

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Marja Camargo Garcia

AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Porto Alegre/RS

2020

Marja Camargo Garcia

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo

Co-Orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk Azambuja

Linha de pesquisa: Integração Universidade, Serviço de Saúde e Comunidade

Porto Alegre

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Garcia, Marja Camargo

Avaliação da Rede de Atenção Primária à Saúde de um Município do Estado do Rio Grande do Sul / Marja Camargo Garcia. – 2020.

79 f. : Il., graf. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – UFCSPA. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2020.

Orientador: Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo.

Co-Orientadora: Prof. Dr. Marcelo Schenk Azambuja.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Saúde Pública. I. Título.

Marja Camargo Garcia

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Porto Alegre, novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Amanda Luiz Maciel
Centro Universitário Cenecista de Osório

Profa. Dra. Tais Maria Nauderer
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Profa. Dra. Rita Catalino Aquino Caragnato
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio, pela base e pelo amor que me proporcionaram.

À minha orientadora, Andrea Wander Bonamigo, pela dedicação e carinho com os quais me conduziu durante esta jornada.

Aos meus colegas de mestrado, pela turma unida e colaborativa da qual fiz parte.

Aos profissionais, usuários e gestores de saúde de Xangri-Lá, os quais fizeram este trabalho possível.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária em Saúde (APS) está amplamente difundida nos territórios nacionais. A APS coordena o cuidado do indivíduo em todos os níveis de atenção, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A avaliação de qualidade dos serviços é peça chave para o planejamento, conferindo ferramenta fundamental aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para que possam garantir a efetividade dos serviços prestados. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da APS do município de Xangri-lá/RS por meio da aplicação do *Primary Care Assessment Tool* - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde (PCATool), versão usuários e profissionais de saúde. **Método:** O caráter da presente proposta de pesquisa é de abordagem quantitativa. **Resultados:** Das cinco unidades de saúde avaliadas pelos usuários, quatro ficaram acima da média considerada satisfatória (6,60). Os componentes para cálculo dos atributos essenciais com maior média de pontuação, na análise geral das unidades foram: grau de afiliação (9,56) seguido por acesso (6,98). O atributo com menor média foi a orientação comunitária (4,78) seguida pela integralidade dos serviços prestados (5,98). Na avaliação dos profissionais de saúde, os médicos foram os trabalhadores que avaliaram a APS com maiores escores (7,18) em Escore Essencial (EE) e (7,36) em Escore Geral (EG), seguidos pelos enfermeiros (6,60) EE e (6,76) em EG. A orientação familiar foi atributo melhor avaliado e a acessibilidade o pior. **Conclusão:** As unidades de saúde e suas equipes tiveram uma média avaliativa satisfatória pela ótica dos usuários. Foi possível identificar bons escores referentes ao vínculo entre profissionais e a comunidade, assim como o reconhecimento da APS como porta de entrada da RAS em Xangri-Lá. Entretanto, a acessibilidade foi identificada com uma fragilidade do sistema. Sugere-se a ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde, facilitando o acesso dos pacientes que têm horários de trabalho que coincidem com o horário de funcionamento do posto, a descentralização de alguns serviços administrativos municipais e abertura das salas de vacinação em todos os postos de saúde. **Produto:** Proposta de intervenção desenvolvida por meio de diagnóstico situacional da APS em Xangri-lá, apresentada em forma de relatório.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Avaliação em Saúde; Saúde Pública;

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) has been diffused by national territory. PHC coordinates the care of the individual at all levels of care, with the Family Health Strategy as the gateway to the Health Care Network. The evaluation of the quality of services is a key part of planning, providing a fundamental tool for the managers of the Unified Health System (SUS) so that they can guarantee the effectiveness of the services provided. **Objective:** To evaluate the quality of PHC in the municipality of Xangri-lá/RS through the application of the Primary Care Assessment Tool - Instrument for the Evaluation of Primary Health Care (PCATool), version users and health professionals. **Method:** The character of the present research proposal has a quantitative approach. **Results:** The components for calculating the essential attributes with the highest average score, in the general analysis of the units were: degree of affiliation (9.56) followed by access (6.98). The attribute with the lowest average was the community orientation (4.78) followed by the integrality of the services provided (5.98). **Conclusion:** The health units and their teams have a satisfactory evaluation average from the users' perspective. It was possible to identify good scores regarding the link between professionals and the community, as well as the recognition of PHC as the gateway to the Health Care Network in Xangri-Lá. However, accessibility was identified as a weakness of the system. It is suggested that the opening hours of the health units be extended, facilitating workers' access, the decentralization of some municipal administrative services and the opening of the vaccination room in all health units. **Product:** A Proposed intervention developed through a PHC situational diagnosis in Xangri-Lá, presented in the form of a report.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Public Health; Health Planning.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMSX	Conselho Municipal de Saúde de Xangri-Lá
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRS	Conselho Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACOTAPS	Aplicativo para Atenção Primária em Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PPGENSAU	Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASX	Rede de Atenção em Saúde de Xangri-Lá
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura Operacional da RAS.....	17
Figura 2 - Mapa 18ª CRS.....	24
Figura 3 - Unidades de Saúde de Xangri-Lá	26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Escore Geral por Categoria Profissional.....	38
Gráfico 2 - Avaliação dos usuários em saúde x profissionais de saúde.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Escores de Avaliação ESF Figueirinha.....	30
Tabela 2: Escores de Avaliação eAP Marina.....	30
Tabela 3: Escores de Avaliação ESF Centro.....	31
Tabela 4: Escores de Avaliação ESF Guará.....	31
Tabela 5: Escores de Avaliação ESF Rainha do Mar.....	31
Tabela 6: Escores de Avaliação de todas as Unidades de Saúde.....	32
Tabela 7: Agente Comunitário de Saúde.....	33
Tabela 8: Cirurgião-Dentista.....	33
Tabela 9: Auxiliar de Saúde Bucal.....	33
Tabela 10: Médico.....	34
Tabela 11: Enfermeiro.....	34
Tabela 12: Técnico de Enfermagem.....	34
Tabela 13: Acessibilidade x profissão.....	35
Tabela 14: Longitudinalidade x profissão.....	35
Tabela 15: Coordenação e integração dos cuidados x profissão.....	35
Tabela 16: Coordenação sistemas de informação x profissão.....	35
Tabela 17: Integração serviços disponíveis x profissão.....	36
Tabela 18: Integração serviços prestados x profissão.....	36
Tabela 19: Orientação familiar x profissão.....	36
Tabela 20: Orientação comunitária x profissão.....	36
Tabela 21: Escore Essencial x profissão.....	37
Tabela 22: Escore Geral x profissão.....	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVO DA PESQUISA	15
1.1.1	Objetivo Geral	15
1.1.2	Objetivos Específicos	15
1.2	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	RAS	17
2.2	AVALIAÇÃO DE QUALIDADE NO BRASIL	19
2.3	PCATool	20
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	23
3.2	COLETA DE DADOS	23
3.3	CENÁRIO DE PESQUISA	23
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
3.7	RISCOS	28
3.8	BENEFÍCIOS	28
3.9	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	28
4	ANÁLISE DE DADOS	30
5	RESULTADOS	31
5.1	ETAPA I - AVALIAÇÃO USUÁRIOS EM SAÚDE	31
5.2	ETAPA II - AVALIAÇÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE	34
6	DISCUSSÃO	40
6.1	ETAPA I - USUÁRIOS EM SAÚDE	40
6.2	ETAPA II - PROFISSIONAIS DE SAÚDE	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	46
	ANEXO A – Questionário PCATool-Brasil Versão Adulto	51
	ANEXO B – Questionário PCATool-Brasil Versão Profissionais da Saúde	56
	ANEXO C – Carteira da Família de Xangri-Lá	59
	ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60
	APÊNDICE A – Relatório de Intervenção	62
	APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP	77

1 INTRODUÇÃO

Um importante marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial foi a publicação da Declaração de Alma Ata, em 1978, o documento dirige-se a todos os governos, buscando a promoção da saúde no cenário mundial. Propostas para aperfeiçoar esse sistema foram apresentadas nessa declaração, trazendo contribuições importantes para a sociedade contemporânea. A publicação deste documento proporcionou resultados favoráveis em saúde, incentivando a criação de políticas públicas mais eficientes e equitativas (OMS, 1978; PAHO, 2007).

No Brasil, houve diversas tentativas de se organizar a APS. Desde 1920, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país. Essas experiências organizacionais ocorreram por razões distintas e proporcionaram resultados pouco resolutivos para suprir as demandas em saúde coletiva, pois trabalhavam com uma perspectiva limitada do processo saúde/doença. Contudo, o marco mais significativo da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1991, gerando mudanças na abordagem dos cuidados preventivos e primários em saúde, apresentando-se como uma proposta mais abrangente (BRASIL, 2006; LAVRAS, 2011; PAIM, 2012).

As definições dos atributos essenciais para a concretização de ações na APS foram definidos por Bárbara Starfield e seus colaboradores e escolhidos como parâmetros desta pesquisa, pois atendem com a abrangência necessária o assunto abordado, sendo eles: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade do cuidado, a coordenação da atenção e atributos secundários a orientação familiar e a orientação comunitária e cultural (STARFIELD, 2002).

Em decorrência da sua rápida expansão nos territórios brasileiros, o PSF passou a ser reconhecido como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica em Saúde. A Portaria nº 2.488, de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para ESF, adaptando a lógica do PSF a uma estratégia continuada e estabelecendo suas diretrizes. A ESF fundamenta-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e coordenação da atenção, articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2011a). A última PNAB, publicada em 2017, reforça a ESF como prioritária no âmbito da APS e determina novas recomendações para a

organização dos serviços assistenciais, para os processos de trabalho dos profissionais, entre outras (BRASIL, 2017).

Devido à necessidade de regulação entre os diferentes níveis de atenção e à ampliação da APS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram conceituadas e implementadas. A RAS, proposição deflagrada em 2010, consolidada pela Portaria nº 4.279, é um arranjo organizativo que estrutura a assistência em diferentes graus tecnológicos. Delineia os fluxos de atendimento a fim de evitar a fragmentação dos serviços e de promover a integralidade do cuidado nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Posiciona a APS como peça-chave da rede, pois a mesma preserva o vínculo com indivíduo em todos os pontos da assistência (BRASIL, 2010a).

A partir do cenário descrito, a avaliação da qualidade dos serviços é fundamental, pois subsidia as informações necessárias para a organização e planejamento das ações/atividades. Mensurar a eficácia assistencial e gerencial se apresenta como um desafio, especialmente, na APS. Diversas ferramentas foram desenvolvidas na tentativa de suprir essa necessidade, sendo a primeira delas a “Sala de Situação”, uma ferramenta de diagnóstico situacional de saúde, específica para ESF, que foi amplamente utilizada no âmbito nacional, porém apresentava limitações importantes, como não incluir a perspectiva dos usuários em saúde sobre a qualidade do atendimento prestado (MENDES, 2011; LUCENA et al., 2014).

Com a intenção de ampliar o espectro avaliativo da ESF, em 2005, surgiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PAMAQ), proposto pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em cooperação técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (AMAQ) é parte integrante do PMAQ. Concebida para a APS, pretende qualificar a autonomia da gestão do processo de trabalho pelas equipes. O PMAQ foi empregado, sistematicamente, pelo Ministério da Saúde nas unidades de atendimento que compõem o quadro da APS no Brasil, tendo sua última atividade em 2019 quando foi substituído pela nova forma de avaliação por desempenho. A Portaria nº 2.979, publicada em novembro de 2019, estabelece as metas desta nova ferramenta de monitoramento a serem atingidas por quadrimestre, registradas eletronicamente, vinculando-as a subsídios financeiros (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2019a).

Em 2010, um novo instrumento de avaliação da APS foi validado pelo Ministério da Saúde: o PCATool-Brasil (Instrumento de Avaliação de Cuidados Primários). O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian, na década de 1960, no qual as informações poderiam ser extraídas em três categorias: estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1988). No Brasil, passou por um processo de tradução reversa, adaptação e validação de conteúdo e construto, além de análise de confiabilidade. O manual de aplicação foi criado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde a fim de incentivar pesquisadores, estudantes e profissionais a avaliarem a qualidade da APS de maneira independente à governamental (BRASIL, 2010b). Esse modelo de avaliação, PCATool-Brasil, baseia-se na proposta original do instrumento que permite mensurar, por meio de entrevistas domiciliares ou em serviços de saúde, a perspectiva dos trabalhadores de saúde sobre os processos de trabalho e a percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção em saúde (BRASIL, 2010b).

Fundamentando-se na importância da APS no contexto da Rede de Atenção à Saúde brasileira e na sua natureza descentralizadora, os processos que acompanham a avaliação de qualidade devem seguir a mesma lógica. Pretende-se com o presente estudo, avaliar qualidade dos serviços de saúde, analisando as fragilidades e as potencialidades da Rede de Atenção em Saúde de Xangri-Lá interpretadas a partir dos escores de avaliação dos atributos da APS.

1.1 OBJETIVO DA PESQUISA

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as fragilidades e as potencialidades da Rede de Atenção em Saúde de Xangri-Lá interpretadas a partir dos escores essenciais de avaliação dos atributos da APS (acesso primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade) e dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária), escutando profissionais e usuários do sistema de saúde local.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Analisar os atributos da APS pela ótica dos trabalhadores de saúde das ESFs do município de Xangri-Lá;
2. Analisar os atributos da APS pela ótica dos usuários dos serviços de saúde de Xangri-Lá;
3. Analisar e comparar as fragilidades e as potencialidades da APS municipal na ótica dos trabalhadores e usuários de saúde;
5. Construir, como produto, relatório que oriente a partir do PCATool-Brasil, a organização de estratégias para corrigir as fragilidades e fortalecer as potencialidades identificadas.

1.2 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A diversidade do cenário social, econômico e epidemiológico da saúde brasileira exige uma gerência qualificada e preparada para acompanhar a complexidade deste trabalho. Estratégias dinâmicas de gerenciamento devem ser implantadas para que os serviços prestados não se tornem obsoletos e ineficientes. O planejamento em saúde é a base deste processo e se fundamenta a partir de um diagnóstico situacional adequado (BRASIL, 2005b).

A planificação de ações reduz incertezas. Logo, associa-se às práticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculada à alocação eficiente de recursos. No setor saúde, as práticas de planejamento estão presentes em todo o sistema que é conhecido como Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A edição do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, reafirmam a importância do planejamento em saúde. Essas diretrizes determinaram a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento de estruturas instrumentais e de construção de novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A situação da saúde brasileira exige um plano gestor que considere toda sua complexidade: uma população que sofre de doenças infecciosas e parasitárias, de doenças crônicas não transmissíveis, além disso, vulnerável a condicionantes de saúde por causas externas. As desigualdades sociais e as particularidades territoriais também exigem ações específicas e uma abordagem multifacetada. O sistema de saúde não respondeu de forma hábil às mudanças ocorridas nesse cenário, insistindo em um modelo de atenção que aborda de maneira episódica e reativa às carências em saúde. Essa estratégia prejudica o enfrentamento das doenças crônicas e não responde de forma eficiente às necessidades sociais. A organização da RAS intenta responder às demandas de um cenário social e epidemiológico desta amplitude, trabalhando com uma lógica de integralidade e resolutividade do cuidado em saúde e englobando o cuidado a longo prazo nos seus processos de trabalho (SCHRAMM *et al.*, 2004; MENDES, 2011).

A organização da RAS é uma estratégia político-institucional essencial para qualificar o sistema de saúde, desenvolvida por redes temáticas, orienta os serviços por meio de linhas de cuidado: a atenção primária, a secundária e a terciária, integrando-as através de sistemas logísticos, a fim de garantir um cuidado efetivo e continuado (MENDES, 2011).

Figura 1 - Estrutura Operacional da RAS



Fonte: MENDES (2011).

Para que a RAS cumpra o seu propósito de fornecer a integralidade nos diferentes níveis de atenção à saúde, é imprescindível que a APS seja estruturada de forma a agir como coordenadora do cuidado, mantendo vínculo e sendo responsável pelo paciente em todos os graus de assistência (BRASIL, 2015). Nesse sentido, políticas de fortalecimento e expansão da APS em território nacional foram consideradas prioritárias. Em 2011, um ano após a publicação da Portaria nº 4.279, que estabeleceu as diretrizes da RAS, a Portaria nº 2.488 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, revisando diretrizes e estabelecendo normas à organização da ESF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2011).

A APS é a principal porta de entrada do sistema de saúde, tendo como foco o cuidado integral do indivíduo. Seus atributos essenciais são: o primeiro contato; representa a acessibilidade do paciente a cada novo problema de saúde, a longitudinalidade; manifesta o recorte regular de cuidados prestados pela equipe de saúde, a integralidade; corresponde a abrangência do cuidado em sua totalidade, e a coordenação; como a capacidade de seguir a continuidade da atenção em saúde. Os três atributos derivados são: a orientação familiar; que sugere o conhecimento dos fatores familiares relacionado à origem e ao cuidado de doenças, a orientação comunitária; que representa os direitos da comunidade baseados em dados epidemiológicos e da avaliação dos serviços e a competência cultural; que se refere à capacidade de adaptação do provedor para facilitar a relação com população de características culturais especiais (STARFIELD, 2002).

A estruturação e expansão da APS entra em sintonia com o objetivo de promover a integralidade do cuidado na RAS. O fortalecimento dos fluxos operacionais, que orientam os processos de trabalho nos estabelecimentos de saúde pertencentes à APS, permite a consolidação do vínculo com o indivíduo em todos os graus da assistência. A ESF, parte importante da APS, trabalha com a lógica de população adstrita, tendo uma área de atuação definida o que permite ações de planejamento peculiares àquela população, aumentando a efetividade das ações em saúde. O conhecimento da área sanitária, das condições epidemiológicas e da comunidade cadastrada permite romper com paradigmas de gestão do cuidado baseados pela oferta de serviços, construindo uma organização fundamentada nas necessidades reais (MENDES, 2011; PAIM, 2012).

No Brasil, segundo dados de abril de 2020, do Sistema de Informação do

Ministério da Saúde (E-Gestor), a cobertura da Atenção Básica é de 76,50% da população, sendo 65,36% desta cobertura composta por ESFs. O Rio Grande do Sul (RS) apresenta 76,71% de cobertura da Atenção Básica em seu território, sendo 59,66% composta por ESFs. A cobertura populacional é estimada, na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional da região (BRASIL, 2020).

Percebe-se que as políticas públicas conseguiram direcionar uma expansão expressiva da APS em território nacional. Essa difusão da lógica integralizadora permeia a resolutividade dos cuidados em saúde, um dos principais objetivos da organização da RAS. Porém, ainda existem nós críticos que dificultam a vinculação mais eficiente e articulada entre os pontos de atenção. A gestão do SUS precisa elaborar planos de financiamento e adequar estratégias de ação para responder com acurácia às demandas. O planejamento é parte essencial deste movimento constante de adaptação dos processos de trabalho, sendo subsidiado por ações contínuas de avaliação da qualidade dos serviços que integram a RAS (MENDONÇA et al., 2010; COSTA, 2016).

2.2 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE NO BRASIL

Os processos de avaliação da assistência do SUS foram desenvolvidos quase concomitantemente à sua criação, em 1988, por meio da Lei nº 8.080. Esses mecanismos de monitoramento de qualidade tinham por objetivo oferecer informações para a manutenção de repasses financeiros, exclusivamente, sendo compostos por ações descontinuadas, seguindo somente preceitos administrativos (BRASIL, 1990; AKERMAN; FURTADO, 2015).

Por razões sociopolíticas, a transparência gerencial de recursos, a análise de qualidade dos serviços públicos e a participação social não eram práticas vigentes na primeira década do SUS. Apesar da previsão da avaliação, como principal componente da gestão sanitária, já ter sido publicado na declaração de Alma Ata, em 1978, essa atividade não era suficientemente valorizada pelos gestores (OMS 1978; FARAH, 2007).

A partir do ano 2000, outros componentes foram entendidos como importantes no conceito da qualidade em saúde, como a saúde coletiva, a epidemiologia, a gestão e as ciências humanas, sendo incluídos na agenda de

planejamento. Nesse contexto, a saúde pública brasileira reorientou os modelos de avaliação, entendendo que o conhecimento das qualidades e limitações da atenção à saúde são parte fundamental do delineamento de ações futuras. Adotou a satisfação dos usuários como parte essencial desse processo e incorporou a aplicação de instrumentos de avaliação de forma continuada nas rotinas de gestão (AKERMAN; FURTADO, 2015).

Para fortalecer a institucionalização das análises de qualidade na praxe administrativa, o Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde desenvolveu a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) com o intuito de institucionalizar as ações de avaliação e planejamento nas três esferas de governo. A CAA/DAB fomentou o desenvolvimento de editais de diversas pesquisas com a intenção de avaliar a APS, validando e desenvolvendo múltiplas ferramentas com o propósito de melhorar a qualidade, seguindo a ideia de induzir práticas convergentes com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2005b; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Em consonância, métodos que enquadram o grau de orientação baseada na mensuração dos atributos da APS, de maneira mais objetiva, foram priorizados, destacando-se, entre eles o PCATool-Brasil. As práticas analíticas de qualidade convergiram para institucionalização da avaliação em saúde nos processos de trabalho. Institucionalizar significa que avaliação orienta intervenções e direciona atividades a fim de integrar ações analíticas e de gestão. Apesar de encontrar entraves na sua consolidação, a avaliação em saúde teve seu conceito ampliado e já é uma cultura presente dentro das instituições de saúde nacionais. O PCATool-Brasil é peça-chave desse processo, pois fornece subsídios para formulação de novas propostas que possam contribuir para a manutenção e melhoramento do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010b; AKERMAN; FURTADO, 2015).

2.3 PCATool

O PCATool foi desenvolvido por Starfield e colaboradores no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations* no ano 2000, apresentando originalmente questões autoaplicáveis na versão adulto, crianças, profissionais da saúde e gestores (STARFIELD et al., 2000; STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Foi baseado na avaliação por mensuração da qualidade da estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, proposto por Donabedian, na década de 1960, como base de avaliação da qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988).

O PCATool avalia a presença e a extensão de quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e três atributos derivados da APS (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) (STARFIELD 2002; DUNCAN et al., 2006).

No Brasil, Campbell (2000) definiu o processo de atenção à saúde como a interação entre controle social, profissionais de saúde e a estrutura dos serviços de saúde. Devido à ausência de instrumentos para mensurar esses processos na APS brasileira, o PCATool preencheu uma lacuna, promovendo uma nova medida avaliativa (CAMPBELL, 2000; BRASIL, 2010b).

Para possibilitar a sua implementação, um estudo conduzido por Harzheim e colaboradores, na cidade de Porto Alegre, no ano de 2006, traduziu, adaptou e avaliou a validade e a fidedignidade do PCATool, adequando o instrumento às particularidades nacionais. Como resultado desse trabalho, as Versões Criança e Adulto foram validadas, recebendo o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil (HARZHEIM et al., 2006). A Versão Profissionais de Saúde ainda está em processo de validação, porém o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde orienta o uso de uma versão em espelho da versão para Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança (BRASIL, 2010b).

O país que dispõe de mais publicações, utilizando o PCATool como instrumento de pesquisa, é o Brasil. Acredita-se que a formalização do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde, em 2010, tenha fomentado o desenvolvimento desses estudos (PRATES et al., 2017). O instrumento é composto por 87 itens, na Versão Adulto, e por 77 itens na Versão Profissionais de Saúde divididos em componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS: grau de afiliação com serviço de saúde (A), acesso de primeiro contato – utilização (B), acesso de primeiro contato – acessibilidade (C), longitudinalidade (D), constituído por 11 itens, coordenação – integração de cuidados (E), coordenação – sistema de Informações (F), integralidade – serviços disponíveis (G), integralidade – serviços prestados (H), orientação familiar (I), orientação comunitária (J) (BRASIL, 2010b).

O PCATool-Brasil permeia o planejamento em saúde por meio de informações coletadas nos capilares da APS, fornecendo informações coerentes com os atributos desse sistema. Os dados obtidos por meio deste instrumento têm ampla aplicabilidade dentro da gestão do SUS (BRASIL, 2010b).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O caráter da presente proposta de pesquisa é de abordagem quantitativa. (CRESWELL, 2010).

3.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados utilizou dois modelos de questionário, disponibilizados no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - *Primary Care Assessment Tool* - PCATool-Brasil, na Versão Adulto (ANEXO A) e na Versão Profissionais de Saúde (ANEXO B) (BRASIL, 2010b). O questionário utilizado, na Versão Adulto, é composto por 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS e, na Versão Profissionais de Saúde, é composto por 77 itens alocados em 8 componentes. O questionário foi apresentado anexado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, ANEXO C). Durante o decorrer desta pesquisa, o Ministério da Saúde publicou o Manual atualizado PCATool/2020 com a versão aplicável a profissionais de saúde. Porém, em decorrência da dificuldade de alterar o material base de um trabalho em curso, este estudo teve continuidade com os questionários publicados na edição de 2010 (BRASIL, 2020).

As entrevistas aconteceram no período de 15 de dezembro de 2019 a 25 de março de 2020. Os profissionais de saúde foram entrevistados nos seus locais de trabalho na Atenção Primária em Saúde de Xangri-Lá e os usuários de saúde foram entrevistados enquanto aguardavam o atendimento nas suas unidades de saúde de referência. O questionário foi aplicado pela pesquisadora de maneira individualizada com tempo de duração médio de 40 minutos.

3.3 CENÁRIO DE PESQUISA

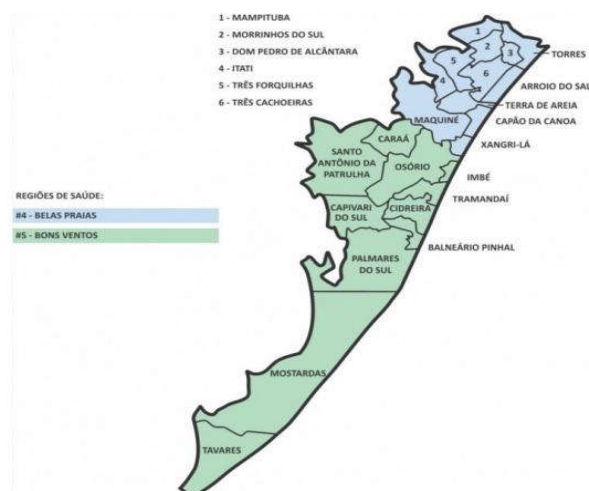
O município de Xangri-Lá, localizado no litoral norte do Estado do Rio Grande do Sul, criado em 26 de março de 1992, tem 60. 688 km² de área territorial e densidade demográfica de 204.88 hab/m². Com população de 14.430 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa, e população estimada para

2018 de 16.025 habitantes (IBGE, 2010). A população do município, no ano 2000, era de 8.200 habitantes, em 2010 de 13.391, ou seja, houve um aumento de mais de 61% no número de habitantes, o que representou mais 5.191 novas pessoas residindo na cidade. Grande parte desse crescimento ocorreu de forma não planejada em decorrência das ocupações de terra frequentes na região, dificultando a adaptação do sistema de saúde para atender a nova demanda. Mediante ao perfil de rápido crescimento populacional do município, podemos supor um número maior de habitantes do que o estimado para 2018 pelo IBGE.

O Índice de Desenvolvimento Humano é uma medida resumida do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento: renda, educação e saúde. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - Xangri-Lá é 0,735, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é longevidade, com índice de 0,852, seguida de Renda, com índice de 0,740, e de Educação, com índice de 0,630 (IPEA, 2010).

Xangri-Lá, emancipada de Capão da Canoa por plebiscito, em 1992, faz divisa com a cidade com a cidade de Osório no lado Sul, com Maquiné do lado Leste, com Capão da Canoa no lado Norte e com o Oceano Atlântico no plano Oeste, compreendendo nove balneários: Atlântida, Xangri-Lá, Remanso, Maristela, Marina, Arpoador, Coqueiros, Noiva do Mar e Rainha do Mar. Pertence a 18ª Coordenadoria Regional da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul na Subdivisão Regional Belas Praias.

Figura 2 - Mapa 18ª CRS

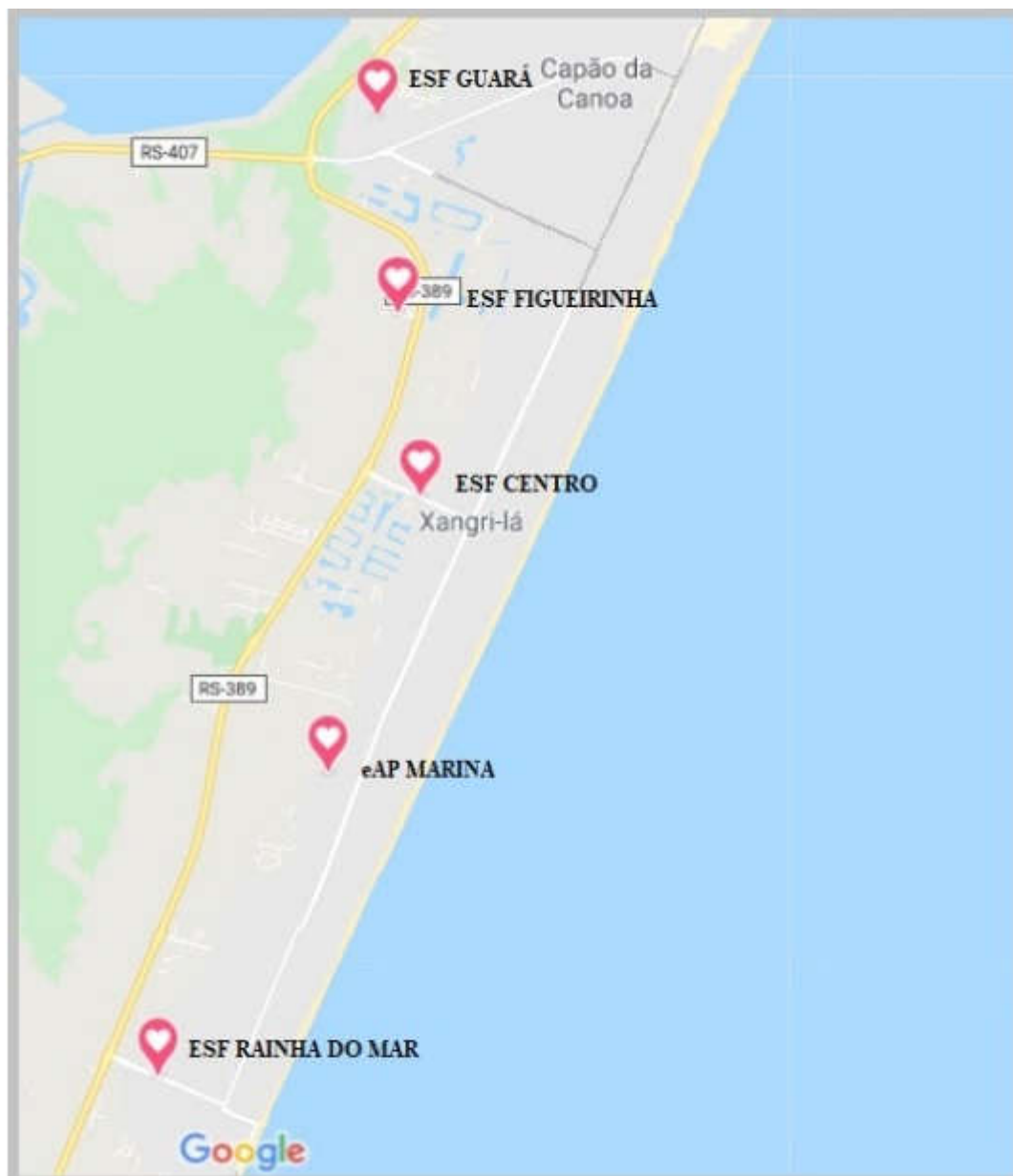


Fonte: SES/RS (2020).

A Atenção Primária no município de Xangri-Lá está organizada por meio da Estratégia Saúde da Família, que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais. As equipes atuam com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade.

A Secretaria Municipal de Saúde organizou a Atenção Primária em Saúde em cinco regiões que dispõem de quatro Estratégias de Saúde da Família e 1 Equipe de Atenção Primária, atingindo 81,36% de cobertura segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde de abril de 2020. As Unidades de Saúde foram nomeadas de acordo com o bairro a qual pertencem: ESF Centro, ESF Guará, ESF Figueirinha, ESF Rainha do Mar e eAP Marina. A eAP Marina é a mais recente unidade de saúde construída no município. Atualmente, as quatro ESFs e a eAP do município dispõem de enfermeiros, especialistas em saúde da família em provimento efetivo do quadro estatutário. As quatro ESFs são credenciadas com Atendimento em Saúde Bucal, dispondo de quatro Cirurgiões-Dentistas e quatro auxiliares de saúde bucal do quadro estatutário. Dois médicos compõem o quadro efetivo, estando alocados na ESF Guará e ESF Centro. A eAP Marina, a ESF Figueirinha e a ESF Rainha do Mar contam com médicos clínicos gerais em regime de contratação não efetivo. Dez técnicos de enfermagem, estatutários, estão distribuídos entre as unidades de saúde. Uma vacinadora, sem vínculo efetivo, atende na sala de vacinas da ESF Centro, única sala habilitada no município. Além disso, 23 Agentes Comunitários de Saúde, com contratação via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), estão distribuídos entre as cinco Unidades de Saúde, incluindo a eAP Marina. As cinco unidades de saúde contam com atendimento especializado dos profissionais: médico ginecologista, médico pediatra e nutricionista semanalmente.

Figura 3 – Unidades de Saúde de Xangri-Lá



Fonte: Relatório de Intervenção pág. 6

A Atenção Secundária em Saúde, no município de Xangri-Lá, é composta por: Pronto-Atendimento 24 horas, Programa Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/SALVAR), Programa de Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica. O Conselho Municipal de Saúde de Xangri-Lá (CMSX), criado pela Lei Municipal nº 123/1994 e alterado através da Lei nº 1.806/2015, se organiza em reuniões mensais e representa o Controle Social na Rede de Atenção à Saúde de Xangri-Lá (XANGRI-LÁ, 2017).

O município de Xangri-Lá não dispõe de fluxos claros para organização dos

serviços em saúde. A comunicação é deficiente, assim como as trocas sucessivas de recursos humanos dificultam a articulação na Rede Local de Saúde. A falta de estruturação desses arranjos funcionais causa danos, como o desperdício de recursos financeiros, a fragmentação do cuidado prestado aos indivíduos e a duplicidade de ações, sobrecarregando a rede com atuações ineficientes.

Apesar disso, Xangri-Lá é campo fértil para mudanças. Por se tratar de um município pequeno, as transformações administrativas são facilmente difundidas. A substituição gradual de funcionários sem vínculo estável por servidores de carreira tem melhorado a comunicação e tem fortalecido a integração entre as unidades de saúde. A gestão local reconhece a descontinuidade do planejamento em saúde, sendo permeável às mudanças.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram deste estudo, respondendo a versão do questionário para profissionais de saúde: 17 Agentes Comunitários de Saúde, 4 Cirurgiões Dentistas, 5 Enfermeiros, 5 Médicos, 4 Auxiliares de Saúde Bucal e 10 Técnicos de Enfermagem. Esses profissionais estão alocados nas cinco unidades de saúde que fazem parte da APS de Xangri-Lá.

Na versão usuários de saúde, o número mínimo de entrevistas foi calculado com base para encontrar uma diferença no escore médio dos usuários em relação ao escore dos profissionais na magnitude de $d=45$ (tamanho de efeito), com poder de 80% e significância de 5%. Foram entrevistados 95 usuários de saúde, sendo 19 vinculados a cada uma das cinco unidades de saúde da APS municipal.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão dos participantes da Versão Profissionais de Saúde foram: ser trabalhador atuante nos serviços de saúde de Atenção Primária de Xangri-Lá, com tempo mínimo de exercício laboral de quatro meses, independentemente do regime de contratação.

Os critérios de inclusão dos participantes da Versão Adulto foram: ter 18 anos ou mais, ser morador do município e usuário da APS por tempo mínimo de 1 ano. A comprovação de residência ocorreu por meio da Carteira da Família (ANEXO C),

documento adotado como oficial pela Secretaria Municipal de Saúde, emitida pelas Agentes Comunitárias de Saúde em visita domiciliar, para fins de comprovação de residência no município.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram abordadas como excludente qualquer situação que não se enquadre nos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Todos aqueles que não consentiram em participar da pesquisa.

3.7 RISCOS

Apesar de todas as pesquisas com seres humanos apresentarem chances de dano, os riscos envolvendo esse projeto são mínimos. A aplicação do questionário pode gerar desconforto em decorrência da exposição. Foi garantido aos participantes que se retirassem em qualquer etapa do processo. Enfatiza-se que todos os possíveis efeitos danosos foram de responsabilidade dos pesquisadores. Não houve qualquer custo financeiro aos participantes desse estudo.

3.8 BENEFÍCIOS

Os dados obtidos com a aplicação do PCATool-Brasil trouxeram subsídios para o planejamento de ações que beneficiarão a Rede de Atenção à Saúde de Xangri-Lá. Além disso, esse conteúdo proporcionou uma reflexão aos profissionais, gestores e controle social, sobre os processos de trabalho, permeando espaços para a qualificação da atenção em saúde.

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP, ANEXO D) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), obedecendo às diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012c). A aplicação do questionário foi precedida ao fornecimento do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). O número de parecer de aprovação do projeto junto ao CEP da UFCSPA foi: 3.319.207.

4 ANÁLISE DE DADOS

As respostas do instrumento foram organizadas em banco de dados criado no software Microsoft Excel e analisadas no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23.0). Os resultados estão dispostos por estatística descritiva, conforme a natureza das variáveis e a comparação dos atributos do PCATool-Brasil entre usuários e profissionais foi realizada através de teste-t de Student ou teste Mann-Whitney, conforme a distribuição dos dados. A significância estatística adotada é de 5% ($p < 0,005$).

Na primeira parte da análise, os dados coletados por meio de entrevistas com os usuários, serão apresentados em tabelas específicas para cada unidade de saúde, apresentando as respostas de 19 usuários por Instituição. A Tabela 6 engloba os escores dos 95 usuários e os apresenta por atributo da APS, permitindo uma visão geral da avaliação.

Na segunda etapa, as informações coletadas, por meio da entrevista com os profissionais de saúde, serão apresentadas divididas por categoria profissional. As tabelas finais apresentam os dados de forma a ilustrar os atributos da APS, separadamente, e como foram avaliados por cada categoria profissional.

5 RESULTADOS

5.1 ETAPA I – AVALIAÇÃO USUÁRIOS EM SAÚDE

Tabela 1: Escores de Avaliação ESF Figueirinha

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Grau de afiliação	19	8,00	10,00	9,61	0,59
Acesso	19	2,20	10,00	7,15	2,43
Acessibilidade	19	4,00	7,20	5,75	0,99
Longitudinalidade	19	4,70	9,50	6,65	1,22
Coordenação e integração dos cuidados	19	4,50	10,00	7,42	1,28
Coordenação sistema de informação	19	2,30	10,00	7,37	2,41
Integralidade do serviço disponível	19	5,00	8,50	6,32	0,84
Integralidade dos serviços prestados	19	3,00	10,00	5,89	2,00
Orientação familiar	19	4,40	10,00	7,15	1,25
Orientação comunitária	19	2,70	8,80	4,70	1,57
Escore Essencial	19	6,10	8,60	6,93	0,70
Escore Geral	19	5,80	8,30	6,77	0,66

Tabela 2: Escores de Avaliação eAP Marina

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Grau de afiliação	19	8,00	10,00	9,51	0,64
Acesso	19	1,10	10,00	6,86	2,51
Acessibilidade	19	5,10	7,70	6,62	0,68
Longitudinalidade	19	5,40	9,50	7,94	1,21
Coordenação e integração dos cuidados	19	2,00	10,00	6,78	2,78
Coordenação sistema de informação	19	6,10	10,00	7,40	1,08
Integralidade do serviço disponível	19	4,80	6,10	5,42	0,37
Integralidade dos serviços prestados	19	3,50	7,90	5,72	1,46
Orientação familiar	19	4,40	9,00	6,90	1,51
Orientação comunitária	19	2,70	6,30	4,35	1,10
Escore Essencial	19	5,60	7,90	7,0	0,78
Escore Geral	19	5,60	7,50	6,63	0,66

Tabela 3: Escores de Avaliação ESF Centro

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Grau de afiliação	19	8,90	10,00	9,70	0,46
Acesso	19	4,40	10,00	7,53	1,61
Acessibilidade	19	3,50	7,20	5,35	1,29
Longitudinalidade	19	3,00	9,50	5,92	1,89
Coordenação e integração dos cuidados	19	3,10	10,00	7,02	2,83
Coordenação sistema de informação	19	4,40	10,00	6,95	1,53
Integralidade do serviço disponível	19	5,90	9,00	6,70	0,77
Integralidade dos serviços prestados	19	4,20	7,90	6,15	0,92
Orientação familiar	19	1,10	10,00	6,80	2,38
Orientação comunitária	19	1,60	9,00	4,50	2,21
Escore Essencial	19	5,10	7,90	6,87	0,86
Escore Geral	19	5,00	7,90	6,87	0,86

Tabela 4: Escores de Avaliação ESF Guará

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Grau de afiliação	19	8,00	10,00	9,47	0,69
Acesso	19	3,30	9,50	6,56	1,65
Acessibilidade	19	4,40	7,50	6,00	0,93
Longitudinalidade	19	4,00	7,60	5,80	1,20
Coordenação e integração dos cuidados	19	3,10	10,00	6,12	1,93
Coordenação sistema de informação	19	4,40	10,00	6,86	2,09
Integralidade do serviço disponível	19	4,50	7,00	5,82	0,87
Integralidade dos serviços prestados	19	4,60	7,00	5,83	0,79
Orientação familiar	19	2,20	8,00	5,48	1,43
Orientação comunitária	19	3,30	7,20	5,12	1,23
Escore Essencial	19	5,60	7,30	6,52	0,49
Escore Geral	19	5,70	7,00	6,24	0,40

Tabela 5: Escores de Avaliação ESF Rainha do Mar

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Grau de afiliação	19	8,00	10,00	9,53	0,68
Acesso	19	5,00	9,00	7,19	0,91
Acessibilidade	19	4,40	7,50	6,00	0,93
Longitudinalidade	19	4,70	8,20	6,56	1,14
Coordenação e integração dos cuidados	19	2,30	7,90	5,22	1,89
Coordenação sistema de informação	19	3,00	9,00	6,57	1,69
Integralidade do serviço disponível	19	5,10	10,00	7,14	1,76
Integralidade dos serviços prestados	19	5,30	8,90	6,40	0,90
Orientação familiar	19	4,10	8,00	6,34	0,99
Orientação comunitária	19	2,70	7,30	5,14	1,65
Escore Essencial	19	5,50	8,10	6,79	0,57
Escore Geral	19	5,40	7,90	6,49	0,64

Tabela 6: Escores de Avaliação de todas as Unidades de Saúde

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Grau de afiliação	95	8,00	10,00	9,56	0,61
Acesso	95	1,10	10,00	6,98	1,98
Acessibilidade	95	3,50	8,20	6,30	1,74
Longitudinalidade	95	2,30	9,50	5,13	2,32
Coordenação e integração dos cuidados	95	2,00	10,00	6,78	2,18
Coordenação sistema de informação	95	2,30	10,00	6,83	1,78
Integralidade do serviço disponível	95	4,50	9,00	5,94	0,89
Integralidade dos serviços prestados	95	3,00	10,00	5,98	1,30
Orientação familiar	95	1,10	10,00	6,48	1,48
Orientação comunitária	95	1,60	9,00	4,78	1,59
Escore Essencial	19	5,10	8,60	6,83	0,70
Escore Geral	19	5,00	8,30	6,55	0,67

A análise individual das instituições de atendimento demonstrou que a unidade de saúde com maior média no Escore Essencial, que afere o desempenho dos atributos essenciais da APS, foi a eAP Marina (7,0). Outras três unidades mantiveram a pontuação acima do número considerado satisfatório (6,60). Somente a ESF Guará não atingiu média de Escore Essencial satisfatória (6,24).

No Escore Geral, que consideram a média atingida em todos os atributos da APS, incluindo os derivados, a ESF Figueirinha (6,77), a eAP Marina (6,63) e a ESF Centro (6,62) ficaram com média acima da satisfatória (6,60). ESF Guará (6,24) e ESF Rainha do Mar (6,49) apresentaram médias abaixo de 6,60, embora com diferença pouco significativa de valores. Os componentes para cálculo dos atributos essenciais com maior média de pontuação, na análise geral das unidades (Tabela 6) foram: grau de afiliação (9,56) seguido por acesso (6,98). O atributo com menor média foi a orientação comunitária (4,78) seguida pela integralidade dos serviços prestados (5,98).

Seis atributos ficaram abaixo da média considerada satisfatória (6,6): acessibilidade (6,3); longitudinalidade (5,13); integralidade do serviço disponível (5,94); integralidade dos serviços prestados (5,98); orientação familiar (6,48) e orientação comunitária (4,78).

5.2 ETAPA II – AVALIAÇÃO PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tabela 7: Agente Comunitário de Saúde

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	17	2,50	7,30	4,40	1,24
Longitudinalidade	17	5,30	8,90	7,35	1,02
Coordenação e integração dos cuidados	17	1,60	7,60	5,51	1,36
Coordenação sistema de informação	17	3,30	10,00	6,41	1,95
Integralidade do serviço disponível	17	5,00	9,60	7,80	1,12
Integralidade dos serviços prestados	17	6,00	10,00	8,22	0,94
Orientação familiar	17	6,60	10,00	8,80	1,65
Orientação comunitária	17	4,50	9,30	6,15	1,36
Escore Essencial	17	5,20	8,40	6,52	0,75
Escore Geral	17	8,70	6,73	6,73	0,75

Tabela 8: Cirurgião-Dentista

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	04	2,30	7,60	4,70	2,18
Longitudinalidade	04	5,30	8,30	6,70	1,47
Coordenação e integração dos cuidados	04	3,10	7,60	5,57	1,96
Coordenação sistema de informação	04	7,00	10,00	8,30	1,31
Integralidade do serviço disponível	04	7,60	8,60	8,12	0,42
Integralidade dos serviços prestados	04	3,00	8,60	5,50	2,37
Orientação familiar	04	6,60	10,00	8,45	1,39
Orientação comunitária	04	5,00	7,60	6,45	1,07
Escore Essencial	04	5,30	6,70	6,15	0,60
Escore Geral	04	5,90	6,80	6,45	0,40

Tabela 9: Auxiliar de Saúde Bucal

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	04	3,30	7,30	5,37	1,88
Longitudinalidade	04	5,60	7,00	6,20	0,71
Coordenação e integração dos cuidados	04	4,60	6,60	5,45	0,83
Coordenação sistema de informação	04	4,30	10,00	7,37	2,47
Integralidade do serviço disponível	04	6,30	8,60	7,72	0,99
Integralidade dos serviços prestados	04	3,30	4,30	3,35	1,25
Orientação familiar	04	5,30	8,60	7,27	1,39
Orientação comunitária	04	6,00	8,60	7,15	1,07
Escore Essencial	04	4,70	6,70	5,87	0,85
Escore Geral	04	4,90	7,00	6,17	0,91

Tabela 10: Médico

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	05	3,30	7,30	4,84	1,51
Longitudinalidade	05	6,60	9,30	7,44	1,06
Coordenação e integração dos cuidados	05	5,00	10,00	6,38	2,12
Coordenação sistema de informação	05	6,60	10,00	8,76	1,39
Integralidade do serviço disponível	05	6,60	8,60	7,30	0,76
Integralidade dos serviços prestados	05	7,60	9,30	8,70	0,66
Orientação familiar	05	6,60	10,00	9,40	1,49
Orientação comunitária	05	5,00	10,00	6,72	2,11
Escore Essencial	05	6,60	7,50	7,18	0,35
Escore Geral	05	6,80	7,80	7,36	0,47

Tabela 11: Enfermeiro

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	05	2,60	5,60	4,22	1,08
Longitudinalidade	05	6,00	8,60	6,90	1,30
Coordenação e integração dos cuidados	05	4,30	7,00	5,32	1,00
Coordenação sistema de informação	05	7,60	10,00	8,96	1,03
Integralidade do serviço disponível	05	6,30	8,60	7,42	1,10
Integralidade dos serviços prestados	05	5,30	8,60	6,90	1,22
Orientação familiar	05	6,60	10,00	8,50	1,49
Orientação comunitária	05	5,00	8,60	6,44	1,33
Escore Essencial	05	5,60	7,80	6,60	0,83
Escore Geral	05	6,00	7,80	6,76	0,66

Tabela 12: Técnico de Enfermagem

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	10	2,30	5,30	3,99	0,88
Longitudinalidade	10	5,30	7,00	5,94	0,70
Coordenação e integração dos cuidados	10	4,30	9,30	5,88	1,37
Coordenação sistema de informação	10	4,30	9,30	10,00	8,19
Integralidade do serviço disponível	10	4,20	9,30	7,79	1,48
Integralidade dos serviços prestados	10	4,30	8,60	7,06	1,42
Orientação familiar	10	3,30	10,00	7,60	2,35
Orientação comunitária	10	5,00	9,30	7,50	1,25
Escore Essencial	10	5,50	7,70	6,44	0,79
Escore Geral	10	5,30	8,20	6,70	0,92

Tabelas atributo x profissional

Tabela 13: Acessibilidade x profissão

Acessibilidade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	2,50	7,30	4,40	1,25
Cirurgião-Dentista	4	2,30	7,60	4,70	2,19
Auxiliar de Saúde Bucal	4	3,30	7,30	5,38	1,89
Médico	5	3,30	7,30	4,84	1,52
Enfermeiro	5	2,60	5,60	4,22	1,09
Técnico de Enfermagem	10	2,30	5,30	3,99	0,89
Total	45	2,30	7,60	4,47	1,33

Tabela 14: Longitudinalidade x profissão

Longitudinalidade	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	5,30	8,90	7,35	1,03
Cirurgião-Dentista	4	5,30	8,30	6,70	1,48
Auxiliar de Saúde Bucal	4	5,60	7,00	6,20	0,71
Médico	5	6,60	9,30	7,44	1,07
Enfermeiro	5	5,30	8,60	6,90	1,30
Técnico de Enfermagem	10	5,30	7,00	5,94	0,70
Total	45	5,30	9,30	6,84	1,14

Tabela 15: Coordenação e integração dos cuidados x profissão

Coordenação e integração	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	1,60	7,60	5,52	1,37
Cirurgião Dentista	4	3,10	7,60	5,58	1,97
Auxiliar de Saúde Bucal	4	4,60	6,60	5,45	0,83
Médico	5	5,00	10,00	6,38	2,13
Enfermeiro	5	4,30	7,00	5,32	1,01
Técnico de Enfermagem	10	4,30	9,30	5,88	1,37
Total	45	1,60	10,00	5,67	1,41

Tabela 16: Coordenação sistemas de informação x profissão

Coordenação sistemas de informação	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	3,30	10,00	6,41	1,95
Cirurgião-Dentista	4	7,00	10,00	8,30	1,31
Auxiliar de Saúde Bucal	4	4,30	10,00	7,38	2,48
Médico	5	6,60	10,00	8,76	1,40
Enfermeiro	5	7,60	10,00	8,96	1,03
Técnico de Enfermagem	10	4,30	10,00	8,18	1,75

Total	45	3,30	10,00	7,60	1,96
--------------	----	------	-------	-------------	------

Tabela 17: Integração serviços disponíveis x profissão

Integração serviços disponíveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	5,00	9,60	7,81	1,12
Cirurgião-Dentista	4	7,60	8,60	8,13	0,43
Auxiliar de Saúde Bucal	4	6,30	8,60	7,73	0,99
Médico	5	6,60	8,60	7,42	1,11
Enfermeiro	5	6,30	8,60	7,42	1,11
Técnico de Enfermagem	10	4,20	9,30	7,79	1,48
Total	45	4,20	9,60	7,72	1,10

Tabela 18: Integração serviços prestados x profissão

Integração serviços prestados	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	6,00	10,00	8,23	0,95
Cirurgião-Dentista	4	3,00	8,60	5,55	2,37
Auxiliar de Saúde Bucal	4	1,60	4,30	3,35	1,25
Médico	5	7,60	9,30	8,70	0,66
Enfermeiro	5	5,30	8,60	6,90	1,22
Técnico de Enfermagem	10	4,30	8,60	7,06	1,43
Total	45	1,60	10,00	7,20	1,92

Tabela 19: Orientação familiar x profissão

Orientação familiar	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	6,60	10,00	8,80	1,17
Cirurgião-Dentista	4	6,60	10,00	8,45	1,40
Auxiliar de Saúde Bucal	4	5,30	10,00	7,28	1,40
Médico	5	6,60	10,00	9,04	1,49
Enfermeiro	5	6,60	10,00	8,50	1,50
Técnico de Enfermagem	10	3,30	10,00	7,60	2,35
Total	45	3,30	10,00	8,36	1,63

Tabela 20: Orientação comunitária x profissão

Orientação comunitária	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	4,50	9,30	6,15	1,17
Cirurgião-Dentista	4	5,00	7,60	6,45	1,08
Auxiliar de Saúde Bucal	4	6,00	8,60	7,15	1,08
Médico	5	5,00	10,00	6,72	2,12
Enfermeiro	5	5,00	8,60	6,44	1,34
Técnico de Enfermagem	10	5,00	9,30	7,50	1,25
Total	45	4,50	10,00	6,66	1,42

Tabela 21: Escore Essencial x profissão

Escore essencial	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	5,20	8,40	6,53	0,75
Cirurgião-Dentista	4	5,30	6,70	6,15	0,60
Auxiliar de Saúde Bucal	4	4,70	6,70	5,88	0,85
Médico	5	6,60	7,50	7,18	0,36
Enfermeiro	5	5,60	7,80	6,60	0,83
Técnico de Enfermagem	10	5,35	7,70	6,45	0,79
Total	45	4,70	8,40	6,50	0,76

Tabela 22: Escore Geral x profissão

Escore geral	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Agente Comunitário de Saúde	17	5,50	8,70	6,74	0,72
Cirurgião-Dentista	4	5,90	6,80	6,45	0,40
Auxiliar de Saúde Bucal	4	4,90	7,00	6,18	0,91
Médico	5	6,80	7,80	7,36	0,47
Enfermeiro	5	6,00	7,80	6,76	0,67
Técnico de Enfermagem	10	5,30	8,20	6,70	0,92
Total	45	4,90	8,70	6,72	0,75

Responderam à entrevista os profissionais de nível fundamental: 4 Auxiliares de Saúde Bucal e 17 Agentes Comunitários de Saúde dos 23 do quadro funcional. Houve 1 recusa de participação; 2 afastamentos por motivo de saúde; 3 profissionais em férias no período da coleta. À nível médio, 10 técnicos de enfermagem responderam a pesquisa e à nível superior 5 enfermeiros, 5 médicos e 4 cirurgiões dentistas. Com exceção da categoria profissional ACS, todos trabalhadores da APS de Xangri-Lá estavam presentes e aceitaram responder o questionário de pesquisa. As mulheres compõem 80% da amostra de profissionais. Dos profissionais de nível superior, 42,8 % têm especialização ou residência em saúde da família.

A categoria profissional que melhor avaliou os atributos da APS foram os médicos (7,18) em Escore Essencial e (7,36) em Escore Geral, seguido pelos Enfermeiros (6,60) em Escore Essencial e (6,76) em Escore Geral.

As categorias profissionais de nível fundamental e médio avaliaram os atributos essenciais da APS abaixo da média considerada satisfatória (6,60). Dentre

estes, os Auxiliares de Saúde Bucal fizeram a mensuração mais baixa, (5,88) em Escore Essencial e (6,18) em Escore Geral, e os Agentes comunitários de Saúde avaliaram com pontuação mais alta, (6,53) em Escore Essencial, atingindo média satisfatória em Escore Geral (6,73).

Dos profissionais de nível superior, somente os cirurgiões dentistas avaliaram os atributos abaixo da média satisfatória: (6,15) em Escore Essencial e (6,45) em Escore Geral. O atributo melhor avaliado na média de todos os profissionais entrevistados foi a Orientação familiar (8,36) e o escore com menor avaliação foi Acessibilidade (4,46).

Os atributos Longitudinalidade (6,84), coordenação dos sistemas de informação (7,60), integralidade dos serviços disponíveis (7,72) e integralidade dos serviços prestados 7,20) ficaram acima da média satisfatória (6,60).

Gráfico 1 - Escore Geral por Categoria Profissional



6 DISCUSSÃO

6.1 PARTE I – USUÁRIOS EM SAÚDE

A unidade de saúde melhor avaliada pelos usuários, eAP Marina, se enquadra no novo modelo de credenciamento proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para qualificação de serviços já implantados: as Equipes de Atenção Primária (eAP). Flexibilizando a carga horária e a composição das categorias profissionais mínimas, as eAPs são uma nova opção para credenciamento de novas equipes na Atenção Primária à Saúde, oportunizando a captação de recursos para os municípios que não conseguiram dispor dos requisitos mínimos para o credenciamento de ESF. Segundo as normas estabelecidas pelo MS, as eAPs devem suprir os quatro atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade do cuidado. A eAP Marina, avaliada neste estudo, além de ter maior média em Escore Essencial (7,0) que as ESFs, apresentou média acima da considerada satisfatória (6,6) nos quatro atributos essenciais. Este dado elucida que uma nova composição e organização de equipes na APS pode atingir resultados satisfatórios (BRASIL, 2019b).

O maior escore de avaliação, em todas as unidades de saúde, foi na dimensão grau de afiliação. Este atributo se refere à identificação da unidade de saúde e/ou do profissional de saúde como referência de atendimento ao usuário entrevistado. A boa avaliação neste quesito reflete o vínculo entre a equipe de saúde e os usuários. O tipo de contratação dos profissionais influi diretamente neste atributo, pois os funcionários de carreira permanecem por um tempo maior nos cargos, fortalecendo o vínculo e a continuidade do cuidado (COTTA et al., 2014). 89,28% dos trabalhadores assistenciais ouvidos nesta entrevista estão sob o regime de contratação efetiva, com ingresso por concurso público, elucidando a importância da valorização laboral na qualidade da assistência.

O escore acessibilidade ficou abaixo da média satisfatória (6,30). A acessibilidade esclarece a visão dos usuários sobre as barreiras geográficas e organizacionais de atendimento, como o horário de funcionamento das unidades, geralmente limitante aos trabalhadores e as falhas nos fluxos de agendamento de consultas e exames. Podemos vincular esse resultado negativo ao horário de funcionamento das unidades da APS de Xangri-Lá (8:00 às 17:00 horas), não

abrindo aos finais de semana e feriados e com a concentração dos serviços de marcação de especialistas e farmácia em ponto central da cidade. A fragilidade encontrada na acessibilidade pode refletir em uma dificuldade da APS atuar no cuidado integral do indivíduo, principalmente da tangente da prevenção em saúde, pois induz o indivíduo a postergar a procura aos serviços de saúde, gerando, muitas vezes, gastos adicionais ao sistema (DONABEDIAN, 1988).

Entretanto, a especificação acesso, em consonância com o atributo grau de afiliação, teve a segunda maior pontuação média na análise de todas as unidades de saúde (6,98), reforçando a efetividade do vínculo e o reconhecimento das unidades de saúde da APS como porta de entrada da RAS. O alto desempenho neste escore sugere que o usuário busca as ESFs e eAP quando necessário, evitando tentativas de acesso diretamente ao serviço especializado. A ampla cobertura da Atenção Básica permite uma organização efetiva da RAS em Xangrilá, definindo com os fluxos de atendimento e refletindo a qualidade deste arranjo na boa avaliação popular sob este escore. Uma média satisfatória no atributo acesso elucida que, apesar das barreiras encontradas na avaliação da acessibilidade, o usuário reconhece a APS como referência de entrada no sistema de saúde (DONABEDIAN, 1988; BRASIL, 2019b).

O reconhecimento da APS como porta de entrada da RAS, normalmente se reflete em uma boa percepção dos usuários em relação à longitudinalidade do cuidado, entretanto este atributo teve uma baixa média avaliativa (5,13) (SILVA et al., 2016). Os itens que compõem esta parte do questionário ilustram uma deficiência na comunicação entre profissionais e pacientes, evidenciando uma fragilidade na qualidade da escuta. A escuta qualificada é uma tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo e acolhimento, valorizando as experiências e necessidades dos pacientes (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

Uma comunicação eficiente e acessível é fundamental para o fortalecimento do elo longitudinalidade. Esse dado converge com as informações fornecidas por uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, a fim de mensurar a longitudinalidade do cuidado pela perspectiva de 1.076 usuários de ESFs. O estudo revelou que a longitudinalidade é insatisfatória e sugeriu a necessidade de reorientação da APS neste sentido (KESSLER et al., 2019).

Os dois componentes do atributo essencial coordenação tiveram médias favoráveis. coordenação e integração dos cuidados (6,78) e coordenação dos

sistemas de informação (6,83). A avaliação deste atributo elucida a integração dos cuidados e dos sistemas de informação na APS. Starfield (2002) define a coordenação é um reflexo da integração dos serviços componentes da RAS, assim como é um reconhecimento da satisfação dos usuários em relação ao atendimento de suas necessidades em saúde (STARFIELD, 2002). Uma avaliação satisfatória esclarece que os usuários da APS, em Xangri-Lá, entendem que as suas necessidades em saúde são atendidas de forma geral e reconhecem a continuidade do cuidado seja pela disponibilização do seu prontuário na hora da consulta, seja pela garantia de atendimento com um profissional de referência.

Por sua vez, os dois componentes do atributo essencial integralidade tiveram média geral abaixo da esperada: integralidade do serviço disponível (5,94) e integralidade dos serviços prestados (5,98). A avaliação integralidade reflete se a APS consegue ser efetiva na oferta de serviços e ações que garantam aos usuários o recebimento de uma atenção integral, mesmo que essas ações envolvam outros serviços componentes da RAS. Garante a efetividade da atuação na promoção, prevenção e na recuperação em saúde, incluindo aconselhamentos, encaminhamentos e procedimentos prestados (BRASIL, 2010b). Para uma adequação satisfatória deste atributo é necessário um reconhecimento da necessidade de investimento financeiro e humano, a fim de proporcionar a disponibilização dos procedimentos e pequenas cirurgias previstas pela APS, assim como profissionais qualificados para receber os encaminhamentos decorrentes dos atendimentos.

Os atributos derivados: orientação familiar (6,48) e orientação comunitária (4,78) ficaram abaixo da média satisfatória (6,6). Segundo Starfield (2002), esta mensuração se refere ao reconhecimento dos problemas da comunidade pela equipe de saúde local e à estimulação da participação dos pacientes nas ações de planejamento em saúde. Em Xangri-Lá este fator é evidenciado pela pouca participação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, assim como pela ausência de Conselhos Locais de Saúde.

6.2 ETAPA II – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O baixo desempenho do atributo acessibilidade, na avaliação dos profissionais, converge com dados encontrados em outros estudos brasileiros que utilizaram o PCATool como ferramenta (VAN STRALEN et al., 2008; CHOMATAS et

al., 2013; FERREIRA et al., 2016). A baixa pontuação deste escore foi unânime entre os entrevistados. A acessibilidade reflete a visão dos profissionais de saúde sobre a dificuldade de acesso ao atendimento nas unidades de saúde nas quais trabalham.

Referente ao mesmo atributo, acessibilidade, usuários de saúde avaliaram com maior escore (6,08) enquanto os profissionais de saúde pontuaram (4,47). Esta disparidade de percepção pode ser decorrente do fato que os pacientes se sentem acolhidos pelo Pronto-Atendimento 24 Horas nos horários em que as unidades de saúde não estão abertas. Os profissionais, em sua maioria, não são usuários do sistema público de saúde de Xangri-Lá, pois residem em outros municípios ou dispõem de serviços privados de saúde, restringindo sua visão avaliativa à unidade de saúde na qual trabalham, enquanto os usuários avaliaram a RAS como um todo. Nos questionários do instrumento de aplicação aos usuários, a acessibilidade corresponde à letra C e, no questionário correspondente aos profissionais de saúde, à letra A.

O escore coordenação dos sistemas de informação foi o único item que não apresentou diferença na avaliação dos usuários e profissionais de saúde. Ambos mensuraram de forma positiva a disponibilidade de prontuários e registros dos pacientes. As cinco unidades de saúde da APS de Xangri-Lá fazem uso do prontuário eletrônico E-SUS. O E-SUS foi criado, em 2013, pelo Departamento de Atenção Básica com a intenção informatizar, qualificar, unificar e viabilizar as informações coletadas nas unidades de saúde (BRASIL, 2013). Uma pesquisa, realizada no Ceará, em 2019, constatou que a utilização da plataforma eletrônica E-SUS contribui para a otimização dos processos de trabalho (ARAÚJO et al., 2020).

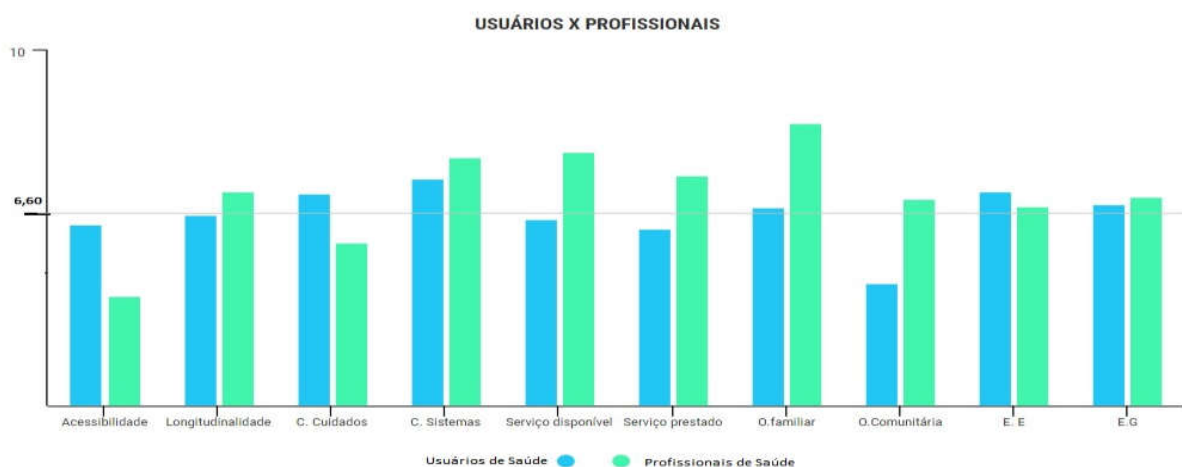
Assim como na acessibilidade, o atributo coordenação e integração dos cuidados teve a pontuação dos pacientes foi mais elevada que a dos profissionais. Os questionamentos que compõem este item se referem aos encaminhamentos emitidos na APS para médicos e procedimentos especializados, indagando sobre fluxos e sobre a comunicação entre os serviços. Esta percepção negativa dos profissionais pode decorrer do conhecimento operacional da RAS e das suas fragilidades. O paciente avalia a situação pela sua perspectiva única e o trabalhador sente as falhas de comunicação e de retorno das contra-referências como um todo. Além disto, uma melhor avaliação dos usuários pode estar relacionada à procura de serviços especializados privados para suprir as suas necessidades com mais eficiência, gerando um viés na mensuração deste atributo (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade do cuidado, a integração dos serviços disponíveis, a

integração dos serviços prestados, a orientação familiar e a orientação comunitária foram melhor avaliadas pela ótica dos profissionais em saúde. Em comparativo com este estudo, outras pesquisas, que usaram como método entrevistas de trabalhadores e usuários por meio do PCATool, evidenciam os mesmos resultados: uma mensuração de qualidade mais positiva por parte dos profissionais em saúde (TOMASI et al., 2011; CHOMATAS et al., 2013; SILVA et al., 2015).

As divergências podem ser resultantes das diferentes perspectivas em relação ao conceito de qualidade do cuidado desses grupos. Os cidadãos procuram um serviço de saúde a fim de ter suas necessidades clínicas atendidas, entende-se que a percepção dessas necessidades, assim como a sua satisfação pode ser diferente na ótica dos profissionais de saúde. De acordo com Ovretveit (2015), a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência está atrelada a princípios diferentes daqueles dos prestadores de serviços, pois consideram o desempenho da assistência amparados em seu entendimento de resolatividade clínica, comparando o atendimento recebido em outros estabelecimentos de saúde aos quais tenham se reportado anteriormente. Os profissionais de saúde vislumbram as necessidades do usuário por uma ótica clínica e dispõem de uma perspectiva privilegiada sobre a estrutura organizacional do serviço. Essas diferenças de ponto de vista contribuem para os escores avaliativos discordantes entre usuários e profissionais de saúde (STEIN, 2013).

Gráfico 2 - Avaliação dos usuários em saúde x profissionais de saúde



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As unidades de saúde e suas equipes tiveram uma média avaliativa satisfatória pela ótica dos usuários. Foi possível identificar bons escores referentes ao vínculo entre profissionais e a comunidade, assim como o reconhecimento da APS como porta de entrada da RAS em Xangri-Lá. Os pacientes também identificaram de forma positiva os sistemas de informação e a integração entre os serviços.

Entretanto, a acessibilidade foi identificada com uma fragilidade do sistema. Sugere-se a ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde, facilitando o acesso dos trabalhadores, a descentralização de alguns serviços administrativos municipais e abertura da sala da vacinação em todos os postos de saúde. Destaca-se também a importância do aperfeiçoamento do processo de acolhimento e da escuta qualificada aos usuários, pois uma debilidade na comunicação entre esses e os profissionais foi identificada.

A comunicação entre APS e serviço especializado é falha, prejudicando a coordenação, longitudinalidade e integralidade do cuidado. Uma melhoria nas informações contidas nas referências-contrareferências facilitaria este processo de trabalho, assim como a possibilidade de extensão do programa E-SUS para os outros serviços da rede integraria os prontuários dos diferentes serviços, tecnologia ainda não disponibilizada pelo MS.

Este estudo ainda sugere a necessidade de investimentos financeiros e humanos a fim de proporcionar um cuidado integral ao paciente, garantindo a disponibilização de procedimentos e pequenas cirurgias faltantes na RAS. Considera-se, pela avaliação dos usuários, a necessidade do incremento de ferramentas que estimulem a pesquisa de satisfação dos usuários, assim como incentivem sua participação nos espaços deliberativos, como os Conselhos de Saúde.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374p.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Brasília, v. 24, n. 8, p. 1727-42, 2008.

ARAÚJO, J.R.; ARAÚJO-FILHO, D.C.; MACHADO, L.D.S.; MARTINS, R.M.G.; CRUZ, R.S.B.L.C. Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 780-92, 2019.

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. Brasília, DF: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. 34p.

BRASIL. **Portaria nº 648**, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment PCATool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 82p.

BRASIL. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

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

BRASIL. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011: Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Lei nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 62p

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Conass, 2015. 127p.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Planejamento do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.979**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Equipes de Atenção Primária (eAP) e Equipes de Atenção Primária**: Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. 237p

CAMPBELL, S M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, England, v. 51, n. 11, p. 1611-25, 2000.

CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.

COSTA, N.R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-98, 2016.

COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C.M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORI, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Viçosa, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CRESWELL, J W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-54, 1988.

DUNCAN, B.B.; HARZHEIM, E.; STEIN, A.T.; CUNHA, C.R.H. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 13, 2006.

FARAH, M.F.S.; CENEVIVA, R. O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública. In: GUEDES, A.M.; FONSECA, F. (orgs.). **O controle social da administração pública**. São Paulo: UNESP, 2007. p. 129-56.

FERREIRA, V.D.; OLIVEIRA, J.M.; MAIA, M.A.C.; SANTOS, J.S.; ANDRADE, R.D.; MACHADO, G.A.B. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. e20160104, 2016.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; DARDET, C.A.; STEIN, A.T. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-59, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/xangri-la/panorama>>. Acesso em: 12 de agosto de 2020.

INSTITUTO DA PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 25 de agosto de 2020.

KESSLER, M.; LIMA, S.B.S.; WEILLER, T.H.; LOPES, L.F.D.; FERRAZ, L.;

EBERHARDT, T.D. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 186-93, 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-74, 2011.

LUCENA, K.D.T.; DEININGER, L.S.C.; SILVA, E.A.; FIGUEIREDO, D.C.M.M.; PEREIRA, A.J.; VIANNA, R.P.T. Sala de situação em saúde como ferramenta de gestão: planejamento das ações no território. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. 3, p. 702-8, 2014.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: DF: Ministério da Saúde, 2011. 549p.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M.I.C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 15, n. 5, p. 2355-65, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Genebra: OMS; 1978. Disponível em: <<https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>>. Acesso em: 02 de agosto de 2020.

OVRETVEIT, J. **Melhoria de qualidade que agrega valor**: o cuidado de saúde. Rio de Janeiro: Proqualis, 2015.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-7, 2012.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Renewing Primary Health Care in the Americas**: a position paper of the Pan American Health Organization. World Health Organization (PAHO/WHO). Washington: PAHO, 2007. p 48.

PRATES, M.L.; MACHADO, J.C.; SILVA, L.S.; AVELAR, P.S.; PRATES, L.L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-93, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE XANGRI-LÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Xangri-Lá: PMX, 2017. 86p.

RAIMUNDO, J.S.; CADETE, M.M.M. Escuta qualificada e gestão social entre profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 61-7, 2012.

SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **18ª CRS Osório Mapas**. Porto Alegre: SES/RS. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/18-crs-osorio>>. Acesso em: 01 de setembro de 2020.

SILVA, C.B.; PAULA, C.C.; LOPES, L.F.D.; HARZHEIM, E.; MAGNAGO, T.S.B.S.; SCHIMITH, M.D. Atenção à saúde de crianças e adolescentes com HIV: uma comparação de serviços. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 522-31, 2016.

SILVA, S.A.; BAITELO, T.C.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-87, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002. 726p.

STARFIELD, B.E.; CASSADY, C.E.; HURTADO, M.P.; BERK, R.A. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.

STEIN, A.T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 179-81, 2013.

TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; THUMÉ, E.; PICCINI, R.X.; OSORIO, A.; SILVEIRA, D.S. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4395-404, 2011.

VAN STRALEN, C.J.; BELISÁRIO, S.A.; VAN STRATEN, T.B.S.; LIMA, A.M.D.; MASSOTE, A.W.; OLIVEIRA, C.L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. s148-s158, 2008.

ANEXO A – Questionário PCATool-Brasil Versão Adulto

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
A – GRAU DE AFILIAÇÃO					
A1. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou quando precisa algum conselho sobre a sua saúde? ☐ Não ☐ Sim (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____					
A2. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? ☐ Não ☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima ☐ Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____					
A3. Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde? ☐ Não ☐ Sim, mesmo que A1 e A2 acima Sim, o mesmo que A1 somente Sim, o mesmo que A2 somente ☐ Sim, diferente de A1 e A2 (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____					
Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO. AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo: --- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5). --- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5). --- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5). --- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5). --- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5). --- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).					
A4. Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____ Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):					
A5. _____ ("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B).					
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B3. Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
C1. O “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C2. O “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C3. Quando o seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C4. Quando o seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C5. Quando o seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C6. Quando o seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C7. Quando o seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) neste “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C9. Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para hora no seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no seu “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C12. Quando você tem que ir ao “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro/local, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D – LONGITUDINALIDADE					
D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas às vezes?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D2. Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D3. O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D5. O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D7. O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D8. O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D9. O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D10. O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D11. O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D12. O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D13. O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D14. Você mudaria do “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS					
E1. Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”?					
() Sim					
() Não (Passe para a questão F1)					
() Não sei /não lembro (Passe para a questão F1)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
E2. O “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E3. O “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E4. O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E5. O seu “médico/enfermeiro” ou alguém que trabalha no/com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a marcar esta consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E6. O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E7. O “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E8. Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E9. O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES					
F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”).					
G1. Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G2. Verificar se sua família pode participar de algum pro- grama de assistência social ou benefícios sociais.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G3. Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G4. Vacinas (imunizações).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G5. Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G6. Tratamento dentário.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS - continuação					

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G10. Sutura de um corte que necessite de pontos.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G12. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G13. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G14. Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G15. Remoção de verrugas.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G16. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G17. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G18. Cuidados pré-natais.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G19. Remoção de unha encravada.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G22. Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”.					
Em consultas ao “nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens).					
H1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H2. Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H9. Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H10. Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H11. Como prevenir quedas.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H12. Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H13. Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR					
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" com sua família.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
I1. O seu "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
I2. O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
I3. O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
J1. Alguém no "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
J2. O seu "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
J3. O seu "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					
J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

ANEXO B – Questionário PCATool-Brasil Versão Profissionais da Saúde

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool-Brasil versão Profissionais Entrevistador – Para todas as perguntas use o Cartão Resposta.					
A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
A1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A2. Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 horas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
A9. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B - LONGITUDINALIDADE					
B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B3. Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B4. Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B6. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B7. Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B9. Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B10. Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B11. Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
B13. Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro

C1. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C2. Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C3. Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C4. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C5. Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
C6. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES					
D1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
D3. Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS					
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)					
E1. Aconselhamento nutricional.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E2. Imunizações.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E3. Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E4. Avaliação da saúde bucal.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E5. Tratamento dentário.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E9. Sutura de um corte que necessite de pontos.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E11. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E12. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E13. Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E14. Remoção de verrugas.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E15. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E16. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E17. Cuidados pré-natais.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E18. Remoção de unha encravada.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E19. Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
E22. Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS					
Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas): () de todas as idades () somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos) () somente adultos					

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:
 Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).
 Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.
 Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.
 Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas as faixas etárias.
 Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens).

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
F1. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F2. Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F3. Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima). Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"					
F4. Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F5. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F6. Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F7. Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F8. Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F9. Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F10. Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F11. Como prevenir quedas.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F12. Prevenção de osteoporose em mulheres.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F13. Cuidado de problemas comuns relativos à menstruação ou a menopausa.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças. Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"					
F14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
F15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G – ORIENTAÇÃO FAMILIAR					
G1. Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G2. Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
G3. Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H2. Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H3. Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9
H6. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 9

ANEXO C – Carteira da Família de Xangri-Lá

Cuide da sua Saúde!!!

- A Carteira da Família é um documento importante. Leve-a sempre que procurar um serviço de Saúde Municipal.
- Sempre que precisar dos serviços de saúde procure o seu PSF.
- Receba bem o agente de saúde da família, ele é importante para o bem-estar de sua Família.
- A Secretaria de Saúde e Assistência Social, está a sua disposição.



Saúde da Família

PSF: _____

Nº DA FAMÍLIA: _____



Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Xangri-lá

Agente: _____	Área: _____	Nome: _____
Endereço: _____		Data Nascimento: ____/____/____
Nome: _____		Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____		Nome: _____
Cartão SUS: _____		Data Nascimento: ____/____/____
Nome: _____		Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____		Nome: _____
Cartão SUS: _____		Data Nascimento: ____/____/____
Nome: _____		Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____		Obs.: _____
Cartão SUS: _____		_____
Nome: _____		_____
Data Nascimento: ____/____/____		_____
Cartão SUS: _____		_____
Nome: _____		_____
Data Nascimento: ____/____/____		_____
Cartão SUS: _____		_____

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

(Resolução Nº 510/2016 do Ministério da Saúde)

Prezado participante,

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada: **AValiação da Rede de Atenção Primária em Saúde de um Município do Estado do Rio Grande do Sul.**

O estudo se refere ao projeto de pesquisa da pós-graduanda, Enfermeira Marja Camargo Garcia, do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). A pesquisadora será orientada pela Prof.^a Dr.^a. Andrea Wander Bonamigo e coorientada pelo Prof.^o. Dr.^o. Marcelo Schenk de Azambuja, ambos docentes do PPG Ensino na Saúde da mesma Universidade. O objetivo deste estudo é analisar qualidade da assistência à saúde nas Estratégias de Saúde da Família municipais. A escolha do tema de pesquisa justifica-se pela carência de dados sobre a qualidade da Atenção Primária em Saúde do município, assim como pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os processos locais de trabalho, identificando suas fragilidades e potencialidades. O conhecimento gerado com a essa pesquisa trará subsídios para o planejamento de ações gerenciais e assistenciais em saúde, proporcionando benefícios aos trabalhadores da rede e à população.

Se aceitar participar da pesquisa, é importante que você esteja ciente de que a sua participação é voluntária e que não receberá nenhuma vantagem econômica. Você tem o direito de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, a qualquer momento, se assim o desejar ou ainda descontinuar sua participação sem penalização alguma ou quaisquer prejuízos pessoais. Caso ocorra alguma despesa, devido a sua participação na pesquisa, você será ressarcido.

A pesquisa será desenvolvida em etapa única, na Estratégia de Saúde da Família a qual trabalha ou recebe assistência em saúde, em espaço previamente combinado com a coordenadora local do serviço de saúde. O instrumento utilizado para a coleta dos dados será o questionário Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool), validado no Brasil. Esse formulário está estruturado em 87 itens, divididos em 10 componentes relacionados às características que estão envolvidas nas ações de saúde realizadas junto aos indivíduos e às comunidades. Essas informações conferem subsídios para fundamentar a pesquisa, fornecendo dados sobre qualidade da assistência à saúde local.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garantirá seu anonimato após a divulgação dos resultados. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo pesquisador principal durante 5 (cinco) anos e, após este prazo, totalmente destruídos. Se você tiver qualquer despesa decorrente de sua participação, essas serão ressarcidas pela pesquisadora (Resolução 466/12).

O risco representado pela participação nesta pesquisa pode ser avaliado como mínimo. Você pode se sentir desconfortável ou constrangido em alguma fase da entrevista. Você não é obrigado (a) a responder questionamentos que não os (as) deixam à vontade. Se houver qualquer dano emocional comprovadamente decorrente da

CEP/UFCSA
TCLE
APROVADO
10/05/19

participação na pesquisa, você terá direito à indenização. Após assinar o presente termo, você responderá o questionário, sendo o tempo destinado para atividade de 40 minutos. Você será acompanhado e orientado pelo pesquisador que esclarecerá todas as dúvidas.

É previsto, como resultado dessa pesquisa, uma avaliação da qualidade dos serviços prestados na Atenção Primária em Saúde em Xangri-lá. Esse resultado será compartilhado com os profissionais de saúde, controle social e gestores em evento específico realizado no município. Espera-se que essa iniciativa subsidie ações de planejamento fundamentadas pelas informações adquiridas neste estudo.

Você ficará com uma via deste Termo (que será disponibilizado em duas vias) e, em caso de dúvida (s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Enfermeira Marja Camargo Garcia pelo telefone (51) 981412484 ou com Profa. Dra. Andrea W. Bonamigo, Rua Sarmento Leite, 245, Sala 617, Porto Alegre - RS, pelo (51) 3303-8770, em horário comercial.

Se houver dúvidas sobre o protocolo da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA na Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre - RS, telefone: (51) 3303-8804 ou e-mail: cep@ufcspa.edu.br. O CEP-UFCSPA é o órgão especializado e independente, vinculado operacionalmente à Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação, e tem como objetivo pronunciar-se no aspecto científico e ético sobre todos os projetos de pesquisa a serem desenvolvidos na Instituição, visando promover a adequação das investigações propostas na área da saúde e nos procedimentos experimentais envolvendo seres humanos.

Eu _____ confirmo que Marja Camargo Garcia, explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Xangri-lá, ____ de _____ de 2019.



APÊNDICE A – Relatório de Intervenção

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA POR MEIO DE DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL DA APS EM XANGRI-LÁ, UTILIZANDO O INSTRUMENTO
AVALIATIVO PCATool-BRASIL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA POR MEIO DE DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL DA APS EM XANGRI-LÁ, UTILIZANDO O INSTRUMENTO AVALIATIVO
PCATool-BRASIL**

**Xangri-Lá/RS
2020**



RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA POR MEIO DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA APS EM XANGRI-LÁ, UTILIZANDO O INSTRUMENTO AVALIATIVO PCATool-BRASIL

Este Relatório de Intervenção foi desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU), Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA).

Marja Camargo Garcia

Orientadora: Profa. Dra. Andrea Wander Bonamigo

Co-Orientador: Prof. Dr. Marcelo Schenk Azambuja

**Xangri-Lá/RS
2020**

APRESENTAÇÃO

Este documento visa apresentar os resultados obtidos pela pesquisa que avaliou a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em Xangri-Lá, assim como sugerir mudanças nos processos de trabalho a fim de aprimorar a qualidade da assistência. Os dados foram coletados por meio do questionário *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) e dispõem sobre a visão dos profissionais e usuários de saúde sobre o serviço de atendimento municipal.

Este relatório é destinado aos profissionais de saúde da APS e aos gestores municipais.

Como Mensurar a Qualidade da APS?

Bárbara Starfield, pesquisadora norte-americana, especialista em saúde pública, sugeriu que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser efetiva no cumprimento de **7** atributos, a fim de garantir a qualidade do cuidado, são eles (STARFIELD, 2002):

Atributos Essenciais



Acesso - 1º contato

Reconhecimento das unidades de saúde da APS como porta de entrada da Rede. Utilização da APS para continuidade do cuidado ou a cada novo problema de saúde.



Longitudinalidade

Representa um cuidado contínuo ao longo do tempo. Assim como, o vínculo entre profissionais e usuários de saúde.



Integralidade

Garante o cuidado de forma integral, englobando os aspectos bio, psico e sociológicos do indivíduo, assim como a integração da APS com os outros níveis de atenção.



Coordenação

Pressupõem a coordenação do cuidado por meio da disponibilização de prontuários, integração dos sistemas e da não rotatividade de profissionais de saúde.

Atributos Derivados



Orientação familiar

Considera o contexto familiar no planejamento do cuidado, assim como sua influência no histórico e na potencialidade da efetividade da assistência.



Orientação comunitária

Reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e pelo contato.



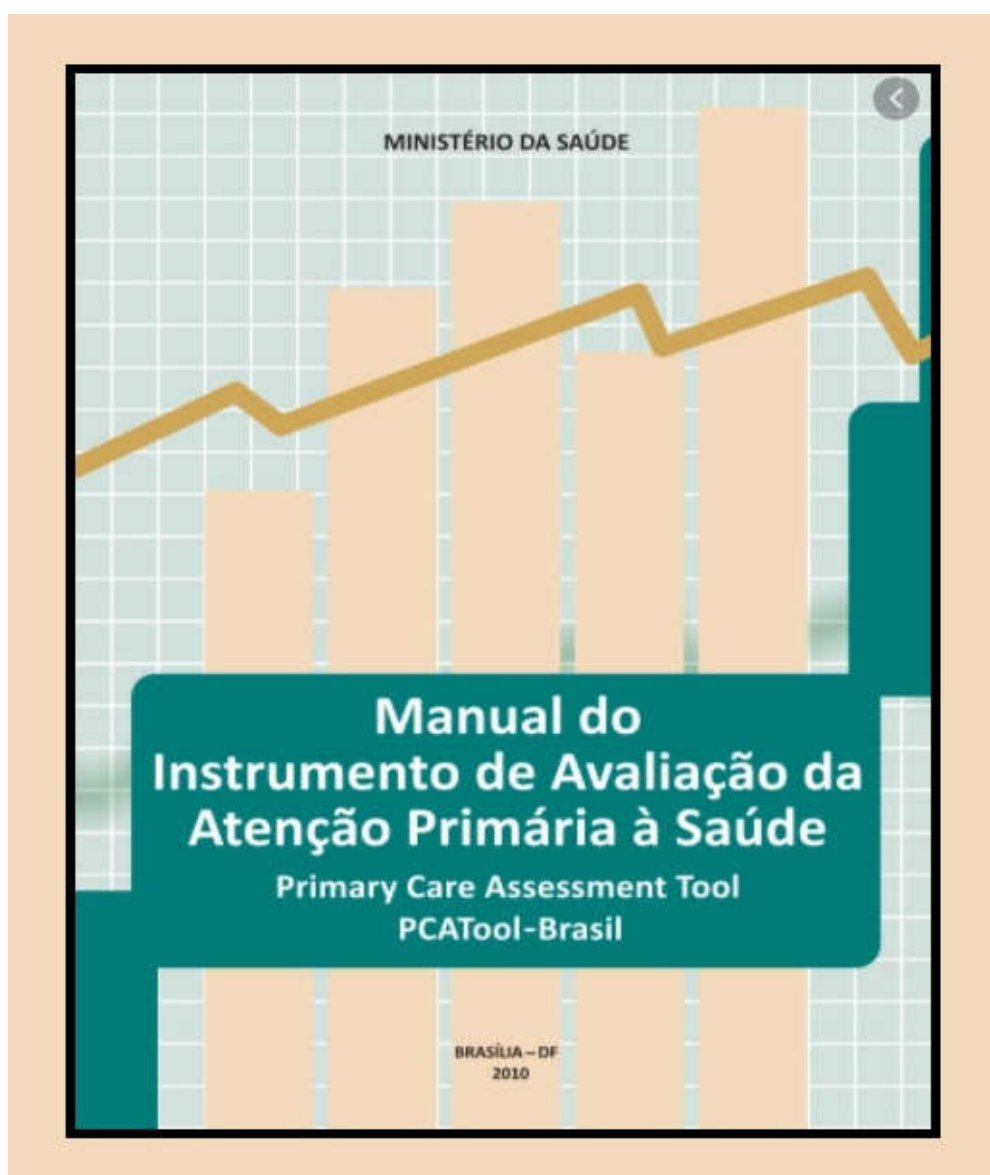
Competência cultural

Capacidade de adaptação das equipes de saúde às características culturais da comunidade a fim de proporcionar um cuidado mais efetivo.

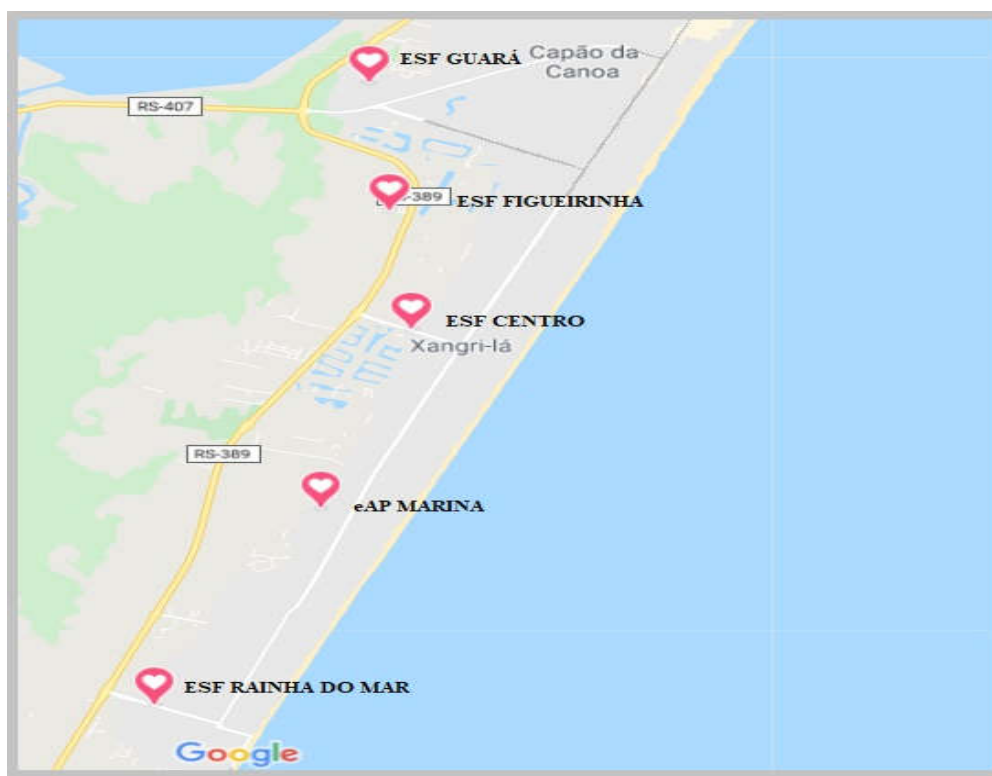
Como Avaliar estes Atributos?

No ano 2000, Starfield e seus colaboradores desenvolveram o Primary Care Assessment Tool (PCATool). Um instrumento que permite aferir, por meio de perguntas e pontuações específicas, os atributos da APS (STARFIELD et al., 2000).

Em 2006, o PCATool foi traduzido e validado no Brasil, sendo publicado em Manual pelo Ministério da Saúde. O Manual apresenta três versões de questionários para: profissionais de saúde, usuários em saúde e a versão criança (aplicada aos cuidadores) (BRASIL, 2010).



A Atenção Primária à Saúde em Xangri-Lá



Xangri-Lá tem 60.688 km² de área territorial e densidade demográfica de 204,88 hab/km². Com população de 14.430 habitantes, segundo o IBGE, e população estimada para 2018 de 16.025 habitantes (IBGE, 2010).

4 Estratégias de Saúde da Família e 1 Equipe de Atenção Primária cobrem 81,36% do território de Xangri-Lá de acordo com os dados do Ministério da Saúde de Abril de 2020.

Como Aconteceu a Pesquisa na APS em Xangri-Lá?

A pesquisa em Xangri-Lá utilizou o questionário PCA- Tool e foi dividida em 2 partes:

1ª parte: foram escutados **95** usuários, sendo **19** pacientes por unidade de saúde;

2ª parte: profissionais de saúde das **5** unidades responderam o questionário PCATool.

Parte I - Usuários de Saúde

Além de aferir os escores essenciais e derivados individualmente, o PCA-Tool viabiliza uma pontuação referente ao Escore Essencial e ao Escore Geral da APS, englobando todos os atributos em uma nota final. A média considerada satisfatória é 6,60.



1 eAP Marina

Escore Essencial - 7,0
Escore Geral - 6,63

Acesso -

Integralidade do cuidado -

Longitudinalidade -

Coordenação -

Orientação familiar -

Orientação Comunitária -



2 ESF Figueirinha

Escore Essencial - 6,93
Escore Geral - 6,77

Acesso -

Integralidade do cuidado -

Longitudinalidade -

Coordenação -

Orientação familiar -

Orientação Comunitária -

3 ESF Centro

Escore Essencial - 6,87
Escore Geral - 6,62

Acesso -

Integralidade do cuidado -

Longitudinalidade -

Coordenação -

Orientação familiar -

Orientação Comunitária -

4 ESF Rainha do Mar

Escore Essencial - 6,93
Escore Geral - 6,77

Acesso -

Integralidade do cuidado -

Longitudinalidade -

Coordenação -

Orientação familiar -

Orientação Comunitária -

5 ESF Guará

Escore Essencial - 6,52
Escore Geral - 6,24

Acesso -

Integralidade do cuidado -

Longitudinalidade -

Coordenação -

Orientação familiar -

Orientação Comunitária -

A eAP Marina foi a unidade com a melhor avaliação por parte dos usuários de saúde. Este é um bom indicador da efetividade de modelos de atenção diferentes da ESF. As variações de pontuação entre as unidades foram pequenas. Em geral, todas tiveram um bom desempenho.

Todas as unidades podem melhorar a escuta e a participação dos usuários na tomada de decisões



Parte II - Profissionais de Saúde

Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem avaliaram a APS de Xangri-Lá acima da média considerada satisfatória (6,60). Dentistas e Auxiliares de Saúde Bucal pontuaram a qualidade da APS abaixo desta média.

Como os Profissionais Avaliaram os Atributos da APS?

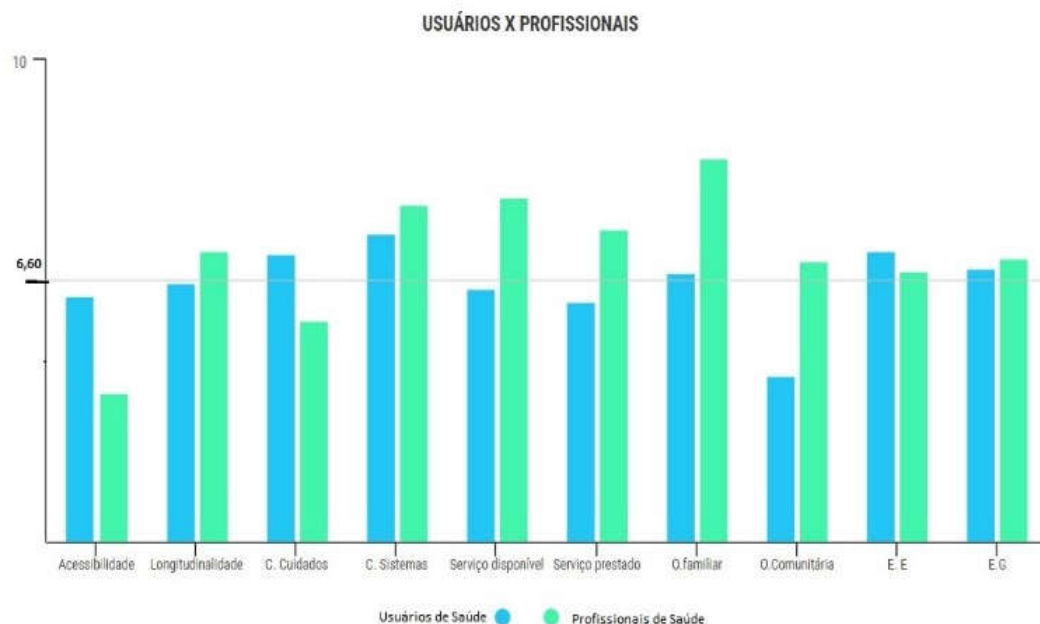


Somente o atributo acesso ficou abaixo da média, indicando que os profissionais de saúde acreditam que o horário de funcionamento das unidades de saúde limita as possibilidades de atendimento. A baixa pontuação deste atributo também reflete que a centralização de alguns serviços, como a farmácia e a vacinação, dificulta o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Os usuários avaliaram melhor o acesso em comparativo com os profissionais de saúde. Isto pode ocorrer por que os pacientes identificaram o Posto 24H como referência no cuidado quando as ESFs e eAP não estão abertas. Os profissionais tendem a avaliar este atributo somente da perspectiva do serviço no qual estão inseridos.



Comparando a Avaliação entre Profissionais e Usuários em Saúde



De maneira geral, os profissionais de saúde avaliaram melhor a APS. Isso acontece frequentemente neste tipo de pesquisa, estando associado ao fato de profissionais e pacientes terem diferentes perspectivas em relação ao conceito de qualidade de atendimento. Além disso, os profissionais de saúde têm um melhor entendimento dos fluxos internos de trabalho, ampliando as concepções para avaliação (STEIN, 2013).

Pontos Fortes da APS em Xangri-Lá

O que está bom?

O vínculo entre profissionais e usuários em saúde

O vínculo dos pacientes com as unidades de saúde é muito bom. Os usuários reconhecem os profissionais da APS como referência no seu cuidado.



A integração entre os serviços da rede municipal

Existe uma boa integração entre os serviços da rede municipal. Os usuários se sentem acolhidos pelo Posto 24H e pelas unidades básicas de saúde, entendendo que estes são efetivos no seu cuidado.



Boa média geral de todas as unidades de saúde

Em geral, a APS ficou bem avaliada, pelos usuários e pelos profissionais de saúde, superando as médias encontradas na maioria das pesquisas nacionais!



O que podemos melhorar?

A acessibilidade

O horário de funcionamento das unidades foi avaliado de forma negativa, pois dificulta o acesso dos trabalhadores. Implementar horários estendidos seria uma ótima solução. Existe um programa específico do Ministério da Saúde, o Saúde na Hora, que é uma boa ferramenta para a planificação desta ação.



A centralização dos serviços

A centralização da farmácia, sala de vacina e serviço administrativo foram apontados de forma negativa pelos usuários.

Devemos planificar a abertura das salas de vacina em todas as unidades, assim como inserir, nas rotinas locais, processos de trabalho que facilitem os fluxos de serviço e o deslocamento dos usuários na rede.



O incremento de procedimentos e recursos humanos

Investimentos financeiros que garantam o suprimento de recursos humanos carentes na rede municipal de saúde, principalmente especialistas, garantindo a integralidade do cuidado.



Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment PCATool***. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 82p.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/xangri-la/panorama>>. Acesso em: 12 de agosto de 2020.
3. STARFIELD, B.E.; CASSADY, C.E.; HURTADO, M.P.; BERK, R.A. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.
4. STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. 726 p.
5. STEIN, Airton Tetelbom. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 179-81, 2013.

APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pesquisador: ANDREA WANDER BONAMIGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09015919.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.319.207

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária em Saúde (APS) está amplamente difundida nos territórios nacionais. A APS coordena o cuidado do indivíduo em todos os níveis de atenção, tendo a Estratégias de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A avaliação de qualidade dos serviços é peça chave para o planejamento, conferindo ferramenta fundamental aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para que possam garantir a efetividade dos serviços prestados. Este estudo objetiva avaliar a qualidade da APS do município de Xangri-lá/RS por meio da aplicação do Primary Care Assessment Tool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Saúde (PCATool), versão usuários e profissionais de saúde. Participarão desta pesquisa 56 profissionais e 95 usuários de saúde.

Metodologia Proposta:

O processo para a coleta de dados será realizado mediante o preenchimento de questionário estruturado, previamente identificado por um número arábico. Serão utilizados dois modelos de questionário, disponibilizados no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - Primary Care Assessment Tool -PCATool-Brasil, na Versão Adulto e na Versão Profissionais de

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.319.207

Saúde (BRASIL, 2010b).

O questionário utilizado, na Versão Adulto, é composto por 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS e, na Versão

Profissionais de Saúde, é composto por 77 itens alocados em 8 componentes. O questionário será apresentado anexo ao Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. A coleta de dados será realizada no município de Xangri-lá, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de março a maio de 2019. A

pesquisa ocorrerá na APS, que inclui 4 Estratégias de Saúde da Família (ESF Rainha do Mar, ESF Centro, ESF Figueirinha e ESF Guará) e 1

Unidade Básica de Saúde (UBS Marina). Os usuários da saúde serão convidados a participar da pesquisa nas unidades de saúde pertencentes a

Atenção Primária em Saúde de Xangri-lá em uma sala disposta para esse fim com tempo estimado de 40 minutos. A data e a sala destinados às

entrevistas serão combinados previamente com a coordenação local, além disso, o convite para participação da pesquisa será feito após os

indivíduos concluírem seu atendimento para que as rotinas da unidade saúde não sejam comprometidas. Os profissionais de saúde serão

entrevistados, nos seus locais de trabalho na Atenção Primária em Saúde de Xangri-lá, em uma sala previamente destinada para esse fim, por meio

de questionário impresso específico, previamente validado. A duração estimada da entrevista é de 40 minutos. A data será previamente combinada

com o coordenador da unidade de forma a não atrapalhar as rotinas de trabalho. Em caso de ausência ou indisponibilidade de trabalhadores e

usuários, será combinada uma nova data com a coordenação local das unidades de saúde onde a falta ocorreu.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão dos participantes da Versão Profissionais de Saúde serão: ser trabalhador atuante nos serviços de saúde de Atenção

Primária de Xangri-lá, com tempo mínimo de exercício laboral de 4 meses, independentemente do regime de contratação.

Os critérios de inclusão dos participantes da Versão Adulto serão: ter 18 anos ou mais, ser morador municipal e usuário da APS por tempo mínimo de 1 ano. A

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.319.207

comprovação de residência se dará por meio da Carteira da Família, documento adotado como oficial pela Secretaria Municipal de Saúde, emitida pelas Agentes Comunitárias de Saúde em visita domiciliar. Todos aqueles que consentiram em

participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Será abordada como excludente qualquer situação que não se enquadre nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Todos aqueles que não consentirem em participar da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as fragilidades e as potencialidades da Rede de Atenção em Saúde de Xangri-lá interpretadas a partir dos escores de avaliação dos atributos da APS (acesso primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária).

Objetivo Secundário:

1. Analisar os atributos da APS pela ótica dos trabalhadores de saúde das ESFs do município de Xangri-lá; 2. Analisar os atributos da APS pela ótica usuários dos serviços de saúde de Xangri-lá sobre os atributos da APS; 3. Analisar os dados colhidos sobre os atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e competência cultural; 4. Analisar e comparar as fragilidades e as potencialidades da APS municipal na ótica dos trabalhadores e usuários de saúde; 5. Construir, como produto, matriz que oriente a partir do PCATool-Brasil, a organização de estratégias para corrigir as fragilidades e fortalecer as potencialidades identificadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar de todas as pesquisas com seres humanos apresentarem chances de dano, os riscos envolvendo esse projeto são mínimos. A aplicação do questionário poderá gerar desconforto em decorrência da exposição. Será garantido aos participantes que se retirem em qualquer etapa do processo. Enfatiza-se que todos os possíveis efeitos danosos serão de responsabilidade dos pesquisadores. Não haverá qualquer custo financeiro

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 3.319.207

aos participantes desse estudo.

Benefícios:

Os dados obtidos com a aplicação do PCA-Tool-Brasil trarão subsídios para o planejamento de ações que beneficiarão a Rede de Atenção à Saúde de Xangri-lá. Além disso, esse conteúdo proporcionará uma reflexão, aos profissionais, gestores e controle social, sobre os processos de trabalho, permeando espaços para a qualificação da atenção em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de mérito científico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

- No documento de informações básicas do projeto e no projeto, onde deveria constar a hipótese da pesquisa, a pesquisadora inseriu o problema de pesquisa. O mesmo deve ser corrigido.
- No documento de informações básicas do projeto e no projeto, onde deveria constar o desfecho primário da pesquisa, a pesquisadora descreve a justificativa do estudo. O mesmo deve ser corrigido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- No documento de informações básicas do projeto e no projeto, onde deveria constar a hipótese da pesquisa, a pesquisadora inseriu o problema de pesquisa. O mesmo deve ser corrigido.
- No documento de informações básicas do projeto e no projeto, onde deveria constar o desfecho primário da pesquisa, a pesquisadora descreve a justificativa do estudo. O mesmo deve ser corrigido.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 3.319.207

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1263142.pdf	26/04/2019 15:38:40		Aceito
Outros	CartarespostaCEP_Marja.pdf	26/04/2019 15:37:47	ANDREA WANDER BONAMIGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto revisado_Marja.pdf	26/04/2019 15:30:00	ANDREA WANDER BONAMIGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Revisado_Marja.pdf	26/04/2019 15:29:34	ANDREA WANDER BONAMIGO	Aceito
Outros	relatorio semestral.pdf	17/02/2019 14:45:19	MARJA CAMARGO GARCIA	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	17/02/2019 14:42:30	MARJA CAMARGO GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia.odt	11/01/2019 08:20:34	MARJA CAMARGO GARCIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Maio de 2019

**Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br