenção primária agrega tantas funções que para muitos perpassa o *status* de nível de atenção à saúde. No Brasil, sua reformulação, no sentido de aumentar o acesso à saúde, foi o foco da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como priorizar a família, dentre outros princípios. Este novo paradigma suscita a necessidade de avaliações da prestação de cuidados à saúde em nível municipal, o que ainda mostra-se incipiente no país. A presente pesquisa objetivou avaliar a ESF no interior do Amazonas, por meio do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), que mensura desempenho e organização da prestação de serviços a saúde, resultando em índices que variam de 0 a 5, cuja aproximação ao maior valor indica melhor avaliação. Centros de saúde que aderiram à ESF há pelo menos um ano foram as unidades de amostra. Os indicadores que alcançaram menores médias foram: “pagamento de consultas” (0,04), “atendimento no final de semana” (0,06) da dimensão Acesso, “problemas de saúde mental” (0,20) de Elenco de Serviços e “incentivo à representação popular em reuniões” (0,22) da dimensão Orientação Comunitária. Já os indicadores com maiores médias foram: “usuários veem enfermeiros trabalhando” (4,86), “usuários veem médicos trabalhando” (4,06) de “Formação Profissional”, “vacinação de crianças” (3,29) de Elenco de Serviços. O índice composto total para o município avaliado foi 1,3. Aponta-se a fragilidade do serviço prestado e sugere-se necessidade de reformas que aumentem principalmente o acesso e a coordenação de serviços de saúde.

Palavras chaves: Atenção primária a saúde, Programa de saúde da família, Avaliação de desempenho.

INTRODUÇÃO

Diante de evidências de que sistemas de saúde organizados com base na atenção primária à saúde (APS) aumentam as possibilidades de desempenho da rede de serviços de saúde por desenvolverem papel integrador, serem mais acessíveis e racionalizarem a utilização de recursos (sejam básicos ou especializados), com vistas à promoção, manutenção e cura (MEDINA e HARTZ, 2009); a APS foi o epicentro de toda a reorganização do SUS, sendo o município o maior responsável pela prestação de serviços à saúde inserida em uma gestão tripartite, com participação das demais esferas do governo.

Segundo Campos (2005), conceitos sobre as funções da APS são reconhecidos internacionalmente. Podem ser citados: continuidade e o vínculo entre profissionais e os usuários; integralidade da atenção relacionada tanto à coordenação quanto à abrangência de serviços oferecidos; enfoque familiar e comunitário; acesso de seus usuários sem distinção (CAMPOS, 2005).

Com vistas a operacionalizar estes conceitos sobre APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio reordenar o modelo de atenção à saúde em consonância com os princípios do SUS no sentido de reformular o modelo assistencial vigente, reorientando ações de saúde até então pautadas na assistência individual, hospital e medicalocêntrica (COELHO e JORGE, 2009; COSTA *et al.*, 2009; PALHA e VILLA, 2003), reconstruindo a assistência pública à saúde tanto no “plano epistemológico, quanto no âmbito da práxis” (ARAÚJO e ROCHA, 2009).

Com isso visava-se priorizar e fortalecer a APS como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; CASTRO e MACHADO, 2010; COSTA *et al.*, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009) e porta de entrada ao sistema de saúde

(GOMES *et al.*, 2009; MENICUCCI, 2009), ampliando assim o acesso da população a estes serviços (COSTA *et al.*, 2009; SOUSA e HAMANN, 2009).

As especificidades do território brasileiro, composto por populações heterogêneas nas quais se inserem de diferentes maneiras seus indivíduos e as distintas condições em que vivem, determinam o processo saúde-doença. Assim, a discussão sobre avaliação da qualidade dos serviços prestados na APS no Brasil é complexa e avaliá-la segundo seus usuários torna-se uma tarefa desafiadora diante da heterogeneidade da oferta dos serviços (MISHIMA *et al.*, 2010).

Diante dessa realidade e à falta de um instrumento padrão para avaliar o desempenho de cuidados primários a nível local, Almeida e Macinko (2006) realizaram no município de Petrópolis - Rio de Janeiro, com auxílio de autoridades municipais de saúde, a validação do *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), um instrumento rápido e válido para avaliar organização e prestação de serviços na atenção primária a nível local baseado nos preceitos de Starfield (ALMEIDA e MACINKO, 2006; MASSOTE *et al.*, 2008).

Embora a ESF esteja implantada em todos os estados brasileiros, as pesquisas de avaliação estão concentradas nas regiões Nordeste e Sudeste com número reduzido de publicações sobre avaliação da ESF nas regiões Norte e Centro-Oeste (LENTSCK *et al.*, 2010).

No que pese a falta de avaliações na região Norte, o Amazonas, maior estado brasileiro, apresenta características geográficas que prejudicam o acesso aos serviços de saúde, problemas de saneamento básico e desigualdades econômicas, além de uma população com características variadas em áreas urbanas e rurais, como ribeirinhos ou indígenas. Este contexto agrava-se com a predominância de doenças típicas do clima tropical úmido e pelo fato de sua rede de assistência a saúde abaixo de 50% do total cobertura populacional e os

polos dos serviços estarem geograficamente distantes, representando menor acesso aos serviços básicos de saúde, podendo agravar os problemas de saúde da população. Durante os anos de 2004 a 2008, indicadores de cobertura, indícios de mudança do modelo assistencial e impacto, sinalizaram uma implantação insatisfatória da ESF no estado do Amazonas, demonstrando sua fragilidade (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Cohen-Carneiro (2009) em sua tese denomina a população que apresenta relação peculiar com os rios como ribeirinha, e afirma que esta parece estar à margem da cobertura de serviços de saúde do SUS, justificando essa situação pelo fato de estarem longe das sedes municipais, agravado pelo alto custo de locomoção nestas condições, sem contar com os rios temporários, fazendo com que esta população receba assistência a saúde apenas esporadicamente.

Portanto, há uma necessidade de avaliar a ESF inserida em contexto amazônico, mas sua avaliação por meio do PCAT deve atentar-se a esta discriminação entre zona rural e urbana, pois segundo Almeida e Macinko (2006) a inclusão de tipos diferentes de estabelecimentos influenciaram demais dados de seus estudos e Oliveira e colaboradores (2011) reforçam que a ESF não está a favor da população rural amazonense, devido a barreiras à completa implantação da estratégia que estão fortemente ligadas a questão da territorialização.

Assim, o presente estudo propôs-se a avaliar a qualidade da prestação de serviços da ESF em município do interior do Amazonas, restringindo-se a população urbana, dadas as possíveis interferências nos dados, por meio do questionário PCAT para adultos, um instrumento baseado na vivência de usuários.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de aplicação de instrumento para avaliação das características da atenção primária, conformando-se, portanto em uma pesquisa avaliativa, quantitativa, transversal, cuja coleta de dados foi realizada por aplicação de questionários.

Situação problema: contexto amazônico

Embora a região Norte tenha apresentado no final dos anos 90 uma maior expansão da cobertura da ESF (MACHADO *et al.*, 2008), não há na literatura dados sobre a implantação e desenvolvimento da ESF no estado do Amazonas, estado este que convive com populações de diversidade característica, como ribeirinhas, indígenas, rurais e urbanas, ainda com problemas de saneamento básico e desigualdades socioeconômicas (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Como ilustrado na introdução, o contexto amazônico torna-se peculiar diante das dificuldades de locomoção da população, que depende de rios e, desta forma, torna-se refém do regime pluvial, que, ora está navegável, ora não.

Além disso, há a distancia geográfica de polos de atenção à saúde, sendo necessário, em muitos casos, o transporte aéreo para a capital, referência mais próxima. Com isso, muitos municípios contam com a APS como principal fonte de atenção à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Parintins

O município de Parintins, segundo maior do estado, com 102.066 habitantes (IBGE, 2010), localizado na Ilha Tupinambara, a 420 Km de Manaus, à margem direita do Rio Amazonas. Por ser uma ilha, por mais que se utilize automóvel para chegar ao município, o

uso da balsa é indispensável para quem sai da capital Manaus, levando de 12 a 26 horas de barco ou aproximadamente 1h de avião (EMBRATUR, 2010; PARINTINS, 2010).

Assim como outros municípios ribeirinhos do Amazonas, a cidade mantém particularidades urbanas. Por não haver ônibus, as distancias planas são percorridas a pé, de bicicleta ou de motocicleta. As pessoas estão situadas entre o rio e a floresta, sendo o rio a calha de ligação entre estes e a cidade, portanto, o porto como principal via de ligação (CORREA *et al.*, 2010).

A extração de Borracha, em meados do século XIX, trouxe imigrantes nordestinos que tinham uma forte tradição cultural, que hoje é conhecida como Boi – Bumbá parintinense e traz fama nacional e internacional ao município, um legado que agrega valor ao turismo, trazendo divisas ao município (EMBRATUR, 2010; PARINTINS, 2010).

Segundo Tavares apud Correa e colaboradores (2010) o festival parintinense influenciou a geografia do município, com maior urbanização nos entornos do local onde ocorre a festa, com exclusão das áreas periféricas, que por sua vez resultou em uma concentração de serviços de saúde nos bairros circunvizinhos à estes entornos.

No ano 2000, de 89.672 habitantes da cidade, apenas 55.983 (62%) possuíam abastecimento de água, sendo que, destas, 33080 (60%) não possuíam canalização. Apenas 993(1%) possuíam rede geral de esgoto ou pluvial, e 3.162 (3,55) não tinham instalação sanitária e 30.393 (34%) tinham seu lixo coletado por serviços de limpeza (DATASUS, 2010). Situação bem diferente da encontrada no Estado de São Paulo, em que 95% da população tinha acesso a estes serviços (IBAÑEZ *et al.*, 2006).

A relação entre a saúde e a provisão da água em quantidade e qualidade ideais e seu respectivo destino pós-utilização (esgotamento) marcam a questão ambiental na área da

saúde, movendo o setor na direção das práticas sanitárias que conformam a área de saneamento (IANNI e QUITÉRIO, 2006).

Para Machado e colaboradores (2008), é necessário compreender a configuração da APS e da ESF, assim como as condições de inserção e funcionamento nos sistemas municipais de saúde para compreender a provável discrepância entre a concepção da APS na política nacional e sua expressão nas realidades locais.

Em 2002 o município passou a gestão plena do sistema municipal e em 2003 o Plano Estadual de Regionalização determinou que município fosse uma das dezenove microrregiões de saúde do estado, referência para os municípios de Nhamundá e Barreirinha (AMAZONAS *apud* CORREA et al., 2010) e, de fato “há certo esforço da gestão em criar rede assistencial, apesar da clara desarticulação entre os níveis de atenção do município” (MORETTI-PIRES, 2010).

A cidade apresenta apenas 1 unidade de cada tipo de estabelecimento: Central de Regulação de Serviços de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Unidade Móvel Terrestre, Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, Farmácia Medica Excepcional e Programa Farmácia Popular, Hospital Geral Policlínica; e duas unidades de Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia e Unidade de Vigilância em Saúde (DATASUS, 2010).

No período de 2004 a 2008, Parintins apresentou aumento na cobertura populacional, razão de encaminhamento ao especialista, diminuiu a razão de visita domiciliar do médico, razão de atendimento de enfermagem e teve uma implantação insatisfatória (OLIVEIRA *et al.*, 2011); além do fato de haver prioridade de contratação de profissionais para hospital em detrimento da ESF, ineficiência da APS resolver problemas de saúde de sua competência causando sobrecarga no hospital” (MORETTI-PIRES, 2010).

A ESF foi implantada no município em 2000 e no período da pesquisa, era composta por 22 equipes de saúde da família, sendo 11 na zona urbana, apenas 5 funcionavam há pelo menos um ano. Havia em 2010 8.540 famílias cadastradas.

Amostragem

A amostra foi composta por usuários da ESF de Parintins, cujas unidades de amostra foram Unidades Básica de Saúde da Família que tivessem incorporado ações da ESF há pelo menos um ano.

A amostragem seguiu os protocolos de Almeida e Macinko (2006), selecionando os usuários a partir da lista de agendamento do dia anterior. Como são agendados 40 pacientes diariamente, na frequência de 20 pacientes por turno, sorteou-se um dos 4 primeiros usuários a partir do agendamento, seguindo pulos sistemáticos de 4 em 4, sendo incluídos 5 usuários pela manhã e 5 usuários a tarde, atingindo os necessários 10 pacientes por unidade de Saúde da Família.

Instrumento

Diante da proposta de caracterizar Saúde da Família na prática e a idealizada, optou-se pelo uso do PCAT que possibilita captar aspectos da atenção primária, montando um cenário de sua operacionalização com base nas experiências dos diversos atores que nela se envolvem.

O mesmo encontra-se disponível em:
<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5564.pdf>.

O questionário possui 95 questões, sendo da 1 à 18 questões de identificação, como sexo, idade, renda, condições de saúde, da 19 à 29 pertinentes à acesso, 30 a 32 relacionadas à porta de entrada, 33 a 42 ao vínculo, 43 a 63 ao elenco de serviços, 64 a 79 à coordenação, 80

a 83 ao enfoque familiar, 84 a 89 à orientação para a comunidade e 90 a 95 quanto à formação profissional. Ou seja, atributos da ESF são operacionalizados em dimensões do questionário.

RESULTADOS

A maior parte dos respondentes foi composta por mulheres (52%), com uma média de 43 anos de idade, metade tinha o segundo grau e 8% eram analfabetos. O nível socioeconômico apresentou-se baixo, recebendo a maioria até 2 salários mínimos. Apenas 1 pessoa declarou morar só, 24 pessoas moram com até 3 pessoas (4 por residência), 24 pessoas dividiam suas residências com 4 a 11 pessoas (5 a 12 por residência) e uma pessoa declarou morar com mais 14 pessoas.

Quanto à saúde autopercebida, 59% das pessoas consideraram seu estado de saúde bom ou muito bom, 12% ruim e 29% regular.

30 pessoas (60%) responderam afirmativamente à questão "deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo da saúde nos últimos 30 dias?" e quando questionados sobre a quantidade de dias que deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde", 23 (56%) pessoas responderam "0", 7 (17%) 1, 2 e 3 com 3 respondentes cada (14% ambas) e 5 (12%) pessoas responderam de 4 a 7.

75% dos respondentes tinham pelo menos uma doença crônica ("Doença de coluna ou dor nas costas", "Artrite ou reumatismo", "Câncer", "Diabetes", "Bronquite ou asma", "Hipertensão ou pressão alta", "Doença do coração", "Depressão" ou "Outra doença") e grande parte (46%) apresentou comorbidades. A "doença de coluna" foi a que apresentou maior incidência (56%).

A média das respostas de cada item (pergunta do questionário) foi calculada e a sua média compôs o índice total da dimensão, que por sua vez, constituiu o índice composto total que representa a avaliação da ESF. Variando de 0 a 5, quanto mais alta a média, melhor avaliado o item. Os resultados serão apresentados por dimensão (tabela 1).

Acesso

Nesta dimensão, apenas 2 questões tiveram índices superiores a 1. “O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste posto/centro/unidade?” e “Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto antes de ser atendido por um profissional de saúde?”. As demais sequer alcançaram 1 e as que se aproximaram de 1 foram “Quando vem consultar neste posto o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?” com 0.76 e “Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este posto tinha todos os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?” com 0.73. O índice composto da dimensão foi 0.6.

Porta de entrada

A questão “Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade?” foi a única questão a apresentar índice superior a 2, alcançando 2,69, sendo a melhor avaliada da dimensão. As demais questões ficaram abaixo de 2, apresentando a questão “Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste posto antes de consultar com um especialista?” índice de 1,22 e a questão “Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vêm a este posto?” o índice de 1,25. Assim, o índice da dimensão foi 1,72.

Tabela 1- Médias dos itens e índices compostos das dimensões do PCAT para Parintins – AM, 2010.

Número da Questão	Itens	Média
Acesso		
19	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste posto/centro/unidade?	1,27
20	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) neste posto/centro/unidade no prazo de 24 horas?	0,49
21	Este posto/centro/unidade está aberto durante os fins de semana?	0,06
22	Este posto/centro/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	0,29
23	Durante o período de funcionamento normal deste posto/centro/unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	0,29
24	Quando este posto/centro/unidade está fechado, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	0,14
25	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1,98
26	Quando vem consultar neste posto o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	0,76
27	Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este posto tinha todos os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?	0,73
28	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto tinha todos equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	0,55
29	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (copagamento) neste posto/centro/unidade?	0,04
	Índice Total da Dimensão	0,60

Porta de Entrada		
30	Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade?	2,69
31	Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vêm a este posto?	1,25
32	Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste posto antes de consultar com um especialista?	1,22
Índice Total da Dimensão		1,72
Vínculo		
33	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	0,92
34	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste posto que lhe atendeu?	0,90
35	Neste posto os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	1,69
36	O profissional deste posto que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?	1,24
37	Os profissionais deste posto/ respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1,24
38	Durante as suas consultas os profissionais deste posto anotam as suas queixas no seu prontuário médico?	1,41
39	Os profissionais deste posto estão informados sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) está utilizando?	0,80
40	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	0,76
41	Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo. Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam apenas como um doente?	2,25
42	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam como um ser humano completo?	2,53
Índice Total da Dimensão		1,37

Elenco de Serviços

Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços nesta unidade?

43	Vacinações para crianças	3,29
44	Atendimento para crianças	2,84
45	Atendimento para adultos	2,27
46	Atendimento para idosos	2,73
47	Controle pré-natal	2,27
48	Serviços de planejamento familiar	1,73
49	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	1,96
50	Programa de controle de tuberculose	1,37
51	Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	1,84
52	Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	0,92
53	Tratamento/controle de diabetes	2,57
54	Tratamento de pequenos ferimentos	2,41
55	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	0,45
56	Problemas de saúde mental	0,20
57	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1,12
58	Conselhos sobre atividade física	0,90

59	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1,86
60	Educação sobre violência doméstica	1,02
61	Educação sobre acidentes domésticos	0,75
62	Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes,etc..)	1,12
63	Atendimento odontológico	1,27
	Índice Total da Dimensão	1,66

Coordenação

64	O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	0,96
65	O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto?	1,08
66	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?	0,71
67	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	0,88
68	Quando a senhora estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	0,49
69	Nesta gravidez a senhora tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	0,37
70	Os profissionais deste posto pedem que a senhora traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta?	0,63
71	O(a) senhor(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	0,69
72	Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto?	0,55
73	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	0,49
74	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto ajudam a marcar a consulta?	0,51

75	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	0,45
76	O(a) senhor(a) retorna a este posto com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	1,22
77	O(a) senhor(a) é informado(a) neste posto sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?	0,53
78	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste posto sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	0,61
79	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	0,84
	Índice Total da Dimensão	0,69

Enfoque Familiar

80	Durante a consulta os profissionais deste posto normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família (ex., desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	0,84
81	Durante a consulta os profissionais deste posto normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da sua família?	0,82
82	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde neste posto conhecem bem a sua família?	0,69
83	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste posto fariam com a sua família sobre o seu problema de saúde?	1,14
84	Os profissionais deste posto lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o seu tratamento ou da sua família?	1,06
	Índice Total da Dimensão	0,91

Orientação para a comunidade		
85	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto atendem aos seus problemas de saúde?	0,67
86	O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste posto sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	0,80
87	As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto ou no Conselho Local de Saúde?	0,22
88	Este posto oferece serviços de saúde nas escolas?	1,32
89	Com que frequência os profissionais deste posto fazem visitas domiciliares?	3,25
90	O(a) senhor(a) acha que este posto trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	0,69
Índice Total da Dimensão		1,16
Formação Profissional		
91	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um médico trabalhando?	4,06
92	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	4,86
93	O(a) senhor(a) recomendaria este posto a um amigo(a)?	1,16
94	O(a) senhor(a) recomendaria este posto a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	0,63
95	Os profissionais deste posto são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	1,27
96	Os profissionais de saúde neste posto relacionam-se bem com a sua comunidade?	1,94
Índice Total da Dimensão		2,32

Tabela 2 – Índices compostos das dimensões do PCAT para Parintins – AM, 2010.

Dimensões	Índices Compostos
Acesso	0,60
Porta de Entrada	1,72 2
Vínculo	1,37
Elenco de Serviços	1,66 3
Coordenação	0,69
Enfoque Familiar	0,91
Orientação para a comunidade	1,16
Formação Profissional	2,32 1
Índice Composto da Total	1,30

Vínculo

Na dimensão vínculo, as questões "Quando o(a) senhor(a) vem a este posto para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?", "Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste posto que lhe atendeu?", "Os profissionais deste posto estão informados sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) está utilizando?" e "Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?" apresentaram escores abaixo de 1. As questões "Neste posto os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?", "O profissional deste posto que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?", "Os profissionais deste posto/ respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?" e "Durante as suas consultas os profissionais deste posto anotam as suas queixas no seu prontuário médico?" apresentaram índices de 1 a 2. E apenas as questões "Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo. Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam apenas como um doente?" e "Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam como um ser humano completo?" apresentaram índices acima de 2. Apresentando, a dimensão, um índice de 1,37.

Elenco de Serviços

A dimensão Elenco de Serviços, que alcançou índice 1,66, foi a primeira a ter índice acima de 3. Representado pela questão "Vacinações para crianças". As questões "Educação sobre acidentes domésticos", "Problemas de saúde mental", "Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco", "Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)" e "Conselhos sobre atividade física" apresentaram índices abaixo de 1.

Índices superiores a 1 até 2 foram alcançados pelas questões: "Serviços de planejamento familiar", "Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)", "Programa de controle de tuberculose", "Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)", "Conselhos sobre alimentação ou nutrição", "Educação sobre a preparação higiênica de água e comida", "Educação sobre violência doméstica", "Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, etc.)", "Atendimento odontológico".

Acima de 1 e abaixo de 3 estão as questões: "Atendimento para crianças", "Atendimento para adultos", "Atendimento para idosos", "Controle pré-natal", "Tratamento/controlado de diabetes" e "Tratamento de pequenos ferimentos".

Coordenação

Apenas 2 questões apresentaram índices acima de 1, "O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto?" e "O(a) senhor(a) retorna a este posto com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?" As outras 14 questões apresentaram índices inferiores a 1. Assim, a dimensão alcançou índice 0,69.

Enfoque Familiar

Repetindo a dimensão anterior, apenas 2 questões apresentaram índices superiores a 1, "O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste posto falariam com a sua família sobre o seu problema de saúde?" e "Os profissionais deste posto lhe perguntam sobre quais são as suas ideias e opiniões sobre o seu tratamento ou da sua família?", sendo as 3 restantes avaliadas com índices inferiores a 1.

Assim a dimensão alcançou 0,91.

Orientação para a comunidade

A segunda dimensão a apresentar índice superior a 3, representado pela questão Com que frequência os profissionais deste posto fazem visitas domiciliares?. Apenas a questão “Este posto oferece serviços de saúde nas escolas?” apresentou índice superior a 1. As demais sequer alcançaram este valor.

Formação profissional

Única dimensão a alcançar índices superiores a 4 com as questões "Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um médico trabalhando?" e "Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?". Apenas a questão “O(a) senhor(a) recomendaria este posto a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?” ficou abaixo de 1. As demais questões ficaram entre 1 e 2.

Índices Compostos

No geral os índices compostos por dimensões foram não alcançaram média 3. De 8 dimensões, 3 alcançaram médias abaixo de 1, 4 alcançaram médias acima de 1 e abaixo de 2 e apenas a dimensão “formação profissional” ultrapassou a média 2. Os índices mais baixos foram “acesso” (0,60) e “coordenação” (0,69). Assim, o índice composto total alcançou 1,30.

DISCUSSÃO

As mulheres ocupando maior porção dos usuários dos serviços de saúde foi também encontrado por outros estudos (ALMEIDA e MACINKO, 2006; HAGGERTY *et al.*, 2007; IBAÑEZ *et al.*, 2006; TOURIGNY *et al.*, 2010; WONG *et al.*, 2010) sobre o que, segundo Ibañez e colaboradores (2006) “infere uma situação social em que o papel feminino é nuclear no grupo familiar no cuidado à saúde”.

O presente estudo se aproxima ao de Ibañez e colaboradores (2006) e Almeida e Macinko (2006) ao encontrar média de 43 anos. Diferenciam-se quanto ao nível de escolaridade, em que o presente estudo encontrou 27% de respondentes com primeiro grau completo enquanto que os demais encontraram 75% e 22% respectivamente para os que não completaram o mesmo nível de ensino.

Nos grandes municípios paulistas, Viana e colaboradores (2008) encontraram como menor renda 3 salários mínimos, no presente estudo esta foi de 1 (47%). Mas aproximaram-se no maior valor encontrado, em que os autores encontraram 11 e no presente estudo 12 .

A pesquisa mundial de saúde apresentada por Szwarcwald e colaboradores (2005) inferiu que 53% dos entrevistados autoavaliaram a saúde como "boa" ou muito "boa", valor próximo ao encontrado (59%), 38% como "moderada" igualmente aproximado (29%) e 9% avaliaram como "ruim" ou "muito ruim", enquanto que no presente estudo foi encontrado 12%.

Destaca-se à observação o fato de a maioria das pessoas (60%) responderem que deixam de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo da saúde nos últimos 30 dias enquanto que, quando questionados sobre a quantidade de dias 56% das pessoas responderam “0”. Infelizmente, por ser um estudo transversal, o mesmo não permite aprofundar na questão, mas levanta-se aqui a sugestão de um aprofundamento quanto ao assunto, suscitando a necessidade de efetivar o acesso para que estas pessoas não deixem de realizar suas atividades diárias.

Fernandes e colaboradores (2009) ressaltam que as ESF estão quase sempre localizadas em áreas periféricas, facilitando o acesso oportuno aos cuidados de saúde, “dirigida à população de maior vulnerabilidade, para a qual, frequentemente, o acesso precoce a um serviço de saúde de boa qualidade representa a possibilidade de sobrevivida”.

Porém, a dimensão acesso foi uma das pior avaliadas (0,60), principalmente por não haver alguns tipos de serviços, como atendimento 24h, aos finais de semana. Este fato deve ser ressaltado, pois estudos anteriores demonstram que as chances de um paciente ser atendido, caso ficassem doentes, aumentavam se ocorresse durante o horário de funcionamento dos serviços de saúde (HAGGERTY *et al.*, 2007).

Interessante ressaltar nesta dimensão que, por mais que a lógica de análise seja crescente, ou seja, quanto maior o índice, melhor avaliada, a questão “O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (copagamento) neste posto/centro/unidade?” recebe valores invertidos, ou seja, quanto menor o índice melhor avaliada.

De fato, no presente estudo o índice atribuído foi 0,04, ou seja, nunca pagam para receber atenção na unidade de saúde da família. Tal fato pode ser entendido como uma garantia do direito à saúde, porém, os resultados do estudo realizado na região Nordeste demonstram que não apenas esta classe média, mas também classes baixas, com igual renda à dos usuários do SUS e que possuem condições de pagar pelos serviços das policlínicas privadas, têm se esquivado da rede pública de saúde (ALBUQUERQUE e MELO, 2010).

Serra e Rodrigues (2010) salientam que as condições de acesso da população aos serviços de saúde estão atrelados a proximidade das unidades de saúde da família aos demais níveis de complexidade assim como à proporcionalidade da oferta ao número de habitantes e suas respectivas necessidades. Aponta como nó crítico do acesso o direito à informação sobre os serviços disponíveis, funcionamento e organização, formação e experiência profissional dos recursos humanos e a existência de mecanismos de educação permanente.

Quanto a informações sobre funcionamento e organização da ESF pode-se citar Mendonça (2009) que revelam desconhecimento por parte da população quanto ao modo de

acessar as ações e serviços de saúde, defendendo a ideia de que “aquilo que não é conhecido, não pode ser defendido pela população”.

A divulgação do programa à população removeu as resistências dos usuários em experiência realizada em Cuiabá e Rondonópolis, fortalecendo o seu apoio (CANESQUI e SPINELLI, 2008), pois a não compreensão da mudança do modelo de APS pela população foram evidenciados nos estudos realizados por Souza e colaboradores (2008) em que os usuários assumem dificuldade em aceitar que a decisão de acesso à consulta médica seja de outro profissional, numa manifestação clara de questionamento ao processo de triagem e agendamento, revelando percepção do cuidado centrada no médico em vez da equipe de saúde.

Fato também observado no presente estudo em que usuários revelam nunca ter que realizar consulta na unidade de saúde da família antes de consultar com um especialista, exceto em casos de emergência.

Por outro lado, referiram “alguma a muitas vezes” procurar a unidade de saúde da família quando precisam de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina). Fato corroborado pelos profissionais que reconhecem que a população procura primeiro a unidade de saúde da família quando necessita de atenção à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Ao contrário dos achados de Rocha e colaboradores (2008), que encontrou maior evidência positiva a vínculo, o presente estudo encontrou baixo índice, que pode estar atribuído ao fato de que as equipes de saúde da família baseiam-se na adscrição de clientela para estabelecer vínculo com a população (PEREIRA *et al.*, 2008, BRASIL, 2000) e, segundo Moretti-Pires (2010), a gestão do município assume problemas com adscrição de clientela.

Alerta-se para o alto índice de doenças crônicas (75%) e comorbidades (46%). Este último apresentou-se acima dos achados de Almeida e Macinko (2006) que encontraram 59% e 31% respectivamente. Para tanto, deve ser incentivada a prática de exercício físico e conselhos sobre nutrição devem ser dados, pois são considerados tratamentos não medicamentosos destas doenças crônicas e também maneira de preveni-las (BRASIL, 2006a, 2006c).

Porém, "Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)", "Conselhos sobre atividade física" e "Conselhos sobre alimentação ou nutrição" apresentaram índices próximos a 1, sendo o menor índice atribuído a "saúde mental" (0,2). Os baixos índices podem ser justificados pela perspectiva que os profissionais têm de que fenômenos como saúde mental, nutrição e práticas físicas não se relacionam ao trabalho de sua área e, portanto, os demais profissionais são fundamentais para efetivação da ESF. Referenciando, portanto, a necessidade de outros profissionais (MORETTI-PIRES, 2010).

Destaca-se "Vacinações para crianças" que foi a melhor questão avaliada na referida dimensão. Também encontrado nos estudo de Facchini e colaboradores (2006) e o tratamento e controle do diabetes que alcançou um índice um pouco acima da média (2,57).

Em estudo que analisou as internações, notou-se que apenas os casos mais graves estavam sendo hospitalizados enquanto que os casos menos graves estão sendo controlados pelas ações desenvolvidas no município (CAVALCANTE *et al.*, 2006). Corroborando o que estudos já apontaram: a importância da ESF no tratamento e prevenção de doenças crônicas (FERNANDES *et al.*, 2009; PEREIRA *et al.*, 2008).

E quanto às imunizações, Mendonça (2009) a refere como ponto em que o Brasil se destaca devido à alta capacidade de realizar programas de imunização, erradicando doenças

preveníveis por imunização por conta da expansão da ESF, em que cita a campanha da rubéola, realizada nesse ano, que vacinou 58 milhões de pessoas, representando 85% da meta.

Destacou-se que, por mais que as questões melhor avaliadas não alcançassem 2, as questões referentes a exames laboratoriais: "O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?" e "O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto?" se destacaram assim como a questão sobre contrarreferência "O(a) senhor(a) retorna a este posto com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?".

Tais questões têm importância direta na dimensão e na articulação entre ESF e demais níveis e serviços de saúde, dado que o "alcance da integralidade consiste na coordenação durável das práticas de saúde aos elementos da família, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos e de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço" (SHIMIZU e ROSALES, 2008).

Quanto a articulação em rede destes serviços, Serra e Rodrigues (2010) destacam a importância do funcionamento de um sistema de referência e contrarreferência. Sobre o qual Cunha e Vieira-da-Silva (2010) atribuíram grande desafio aos gestores e profissionais.

Albuquerque e Melo (2010) apontam soluções para a quebra das barreiras de integração entre os diferentes níveis de complexidade, a criação de uma rede integrada e informatizada de dados e a desburocratização da marcação de consulta.

A ESF incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial, modelando a atuação dos profissionais, que deve considerar o usuário como protagonista, atendendo suas expectativas (SOUZA *et al.*, 2008; VAN STRALEN *et al.*, 2008) e dar enfoque à família, no sentido de transcender os espaços institucionais e

relacionais, permeando todas as ações para propiciar uma visão aprofundada da saúde das famílias tanto em nível estrutural quanto de suas dinâmicas (TAVARES *et al.*, 2009).

Com isso, o usuário torna-se protagonista e a participação social indispensável para planejamento de ações da atenção primária. Destaca-se, então, a ESF, por inserir-se na realidade local, tornando-se um atuante na tarefa de definir estas práticas, estreitando vínculos com usuários por meio do diálogo e respeito às diferenças culturais e ideológicas para unificar objetivos e metas (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; FREITAS e MANDÚ, 2010; PALHA e VILLA, 2003)

Assim, aproxima-se da população a ponto de reconhecer suas carências, possibilitando estruturação de um plano de ação ascendente, em que intervenções às famílias ocorrerão conforme as necessidades de uma população adscrita configurando dimensões práticas de saúde características daquela sociedade (CAMARGO-BORGES e MISHIMA, 2009; PALHA e VILLA, 2003; SOUSA e HAMANN, 2009)

O baixo índice atribuído à questão “O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde neste posto conhecem bem a sua família?”(0,69) revelam que o acompanhamento das famílias não está se efetivando, enquanto que o alto valor da questão “Com que frequência os profissionais deste posto fazem visitas domiciliares?”(3,25) apresentam uma inserção da equipe da USF no contexto familiar e comunitário.

A participação social pode ser inferida das seguintes questões: “O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto atendem aos seus problemas de saúde?”, “As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto ou no Conselho Local de Saúde?”. Porém, estas foram as questões que obtiveram as médias mais baixas (0,67 e 0,22), assim como planejamento realizado por meio da necessidade da comunidade local que pode ser captado

pela questão “O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste posto sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?” que teve como média 0,8.

Tais índices pressupõem a necessidade de capacitação profissional para efetivar tais práticas, mas a dimensão “formação profissional” obteve altos índices atribuídos à presença constante de enfermeiros (4,86) e médicos (4,06). Porém, não representa impactos positivos, uma vez que itens que avaliam suas funções, principalmente em relação a encaminhamentos e grupos de educação preventiva (BRASIL, 2006b) das dimensões “elenco de serviços” e “coordenação” apresentam baixa avaliações: “Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto?” (0,55); “Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?” (0,49); “Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto ajudam a marcar a consulta?” (0,51), “Quando o(a) senhor(a) é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?” (0,45); “Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco” (0,45), “Educação sobre a preparação higiênica de água e comida” (1,86), “Educação sobre violência doméstica” (1,02), “Educação sobre acidentes domésticos” (0,75).

O que leva a refletir sobre o que constatou Ronzani e Silva (2008), que “o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção de equidade” e que não apenas cursos de aperfeiçoamento profissional são critérios definidores de uma boa equipe de saúde da família, mas também o desenvolvimento de atributos pessoais entre os trabalhadores, como exemplo o autor cita atenção, disponibilidade, humildade, sensibilidade e interesse pessoal pelo trabalho.

Embora Canesqui e Spinelli (2008) apontem que elevados percentuais de equipes com médicos, enfermeiros e agentes de saúde, exceto de auxiliares de enfermagem, contribuem positivamente ao processo de implementação.

Ainda sobre a atuação dos profissionais em relação aos usuários, Moretti - Pires refere que os profissionais “aludem o atendimento ao usuário na perspectiva de “ajuda ao próximo” e não como manifestação de seu direito com cidadão, de forma que deveria se contentar com esta “ajuda” sem expressar insatisfação”.

Quanto aos índices compostos totais, as dimensões mais críticas foram “acesso” (0.60) e “coordenação” (0,69) assim como em outros locais do Brasil (ELIAS *et al.*, 2006; IBÁÑEZ *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008). Isso sugere que a introdução da saúde da família não implica necessariamente uma melhoria de acesso (VAN STRALEN *et al.*, 2008), embora seja um dos seus objetivos (HENRIQUE e CALVO, 2008).

Da mesma forma que o conceito de integralidade, posto como oferecimento de serviços adequados a todas as necessidades da comunidade adscrita, mesmo que por meio de outros níveis de atenção, através da coordenação de serviços, não está se efetivando na prática.

CONCLUSÕES

Ao analisar o processo de trabalho na ESF de Parintins, município situado no estado do Amazonas, Moretti-Pires (2010) observou que os profissionais referem a existência de práticas de planejamento local, principalmente para seguir a programação mínima estipulada pelo Ministério da saúde na ESF, assim realizando levantamento de dados para o sistema de informações mas apenas como mais um protocolo a ser seguido, caracterizando-se como

trabalho burocrático estrito e não como instrumento de planejamento para acompanhamento e mudança dos padrões de saúde da comunidade.

Viana e colaboradores (2006) observaram em seu estudo que em municípios com porte populacional de 100 a 200 mil habitantes há predominância de modelo centrado na APS com ênfase na ESF e que municípios com baixa capacidade de organização e de avaliação não apresentam bons resultados em termos de efetividade, o que pode ser justificado pelo fato de que uma etapa essencial para planejar ações que busquem a qualidade da atenção e que atendam as reais necessidades da população, é a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde (SZWARCOWALD *et al.*, 2005), relacionada ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem o sistema (VIACAVA *et al.*, 2004).

De fato, foi observado que Parintins, município com 102.066, não realiza os princípios da ESF no que se refere a acesso e continuidade. Mas a discrepância entre o preconizado e o seu exercício foi ressaltada nas revisões de avaliações da ESF realizadas por Lentsck e colaboradores (2010) e Albuquerque e Melo (2010).

Segundo Tavares e colaboradores (2009), as causas de desencontros entre projetos institucionais e a atuação da equipe de profissionais e a necessidades da comunidade são diversas, das quais cita conformações históricas de cunho político-ideológico e cultural até pressões advindas do mercado de trabalho, envolvendo políticas e organização dos serviços e os centros de formação dos trabalhadores de saúde.

Para reorganizar o sistema de fato, Albuquerque e Melo (2010) ressaltam que a modificação do modelo perpassa funções e teorias e que se foque na operacionalização, das quais o autor cita o cotidiano do repasse de verbas, trabalho das equipes de saúde e o atendimento aos usuários na tentativa de unir teoria e prática. “Um programa que precisa de

constante avaliação junto aos seus usuários, que até então têm sido tratados como cobaias conformadas de um constante “é melhor do que nada””.

A utilização do PCAT por outros autores em diferentes regiões do Brasil (ELIAS, *et al.*, 2006; VAN STRALEN *et al.*, 2008; ALMEIDA e MACINKO; 2006; IBAÑEZ *et al.*, 2006) permitiu comparar dados a ponto de inferir sobre as dimensões.

Assim, pontua-se como limitações o foco em usuários, excluindo inquiridos domiciliares que pudessem incluir não usuários e comparar suas opiniões, pois, como ressalta Elias e colaboradores (2006), a dimensão porta de entrada pode estar sendo superavaliada pois os entrevistados são os que já conseguiram acessar o serviço. Ainda que a avaliação da ESF focada nos usuários seja pertinente, uma vez que a própria ideologia da estratégia prevê não só uma atenção voltada para peculiaridades destes indivíduos, mas também a participação e o controle social. Assim permite-se que expressem suas experiências (*voice giving*) e os incentiva a exercitar seus direitos (ESPERIDIÃO e TRAD, 2005) permitindo a esses oportunidades de expressão nas quais podem monitorar e controlar as atividades desses serviços; fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social, possibilitando a construção de alternativas conjuntas - serviços de saúde e usuários – para intervenções mais adequadas aos problemas presentes no cotidiano dos serviços, propiciando avanços no âmbito da produção de cuidados e gestão dos serviços de saúde e de enfermagem (MISHIMA *et al.*, 2010).

Além disso, o foco do estudo limitou-se a zona urbana.

Sugere-se, portanto, que estudos futuros sejam realizados com o mesmo instrumento, mas para focos que não os do presente estudo, para maior completude da análise da ESF e sua inserção no contexto amazônico.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista e MELO, Cynthia de Freitas. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 23, p.323-330. 2010.

ALMEIDA, Célia e MACINKO, James. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006. 215p.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza e ROCHA, Paulo de Medeiros. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1439-1452. 2009.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, v.3, p. 316-19. 2000.

_____. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos): 58 p. 2006a.

_____. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4): 60 p. 2006b.

_____. Diabetes Mellitus Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos): 64 p. 2006c.

CAMARGO-BORGES, Celiane e MISHIMA, Silvana Martins. A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.29-41. 2009.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, p. s63-s69. 2005.

CANESQUI, Ana Maria e SPINELLI, Maria Angélica do Santos. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. 862-870 . 2008.

CASTRO, Ana Luisa Barros de e MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública, v. 26, n.4, p.693-705. 2010.

CAVALCANTE, Maria das Graças Santos et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.6, p. 437-445. 2006.

COELHO, Márcia Oliveira e JORGE, Maria Salette Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1523-1531. 2009.

COHEN-CARNEIRO, Flávia. Condição de saúde bucal em populações ribeirinhas no Estado do Amazonas: estudo de caso. 2009. 113f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

CORREA, Rosana Pimentel; PARENTE, Rosana Cristina Pereira; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira. Análise das ações de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família de um município ribeirinho amazônico. Sau. & Transf. Soc. v. 1, n. 1, p. 75-8. 2010.

COSTA, Glauce Dias da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.Supl. 1, p.1347-1357. 2009.

DATASUS, Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/. Acesso em: 27 de Novembro de 2010.

EMBRATUR. Empresa Brasileira de Turismo. Disponível em: [HTTP://WWW.EMBRATUR.GOV.BR](http://www.embratur.gov.br) . Acesso em 27 de Novembro de 2010.

ESPERIDIÃO, Monique e TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, p.303-312. 2005.

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, v.43, p. 928-936. 2009.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis e MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm, v.23, n.2, p.200-205. 2010.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.14,p. 783-794.2009.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.4, p.744-755. 2009.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* Room for improvement: Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. Canadian Family Physician, v.53, p.1056-1057. 2007.

HENRIQUE, Flávia e CALVO, Maria Cristina Marino. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. 809-819. 2008.

IANNI, Aurea Maria Zöllner e QUITÉRIO, Luiz Antonio Dias. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. Ambiente & sociedade, v. 9, p. 169-180. 2006.

IBAÑEZ, Nelson *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, p.683-703. 2006.

LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. Ciência & Saúde Coletiva, v.15, p.3455-3466.2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da atenção básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s42-s57. 2008.

MASSOTE, Alice Werneck *et al.* A contribuição de estudos de percepção da população usuária na avaliação da atenção básica. In: Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.237-251.

MEDINA, Maria Guadalupe e HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 1153-1167. 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública, v.25, n.7, p.1620-1625. 2009.

MISHIMA, Silvana Martins *et al.* Assistance in family health from the perspective of users. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, p. 436-443. 2010.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. Cadernos de Saúde Pública. v. 27, p. 35-45, 2011.

PALHA, Pedro Fredemir e VILLA, Tereza Cristina Scatena. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. Rev Esc Enferm USP, v.37, n.3, p.19-26. 2003.

PARINTINS. Prefeitura Municipal de Parintins. Disponível em: www.parintins.am.gov.br. Acesso em : 27 de Novembro de 2010.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s123-s133. 2008.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s69-s78. 2008.

RONZANI, Telmo Mota e SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, p. 23-34. 2008.

SERRA, Carlos Gonçalves e RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v.15, p.3579-3586.2010.

SHIMIZU, Helena Eri e ROSALES, Carlos. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.16, p. 883-888, 2008.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, (Supl. 1), p. 1325-1335. 2009.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p. s100-s110.2008.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.5, p. s11-s22. 2003.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ROCHA, Rosa Maria da. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, v.25, p. 1054-1062. 2009.

TOURIGNY, André et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform Family medicine groups in Quebec. Canadian Family Physician, v.56, p.10. 2010.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.24, p.s148-s158. 2008.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.711-724. 2004.

VIANA, Ana Luiza D'ávila et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.24, p.s79-s90. 2008.

WONG, Samuel YS et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. BMC Public Health, v.10, p.11. 2010.

Conclusão

Na introdução foi delimitado o tema, apresentando os aspectos internacionalmente conhecidos da APS, inserção da ESF como reorganização do sistema e a importância de avaliá-la em cada local que se insere, dada a influência do contexto em sua implantação e pela lacuna no conhecimento quanto ao assunto e as possibilidades que a avaliação proporciona, como comparação de diferentes contextos, direcionamento de tomadas de decisão.

Quanto ao instrumento, foram apresentadas as justificativas de escolha e o enfoque de sua aplicação em usuários, baseando-se na vivência destes atores. Apresenta-se ainda a falta de avaliações na região norte que se entende como o contexto amazônico. Frente a dificuldades de locomoção no contexto amazônico e a diferença já evidenciada na literatura entre prestação de serviços na área rural e urbana, optou-se por restringir a avaliação à área urbana.

Para alcançar o objetivo de validar e aplicar o PCAT em contexto Amazônico foram traçados os objetivos específicos: Analisar psicometria do instrumento, identificar modificações necessárias a adaptação do instrumento para o contexto amazônico, possibilitando futuras aplicações para monitoramento da ESF no Estado e avaliar ESF situado em zona urbana no município de Parintins, AM e identificar pontos positivos e negativos com vistas a orientar tomadas de decisões.

Para subsidiar o percurso para alcance dos objetivos, foi elaborada uma revisão da literatura debruçada sobre os aspectos principais da APS no SUS. Na sessão APS, foram apontadas coordenação, elenco de serviços, porta de entrada e na ESF orientação para a comunidade, enfoque familiar, vínculo e formação profissional. Com vistas a fornecer um panorama sobre os princípios internacionalmente conhecidos, os outorgados e os operacionalizados.

Como a intenção é avaliar se a teoria é seguida na prática, e como uma das justificativas é o contexto, a revisão mostra a teoria e a prática da APS e ESF em diversos contextos. Então buscou-se mostrar como os aspectos da APS são operacionalizados na APS brasileira.

Com base nos resultados foi possível concluir que o instrumento foi validado para o contexto amazônico e que, com isso, permite a avaliação dos demais municípios. A avaliação psicométrica permitiu inferir que, mesmo com as pequenas alterações no instrumento, os dados são estáveis, pois o instrumento foi aplicado em momentos diferentes e apresentou o mesmo padrão de respostas em ambos e validado (válido) por apresentar resultados estatísticos satisfatórios.

A subsequente aplicação do questionário permitiu levantar dados que poderão orientar tomada de decisões, mas também servir de parâmetros para futuras avaliações.

Assim, avaliações realizadas por meio de um instrumento padronizado poderão ser comparados entre si e também com outros locais para os quais foram validados e aplicados o PCAT, como Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. Caminhando assim para avaliações padronizadas dos serviços de APS prestados no território brasileiro para uma futura coadunação e comparação de resultados, podendo ser comparados até mesmo com outros países que já validaram e utilizaram o instrumento.

A avaliação do município de Parintins permitiu inferir que o município apresenta pontos fortes, como a presença de médicos e enfermeiros, mas que acesso e coordenação não apresentam desempenhos satisfatórios pela visão dos usuários. Assim, a ESF inserida neste contexto precisa superar barreiras ao acesso e a coordenação, como as sugestões apontadas por outros estudos, pois sua efetividade funcionará como elo de ligação entre os serviços que

a comunidade necessita, direcionando não só práticas mas elenco de serviços que supram as carências locais.

Tais resultados permitiram afirmar a hipótese de que a APS no interior do Amazonas não é prestada com qualidade segundo vivência de seus usuários, pois ao se levantar os dados, transformá-los em escalas e comparar com outros municípios, percebe-se que os escores ficaram bem abaixo dos demais municípios.

Apointa-se como limitações do estudo o foco nas áreas urbanas e em usuários, sugerindo que estudos futuros ampliem o foco da avaliação para demais atores (profissionais e gestores) e áreas urbanas.

Com base nas leituras e nos resultados, pode-se afirmar que Starfield de fato conseguiu operacionalizar estrutura e processo com base nos estudos de Donabedian, como se propôs a fazer. Pois estão nítidos que estrutura se refere à organização do sistema com base na APS, que deve servir de porta de entrada, alocar os casos em seus devidos níveis (coordenação) e oferece os serviços necessários (mais incidentes) naquela comunidade, que deve ser desenvolvido pela APS, seja por USF seja por unidades tradicionais. Porém, os conceitos estão bem operacionalizados na teoria, mas na prática os indicadores não remetem a estes sentidos.

Anexo – Questionário modificado

Questões		Resposta
Identificação		
01	Sexo	
02	Idade	
03	Grau de Escolaridade (última série cursada completa)	
04	Renda familiar total mensal	
05	Número de pessoas na família	
06	De um modo geral, nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) considera o seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	
07	Nos últimos 30 dias o(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo da saúde?	
09	Nos últimos 30 dias, quantos dias o(a) senhor(a) deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	
10	O(a) senhor(a) tem Doença de coluna ou dor nas costas?	
11	Artrite ou reumatismo?	
12	Câncer?	
13	Diabetes?	
14	Bronquite ou asma?	
15	Hipertensão ou pressão alta?	
16	Doença do coração?	
17	Depressão?	
18	Outra doença?	

Acesso		
19	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste posto/centro/unidade ?	
20	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) neste posto/centro/unidade no prazo de 24 horas ?	
21	Este posto/centro/unidade está aberto durante os fins de semana?	
22	Este posto/centro/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	
23	Durante o período de funcionamento normal deste posto/centro/unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	
24	Quando este posto/centro/unidade está fechado , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	
25	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto antes de ser atendido por um profissional de saúde?	
26	Quando vem consultar neste posto o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	
27	Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este posto tinha todos os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?	
28	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto tinha todos equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	
29	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (copagamento) neste posto/centro/unidade ?	
Porta de Entrada		
30	Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade ?	
31	Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vêm a este posto ?	
32	Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste posto antes de consultar com um especialista?	

Vínculo		
33	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	
34	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste posto que lhe atendeu?	
35	Neste posto os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	
36	O profissional deste posto que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?	
37	Os profissionais deste posto respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	
38	Durante as suas consultas os profissionais deste posto anotam as suas queixas no seu prontuário médico?	
39	Os profissionais deste posto estão informados sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) está utilizando?	
40	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	
41	Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo. Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam apenas como um doente?	
42	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam como um ser humano completo?	

Elenco de Serviços		
43	Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços nesta unidade? Vacinações para crianças	
44	Atendimento para crianças	
45	Atendimento para adultos	
46	Atendimento para idosos	
47	Controle pré-natal	
48	Serviços de planeamento familiar	
49	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	
50	Programa de controle de tuberculose	
51	Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	
52	Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	
53	Tratamento/controle de diabetes	
54	Tratamento de pequenos ferimentos	
55	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	
56	Problemas de saúde mental	
57	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	
58	Conselhos sobre atividade física	
59	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	
60	Educação sobre violência doméstica	
61	Educação sobre acidentes domésticos	
62	Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, etc)	
63	Atendimento odontológico	

Coordenação		
64	O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	
65	O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto ?	
66	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?	
67	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto , traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	
<i>As questões 68 a 70 são apenas para mulheres</i>		
68	Quando a senhora estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	
69	Nesta gravidez a senhora tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	
70	Os profissionais deste posto pedem que a senhora traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta?	
<i>Questão 71 – se responder não, pule para 76</i>		
71	O(a) senhor(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	
72	Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto ?	
73	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	
74	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto ajudam a marcar a consulta?	
75	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	
76	O(a) senhor(a) retorna a este posto com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	
77	O(a) senhor(a) é informado(a) neste posto sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?	
78	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste posto sobre os	

	resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	
79	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	
Enfoque Familiar		
80	Durante a consulta os profissionais deste posto normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família (ex., desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	
81	Durante a consulta os profissionais deste posto normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da sua família?	
82	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde neste posto conhecem bem a sua família?	
83	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste posto fariam com a sua família sobre o seu problema de saúde?	
84	Os profissionais deste posto lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o seu tratamento ou da sua família?	
Orientação para a comunidade		
85	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto atendem aos seus problemas de saúde?	
86	O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste posto sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	
87	As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto ou no Conselho Local de Saúde?	
88	Este posto oferece serviços de saúde nas escolas?	
89	Com que frequência os profissionais deste posto fazem visitas domiciliares?	
90	O(a) senhor(a) acha que este posto trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	

Formação Profissional		
91	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um médico trabalhando?	
92	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	
93	O(a) senhor(a) recomendaria este posto a um amigo(a)?	
94	O(a) senhor(a) recomendaria este posto a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	
95	Os profissionais deste posto são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	
96	Os profissionais de saúde neste posto relacionam-se bem com a sua comunidade?	