



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**LOURRANY BORGES COSTA**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE EM FORTALEZA – CE**

**FORTALEZA**

**2020**

LOURRANY BORGES COSTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE EM FORTALEZA – CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Maria Vaudelice Mota.  
Coorientadora: Profa. Magda Moura de Almeida

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

C873a Costa, Lourrany Borges.  
Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção primária à saúde em Fortaleza – CE / Lourrany Borges Costa. – 2020.  
201 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

Coorientação: Profa. Dra. Magda Moura de Almeida.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde. 3. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde). I. Título.

CDD 610

---

LOURRANY BORGES COSTA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM  
FORTALEZA – CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Maria Vaudelice Mota.

Coorientadora: Profa. Magda Moura de Almeida.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Maria Vaudelice Mota (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará

---

Profa. Magda Moura de Almeida (Coorientadora)  
Universidade Federal do Ceará

---

Profa. Larissa Fortunato Araújo  
Universidade Federal do Ceará

---

Luiz Odorico Monteiro de Andrade  
Universidade Federal do Ceará

---

Sharmênia de Araújo Soares Nuto  
Universidade de Fortaleza

Aos meus pais, Vilauba e Francisco José, e a  
minha irmã, Lourêta, pelo exemplo de força,  
trabalho e carinho.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por todos os privilégios recebidos.

A Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota, pela excelente orientação.

A minha coorientadora, Profa. Dra. Magda Moura de Almeida, pelo exemplo de profissionalismo, disponibilidade e pelas valorosas contribuições.

Aos professores participantes da banca examinadora, Sharmênia de Araújo Soares Nuto e Luiz Odorico Monteiro de Andrade pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos pacientes e gestores de da Unidades de Saúde entrevistados, pelo tempo concedido nas entrevistas.

Aos estudantes Carla Salles Gazeta Vieira Fernandes, Eveline Torquato Santos, Giovana Nogueira Barbosa Miranda, João Pedro Marques de Oliveira, Maria Nice Almeida Alencar e Thayná Custódio Mota da Universidade de Fortaleza, e Andrea Lima da Silva Porto, Joely Rodrigues Moura de Lima, Mateus Andrade da Rocha Farias, Verônica Alice Medeiros Morais da Universidade Federal do Ceará, pelo valoroso trabalho durante toda pesquisa.

Ao Luiz Neto, pelo amor, companheirismo e apoio.

Aos colegas da turma de mestrado, pela convivência e por todo auxílio e experiências compartilhadas nesse percurso.

“Qualquer país que pretende alcançar a cobertura universal de saúde deve ser capaz de medi-la”  
(CHAN, 2016).

## RESUMO

No Brasil, a Atenção Primária pretende ser porta de entrada do Sistema Universal de Saúde e seu eixo estruturante. Para isso, é preciso fortalecer os atributos sistematizados por Barbara Starfield. O *PCATool (Primary Care Assessment Tool)* é um instrumento validado para o Brasil que permite a avaliação de serviços de saúde a partir da perspectiva do usuário. O presente estudo tem como objetivo principal avaliar a qualidade dos serviços públicos de Atenção Básica em Fortaleza, Ceará, na perspectiva de usuários adultos quanto aos atributos da APS por meio dos escores obtidos com o *PCATool*. Foi realizado um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa entre os meses de junho e dezembro de 2019 com amostra de 233 usuários adultos cadastrados em ESF de 19 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de 5 Regionais de Saúde de Fortaleza. Os participantes responderam ao *PCATool* Brasil versão usuários adultos (87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, que geram um escore com valor de 0 a 10) e um questionário sobre as características sociodemográficas e epidemiológicas. Foram também coletados dados sobre a estrutura e processos de trabalho das UAPS. Os dados foram tabulados utilizando o *software* Microsoft Excel 2016. Em seguida, foram importados para o software estatístico IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 24, para devido tratamento analítico. Foi realizado o cálculo de variáveis quantitativas independentes (escores *PCATool* para cada usuário entrevistado e os escores médios de cada UAPS) e variáveis categóricas independentes (características sociodemográficas e epidemiológicas dos usuários e características estruturais das UAPS). Fez-se uso de estatísticas descritivas dispostos em forma de tabela, onde foram contabilizados as frequências e porcentagens das variáveis categóricas, nas quantitativas média com seu respectivo intervalo de confiança de 95% foram calculadas. Após avaliações iniciais dos dados aplicou-se métodos estatísticos para verificar associações e correlações entre as variáveis. Para as comparações entre médias utilizou-se o método não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Por fim, aplicou-se modelagem de regressão linear multinível para analisar os fatores preditivos que são capazes de explicar o escore de APS. Adotou-se 5% como nível de significância. O estudo apresenta parecer do Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com favorável aprovação (no 3.705.918). Os participantes eram em sua maioria mulheres (69,5%), da faixa etária de 30 a 59 anos (55,3%), pardos (69,5%), com Ensino Médio completo (38,2%), que não possuíam plano de saúde privado (89,3%), detentores de moradia própria (68,7%), do tipo casa (88%) e



pertencentes a famílias de até 4 integrantes (87,9%). O componente “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” foi o que apresentou menor escore, 2,8, e o componente “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” o que apresentou o maior escore, 8,1. Os outros atributos tiveram o seguinte escore: “Coordenação – Integração de cuidados” 7,0; “Coordenação – Sistema de informações” 5,90; “Integralidade – Serviços disponíveis” 5,3; “Integralidade – Serviços prestados” 3,6; “Orientação familiar” 4,9; e “Orientação comunitária” 4,0. O Escore Essencial da APS (média dos oito primeiros componentes) foi 6,0, enquanto que o Escore Geral (média de todos os atributos) ficou com o valor de 5,7. Além disso, observou-se a influência positiva no Escore Geral os fatores ( $p < 0,05$  no modelo multinível): equipes de Saúde da Família completas, maior número de Agentes Comunitários de Saúde e presença do Programa de Medicina de Família e Comunidade. Conclui-se que os serviços públicos de Fortaleza apresentam baixo desempenho de APS quanto a ótica dos usuários adultos, pois não atingiram o ponto de corte de 6,60 para ser considerado de alto desempenho. Uma série de estratégias podem ser implementadas para melhorar a qualidade da APS em Fortaleza e conseqüentemente a satisfação dos usuários, como: aumento do financiamento, ampliação do acesso, ofertar ações e serviços de saúde abrangentes, ampliação da atuação clínico-assistencial de todos os profissionais das equipes de saúde, expansão da informatização plena da rede assistencial, aperfeiçoamento do sistema de regulação, otimização da oferta de recursos humanos com formação qualificada, apoio assistencial às equipes de saúde e estímulo a participação das pessoas e atores sociais e a avaliação dos serviços.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde).

## ABSTRACT

In Brazil, PHC aims to be the gateway to the Universal Health System (SUS) and its structuring axis. For this, it is necessary to strengthen its attributes systematized by Barbara Starfield. The PCATool (Primary Care Assessment Tool) is an instrument validated for Brazil that allows the evaluation of health services from the user's perspective. The present study has as main objective to evaluate the quality of public services of Primary Care in Fortaleza, Ceará, from the perspective of adult users regarding the attributes of PHC through the scores obtained with the PCATool. A cross-sectional study with a quantitative approach was carried out between June and December 2019 with a sample of 233 adult users registered in the FHS of 19 Primary Health Care Units (UAPS) from 5 Regional Health Districts in Fortaleza. Participants answered the PCATool Brazil version for adult users (87 items divided into 10 components related to PHC attributes, which generate a score ranging from 0 to 10) and a questionnaire on sociodemographic and epidemiological characteristics. Data on the UAPS structure and work processes were also collected. The data were tabulated using Microsoft Excel 2016 software. Then, they were imported into the statistical software IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 24, for due analytical treatment. The calculation of independent quantitative variables (PCATool scores for each interviewed user and the average scores of each UAPS) and independent categorical variables (sociodemographic and epidemiological characteristics of users and structural characteristics of UAPS) were performed. Descriptive statistics were used in tabular form, where the frequencies and percentages of categorical variables were counted, in the mean quantitative with their respective 95% confidence interval were calculated. After initial data evaluations, statistical methods were applied to verify associations and correlations between variables. For comparisons between means, the Kruskal-Wallis non-parametric method was used. Finally, multilevel linear regression modeling was applied to analyze the predictive factors that are capable of explaining the PHC score. A 5% level of significance was adopted. The study presents the opinion of the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará with approval (No. 3,705,918). The participants were mostly women (69.5%), aged between 30 and 59 years (55.3%), mixed-race, with complete secondary education (38.2%), who did not have a private health plan ( 89.3%), homeowners (68.7%), house type (88%) and belonging to families of up to 4 members (87.9%). The “First Contact Access - Accessibility” component had the lowest score, 2.8, and the “First Contact Access - Use” component, which had the highest score, 8.1. The other attributes had the

following score: “Coordination - Integration of care” 7.0; “Coordination - Information system” 5.90; “Comprehensiveness - Services available” 5.3; “Integrality - Services provided” 3,6; “Family orientation” 4,9; and “Community orientation” 4.0. The PHC Essential Score (average of the first eight components) was 6.0, while the General Score (average of all attributes) was 5.7. Also, the factors ( $p < 0.05$  in the multilevel model) had a positive influence on the General Score: complete Family Health teams, a greater number of Community Health Agents and the presence of the Family and Community Medicine Program. It is concluded that public services in Fortaleza have low PHC performance from the perspective of adult users, as they did not reach the cut-off point of 6.60 to be considered high performance. A series of strategies can be implemented to improve the quality of PHC in Fortaleza and, consequently, user satisfaction, such as increased financing, expanded access, offering comprehensive health actions and services, expanding the clinical-care performance of all professionals health teams, expansion of full computerization of the assistance network, improvement of the regulation system, optimization of the supply of human resources with qualified training, assistance support to health teams and encouragement of the participation of people and social actors and the evaluation of services.

**Keywords:** Primary Health Care. Quality Assurance, Health Care. Outcome and Process Assessment (Health Care).

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Evolução da cobertura de Estratégia Saúde da Família no Brasil – 1998 – 2017.....	29
Figura 2	- Atributos da Atenção Primária à Saúde segundo Barbara Starfield.....	33
Figura 3	- Linha do tempo marcos históricos importantes do desenvolvimento da APS no Brasil – 1996 – 2018.....	41
Figura 4	- Mapa de Fortaleza mostrando todas as UPAS no ano de 2018.....	44
Figura 5	- Representação esquemática da avaliação normativa .....	46
Figura 6	- Instrumento eletrônico de avaliação presente nas UPAS de Fortaleza.....	54
Figura 7	- Mapa de Fortaleza mostrando a localização das UAPS participantes da pesquisa.....	62
Figura 8	- Intervenções para melhoria do Acesso na APS.....	111
Figura 9	- Serviços Disponíveis em uma UAPS de Fortaleza.....	128

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Valor do Escore Essencial dos atributos da APS medido pelo <i>PCATool</i> em diversos estudos realizados mundialmente.....	50
Gráfico 2 – Valor do Escore Essencial dos atributos da APS medido pelo <i>PCATool</i> em diversos estudos realizados no Brasil.....	51
Gráfico 3 – Comparação entre os escores médios dos atributos da APS encontrados em 4 estudos realizados em Fortaleza –CE.....	99
Gráfico 4 – Comparação entre os escores Essencial e Geral médios dos atributos da APS encontrados no presente estudo e estudo prévio realizado com profissionais de saúde em Fortaleza – CE, 2013 e 2019.....	100

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Características sociodemográficas dos usuários entrevistados em Fortaleza – Brasil – 2019.....	69
Tabela 2	- Características epidemiológicas dos usuários entrevistados em Fortaleza – Brasil – 2019.....	71
Tabela 3	- Características epidemiológicas dos usuários entrevistados em Fortaleza – Brasil – 2019.....	72
Tabela 4	- Descrição das características das 19 UAPS selecionadas na pesquisa em Fortaleza – 2019.....	73
Tabela 5	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Acesso de Primeiro Contato – utilização do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	74
Tabela 6	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	75
Tabela 7	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Longitudinalidade do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	76
Tabela 8	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Coordenação - Integração de cuidados do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	77
Tabela 9	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Coordenação - Sistema de informações do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	78
Tabela 10	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Integralidade - Serviços Disponíveis do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	79
Tabela 11	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Integralidade - Serviços Prestados do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	80

Tabela 12	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Orientação familiar do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	81
Tabela 13	- Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Orientação comunitária do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	81
Tabela 14	- Resumo descritivo dos Escores Essencial e Geral e por atributo do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019.....	82
Tabela 15	- Análise univariada do Escore Geral médio do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos em relação as características sociodemográficas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019.....	83
Tabela 16	- Análise univariada do Escore Geral médio do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019.....	84
Tabela 17	- Análise univariada do Escore Geral médio do questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019.....	84
Tabela 18	- Resumo descritivo e Escore Geral médio segundo questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos em relação as UAPS, com IC de 95%, Fortaleza – Brasil – 2019.....	85
Tabela 19	- Descrição dos Escores Geral e Essencial de acordo as Regionais de Saúde, Fortaleza – Brasil – 2019 .....	86
Tabela 20	- Escore médio dos atributos pertencentes ao <i>PCATool</i> em relação as características sociodemográficas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019.....	86
Tabela 21	- Escore médio dos atributos pertencentes ao <i>PCATool</i> em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019.	87
Tabela 22	- Escore médio dos atributos pertencentes ao <i>PCATool</i> em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019.	88

Tabela 23	– Resultado do modelo de regressão multinível do Escore Geral segundo questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos de qualidade através das características individuais dos usuários e de estrutura das UAPS, variáveis das unidades na forma original, Fortaleza – Brasil – 2019.....	89
Tabela 24	– Resultado do modelo de regressão multinível do Escore Essencial segundo questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos de qualidade através das características individuais dos usuários e de estrutura das UAPS, variáveis das unidades na forma original, Fortaleza – Brasil – 2019.....	89
Tabela 25	– Resultado médio do Escores Geral, Essencial e atributos segundo questionário <i>PCATool</i> versão usuários adultos em relação as UAPS, Fortaleza – Brasil – 2019.....	91



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição de estratégias, ações e programas de expansão da APS no Brasil – 1991 – 2015.....	29
Quadro 2 – Descrição do número de usuários para coleta de informações nas respectivas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) selecionadas para pesquisa, de acordo com sua Regional (SER) e bairro, Fortaleza – Brasil – 2019.....	58
Quadro 3 – Descrição do número de usuários entrevistados nas respectivas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), de acordo com sua Regional (SER), Fortaleza – Brasil – 2019 .....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acesso Avançado
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de Combate de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de atenção psicossocial
CaSAPS	Carteira de Serviços da APS
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DESF	Departamento de Saúde da Família
DPS	Departamento de Promoção da Saúde
eAB	Equipe de Atenção Básica
EC	Emenda Constitucional
EE	Escore Essencial
EG	Escore Geral
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
MS	Ministério da Saúde
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente

NOB	Norma Operacional Básica
NRF	Novo Regime Fiscal
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMPB	Programa Médicos pelo Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROSEF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PS	Pronto-socorro
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
RIS-ESP/CE	Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SER	Secretaria Executiva Regional
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBASF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	United Nations Children's Fund

UPA            Unidades de Pronto Atendimento  
USP            Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
1.1	Evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil .....	22
1.2	Atributos da Atenção Primária à Saúde .....	33
1.3	O contexto atual da Saúde no Brasil .....	35
1.4	Contexto da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza – Ceará .....	42
1.5	Necessidade de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde .....	46
1.6	PCATool (Primary Care Assessment Tool).....	48
1.7	A participação do usuário na Avaliação da Atenção à Saúde.....	52
1.8	Problema .....	54
1.9	Justificativa e Relevância.....	54
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>56</b>
2.1	Objetivos Específicos.....	56
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>57</b>
3.1	Delineamento do Estudo .....	57
3.2	Local e Período da Pesquisa .....	57
3.3	População da Pesquisa .....	60
3.4	Crítérios de Inclusão .....	62
3.5	Crítérios de Exclusão .....	63
3.6	Recrutamento da amostra de participantes .....	63
3.7	Instrumentos de Pesquisa e Coleta de Dados.....	63
3.8	Análise Estatística.....	67
3.9	Aspectos Éticos .....	68
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>69</b>
4.1	Análise Descritiva.....	69
4.2	Análise Univariada.....	83
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>92</b>
5.1	Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico dos participantes do estudo.....	92
5.2	Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde .....	96
5.3	Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B) e Acessibilidade (C).....	100
5.4	Longitudinalidade (D).....	112
5.5	Coordenação – Integração de Cuidados (E) e Sistema de Informações (F) .....	118
5.6	Integralidade – Serviços Disponíveis (G) e Serviços Prestados (H).....	124
5.7	Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J).....	131

5.8	Influência da Estrutura e Organização das Unidades de Saúde na Qualidade da APS.....	136
5.9	Fatores que influenciam a Avaliação da APS: Modelagem Multinível.....	136
5.10	Limitações do Estudo.....	148
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>150</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>153</b>
	<b>ANEXO A - PCATool BRASIL VERSÃO ADULTO .....</b>	<b>185</b>
	<b>APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO PARA USUÁRIOS .....</b>	<b>194</b>
	<b>APÊNDICE B - CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....</b>	<b>197</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>	<b>199</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil

A evolução histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil pode ser relatada através de ciclos de desenvolvimento (MENDES, 2012; MERHY, 2014). O primeiro ciclo teve início em 1924, com a criação dos Centros de Saúde Modelo da Universidade de São Paulo (USP). Os centros foram oficializados juntamente com a criação da cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo e do Instituto de Higiene, ambos com forte influência e apoio financeiro da Fundação Rockefeller, uma das maiores e mais antigas instituições filantrópicas dos Estados Unidos. Na época, professores e médicos da USP fizeram também especialização na Escola de Saúde Pública da Universidade de John's Hopkins, EUA, e traziam a influência das ideias sanitaristas. Os centros tinham uma população adscrita, utilizavam fundamentalmente da educação sanitária, e focalizavam na promoção de saúde e prevenção das doenças (CORREIA, 2011; SANTOS, 1975).

Foi também na década de 1920, que a ideia de APS foi apresentada pela primeira vez de maneira sistemática através do Relatório Dawson, publicado no Reino Unido e elaborado a pedido do Ministério da Saúde inglês. O relatório propôs um sistema de saúde nacional organizado em serviços de saúde hierarquizados segundo níveis de complexidade e custos de tratamento, dividido em serviços primários e secundários, hospitais, serviços domiciliares e complementares. Serviços primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e centro do sistema, vinculados e com o suporte de serviços secundários e hospitais de ensino (PORTELA, 2017).

Na década de 1930, no Brasil, a organização dos serviços de saúde tinha principalmente um caráter curativo e individual, sendo realizado pela assistência médica urbana, com base em especialidades, por meio de Caixas e de Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) seguindo o modelo de seguros sociais (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Então, o segundo ciclo da APS se iniciou a partir de 1942 com a criação e atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O SESP foi originado a partir do acordo entre os governos brasileiro e norte-americano (através do Institute of Interamerican Affairs), tendo como funções o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas aos interesses militares dos EUA, como a região amazônica produtora de borracha. No período pós Segunda Guerra Mundial, o SESP se expandiu para outros estados brasileiros,

principalmente na Região Nordeste, tendo como eixo principal a educação sanitária (DE CAMPOS, 2008; RENOVATO; BAGNATO, 2010).

O terceiro ciclo foi instituído a partir dos anos 1960, período que se inicia também a ditadura militar no Brasil (MENDES, 2012). A política de saúde formulada nesse período era organizada em dois setores: saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública mantinha o formato anterior sanitarista de programas especiais, exercitados de forma vertical, com ênfase no enfrentamento de problemas de saúde específicos e iniciativas higienistas massivas com foco na prevenção das doenças e incorporando a atenção médica dirigida especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase. O setor de medicina previdenciária desenvolve-se com a criação em 1966 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o desenvolvimento do complexo médico-industrial, privilegiando a iniciativa privada centrada o modelo médico-assistencial (BRASIL, 2009; BRAVO, 2001). Esse modelo é também identificado como modelo médico hegemônico, hospitalocêntrico ou biomédico (BEZERRA; SORPRESO, 2016; FERTONANI *et al.*, 2015).

No final dos anos 1970, ocorreu o que se pode definir como o quarto ciclo da APS no Brasil. Cresciam o número de experiências de programas comunitários ou médico-sociais desenvolvidos por Departamentos de Medicina Preventiva nas universidades brasileiras (GIOVANELLA *et al.*, 2012). Foi criado pela primeira vez em 1974 no município de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, um serviço de saúde que se organizou nos moldes atuais de APS. Em seguida, em 1976, foram iniciados os três primeiros Programas de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária no Brasil (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Também nessa década, foram iniciados programas federais com o objetivo de interiorização de profissionais de saúde. Um deles foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que começou pela Região Nordeste em 1976 e alcançou amplitude nacional em 1979. O PIASS possuía um módulo básico, formado por Postos de Saúde localizados em comunidades rurais, apoiados por uma unidade de maior porte, um Centro de Saúde, situado na sede do município (MACIEL FILHO, 2007).

Assim, percebe-se que o processo de desenvolvimento da APS no Brasil se iniciou anos antes do evento que foi marco histórico para a saúde pública, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde (Conferência de Alma-Ata) em 1978, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978). Essa, com o lema “Saúde Para Todos no Ano 2000”, definia a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo um direito humano fundamental. A promoção e proteção da saúde dos povos seria essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social, e todos os governos deveriam formular políticas



nacionais, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde como parte de um sistema nacional completo. Segundo a OMS, a definição de APS é:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

O processo de implementação da APS nos anos seguintes a Alma-Ata aconteceu de maneira diversa nos vários países do mundo de acordo com modelo de proteção social e com o grau de industrialização e desenvolvimento de cada país, seguindo variações na interpretação do conceito de cuidados primários (CUETO, 2004; VUORI, 1984). Deste modo, principalmente em países europeus, com sistemas universais de saúde, a APS foi organizada em serviços ambulatoriais de primeiro contato, integrados a um sistema de acesso universal, centrados na assistência de médicos generalistas ou médicos de família, com financiamento público ou por intermédio de seguros sociais, com pouco enfoque populacional de abordagem comunitária. Em países em desenvolvimento, sem esquema de proteção social universal, como países da América Latina, a APS foi geralmente implementada de maneira seletiva, correspondendo a uma cesta restrita de ações mínimas, consideradas custo-efetivas e adequadas a modelos de ajuste macroeconômico (CONILL, 2018; GIOVANELLA, 2006; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017).

No Brasil, no final dos anos 1970, a atenção à saúde continuava marcada pela dicotomia entre a saúde pública, através das campanhas sanitárias, e a assistência médico-hospitalar, com a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária, medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos de autogestão e seguro-saúde (PAIM, 2007). A Lei 6.229 de 1975 criou o Sistema Nacional de Saúde e em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), constituído por três institutos: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS). O INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, e seus dependentes, que tinham a carteira de trabalho assinada. Os trabalhadores informais eram atendidos em hospitais estaduais e municipais, filantrópicos e universitários, administrados pelo Ministério da Saúde (MS) (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Ainda na década de 1970, o Movimento da Reforma Sanitária ganhava força, defendendo a saúde como uma questão social e política de domínio público (PAIM, 2007).

Então, o quinto ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil se deu no início dos anos 80, concomitantemente a uma grave crise do sistema de Previdência Social e ao processo político de redemocratização do país (MENDES, 2012). Foram criadas estratégias-ponte para a elaboração de um sistema de saúde universal, como a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984 e a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 (PAIM, 2007). Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito e delineou os fundamentos do que seria o futuro sistema nacional de saúde (PAIM *et al.*, 2011). Nesse cenário sociopolítico, a saúde passa a ser um direito fundamental do cidadão brasileiro e dever do Estado de acordo com o texto da Constituição de 1988 instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988), que só foi implementado em 1990 através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) (BRASIL, 2011).

O SUS tem como princípios a universalidade de acesso, a igualdade e a integralidade da assistência, e tem como diretrizes a descentralização, hierarquização e a participação da comunidade. Sua criação constitui uma das maiores políticas de inclusão social já realizadas no Brasil. Quebrou-se a lógica do seguro-saúde existente até então e se adotou a lógica de seguridade social (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). Apesar do texto constitucional também afirmar que a saúde é livre à iniciativa privada, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que instituiu naquela década um sistema de saúde universal, gratuito e público (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Em 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF) como instrumento de ampliação de acesso ao SUS através da APS. Esse processo de descentralização e regionalização ocorreu associado à formação de um arcabouço jurídico-normativo e a implementação de mecanismos federais de incentivo financeiro, com destaque para a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 1/96). A NOB 96 criou o Piso de Atenção Básica (PAB) que tinha como objetivo promover e consolidar a nível nacional o acesso à APS por parte do poder municipal, reformulando o modelo assistencial e redefinindo a gestão do SUS. Os repasses financeiros são feitos da União para os municípios com base em valor *per capita*, por transferência direta, regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (SCATENA; TANAKA, 2001; BRASIL, 1996). Com o passar dos anos, existiram outras ações referentes à regulamentação e financiamento do SUS e avanços na expansão da APS e de serviços descentralizados, mesmo sob políticas macroeconômicas de centro-direita e neoliberais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

O MS aprovou a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006 (BRASIL, 2006). O objetivo dessa política foi alcançar acesso universal, com atenção

integral e de qualidade. O documento da PNAB conceitua a Atenção Básica à Saúde (ABS) como:

[...] A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que a denominação “Atenção Básica à Saúde” em vez de “Atenção Primária à Saúde” foi utilizada pelo Movimento Sanitário brasileiro para se opor ao uso hegemônico mundial do termo “Atenção Primária” na década de 1980 que se relacionava à concepção ideológica de APS seletiva, com uma cesta básica de recursos e de caráter reducionista. Entretanto, ambos os termos têm sido utilizados na literatura brasileira como equivalentes, com a preposição de um sistema de saúde universal, sendo o termo APS mais utilizado internacionalmente (GIL, 2006; GIOVANELLA, 2018; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; PORTELA, 2017).

É importante salientar que neste mesmo ano foi publicado pelo MS o Pacto pela Saúde, conjunto de diretrizes dividido em três dimensões: Pacto pela Vida; em Defesa do SUS; e de Gestão. O Pacto pela Saúde compõe um grupo de compromissos e acordos prioritários entre as três esferas de poder (federal, estadual e municipal) para a promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS, visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade sobre a situação de saúde da população e, ao mesmo tempo, redefinindo responsabilidades coletivas por resultados sanitários, valorizando o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária. Com o Pacto, o financiamento e a transferência dos recursos federais foram regulamentados na forma de blocos. O bloco da Atenção Básica foi dividido em dois componentes, o Piso da Atenção Básica (PAB fixo), que consiste em um montante de recursos para as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde transferidos mensalmente, de forma regular e automática fundo a fundo; e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável), um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas: I. Saúde

da Família; II. Agentes Comunitários de Saúde; III. Saúde Bucal; IV. Compensação de Especificidades Regionais; V. Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI. Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2006) (MACHADO; BAPTISTA; LIMA, 2010).

Com a publicação da primeira versão da PNAB em 2006, houve uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, houve importante expansão e consolidação da APS no Brasil, principalmente na esfera pública através da ESF, em grandes centros urbanos, representando um dos mais relevantes avanços do SUS. A instituição da ESF fez com que a cobertura populacional nacional evoluísse de 5 para 45,3%, alcançando 84 milhões de brasileiros em 2006 até os mais de 100 milhões de brasileiros (64%) em 2019, com 43.508 equipes de Saúde da Família implantadas (MENDONÇA, 2019). Para Mendes (2012), a criação do SUS, do PSF e da ESF seriam respectivamente o sexto, sétimo e oitavo ciclos históricos da evolução da APS no Brasil (MENDES, 2012).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS lançaram em 2007 um movimento de renovação da APS nas Américas, resgatando princípios e valores defendidos em Alma-Ata e buscando estimular a transformação da APS como o centro dos sistemas de saúde (OPAS, 2007). O documento “Renovação da atenção primária à saúde nas Américas” define:

[...] um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, fomento da qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade. Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantem a cobertura e o acesso universais a serviços aceitáveis à população e que aumentam a equidade. Oferece cuidados abrangentes, coordenados e adequados ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção da saúde e assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são sua base de planejamento e ação (OPAS, 2007).

A OMS em seu Relatório Mundial de Saúde 2008 – “Atenção Primária em Saúde: Agora Mais do que Nunca” (WHO, 2008) apresentou importantes princípios da APS no que se refere à mudança e qualificação da porta de entrada preferencial do sistema de saúde:

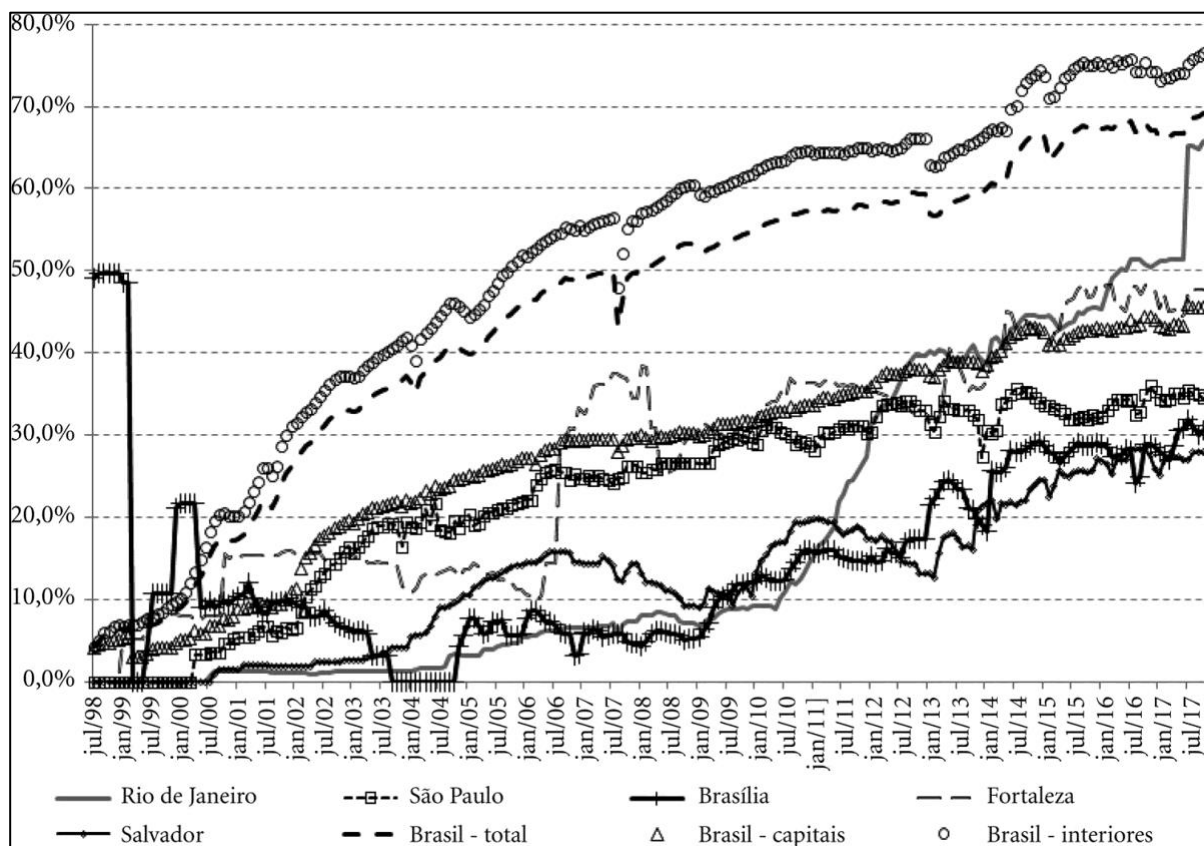
[...] A mudança do ponto de entrada no sistema de saúde, de hospitais e especialistas para cuidados ambulatoriais generalistas, cria as condições para uma maior compreensibilidade, continuidade e orientação para a pessoa, o que amplifica os benefícios da mudança, particularmente em situações em que os serviços estão organizados como uma rede densa de pontos de prestação de serviços, próximos dos potenciais utentes. Isto facilita o estabelecimento de equipas que são suficientemente pequenas para conhecerem as suas comunidades e para serem conhecidas por elas, e

suficientemente estáveis para com elas estabelecerem um relacionamento duradouro (OMS, 2008).

No Brasil, a Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), reafirma a APS como centro de comunicação da RAS e seu papel chave na estruturação e ordenação da RAS e coordenação do cuidado (BRASIL, 2010).

Diversos estudos têm demonstrado a associação do aumento da cobertura da ESF com melhorias importantes na saúde da população brasileira: redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos de idade (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; GUANAIS; MACINKO, 2009; MACINKO *et al.*, 2006; RASELLA *et al.*, 2010); redução de hospitalizações evitáveis por ação de serviços de atenção primária resolutivos (DOURADO *et al.*, 2011; MACINKO *et al.*, 2010); redução de custos de internação (BERMUDEZ, 2017); redução de hospitalizações por doenças crônicas como asma, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral e redução da mortalidade por esses agravos (RASELLA *et al.*, 2014); maior acesso de famílias com menor grau de escolaridade a visitas domiciliares mensais (MALTA *et al.*, 2016); menor referência a unidades de emergência/urgência como fonte usual de cuidados, principalmente nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). Foram também evidenciados redução de iniquidades raciais e socioeconômicas, em sinergismo com o Programa Bolsa Família (PBF) (GUANAIS, 2013; HONE *et al.*, 2017; RASELLA *et al.*, 2018). A figura a seguir mostra a evolução da cobertura da ESF no Brasil.

Figura 1 – Evolução da cobertura de Estratégia Saúde da Família no Brasil – 1998 – 2017



Fonte: Extraído de PINTO, Luiz Felipe and GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1903-1914.

Além da ampliação da cobertura nacional pelas equipes de saúde da família, um conjunto de estratégias, ações e políticas públicas, em associação com marcos normativos e outras leis, foram implementadas, conferindo uma extensa estrutura que contribuiu para a consolidação da ESF no Brasil (ALMEIDA *et al.*, 2018). Na tabela a seguir estão destacadas algumas dessas iniciativas que tiveram relevância para a constituição da APS no país ao longo dos anos após a criação do SUS.

Quadro 1 – Descrição de estratégias, ações e programas de expansão da APS no Brasil – 1991 – 2015

ANO	ESTRATÉGIAS/AÇÕES/PROGRAMAS
1991	Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1994	Criação do Programa Saúde da Família.
1998	Implantação do piso de atenção básica (montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde nos municípios, em substituição ao pagamento por produção); criação do

	Sistema de Informação da Atenção Básica.
1999	Publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2001	Implantação da saúde bucal no Programa Saúde da Família.
2003	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família I; Criação do Programa Bolsa Família.
2004	Criação da Política Nacional de Saúde Bucal.
2005	Instituição da auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.
2006	Regulamentação profissional dos agentes comunitários de saúde; publicação da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde; Programa Saúde da Família se torna Estratégia Saúde da Família.
2007	Criação do Programa Saúde na Escola.
2008	Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; inclusão do microscopista na Estratégia Saúde da Família.
2009	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família II.
2010	Criação das equipes de saúde da família ribeirinhas e custeio de unidades básicas de saúde fluviais.
2011	Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica; criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, do Programa Melhor em Casa, do Programa Academia da Saúde; das equipes de Consultório na Rua; do Telessaúde Brasil Redes e do Brasil Sorridente Indígena; revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2012	Criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.
2013	Criação do Programa Mais Médicos e substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pela estratégia e-SUS Atenção Básica.
2014	Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade; revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.
2015	Reformulação e publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica.

Fonte: Extraído de Almeida *et al.*, 2018.

É importante destacar que parte desses avanços e expansão da ESF se deve graças ao Programa Mais Médicos (PMM) criado em 2013 (BRASIL, 2013; JEOVÁ *et al.*, 2018), tendo sido uma medida essencial para a oferta da APS em áreas remotas de difícil acesso da população aos serviços básicos de saúde e para a formação profissional. Estruturado em três eixos estratégicos, o PMM prevê a formação para o SUS, com investimento na criação de mais vagas de graduação e residência médica; novos cursos de medicina com diretrizes curriculares baseados na atenção básica; a ampliação e melhoria da infraestrutura das unidades básicas de saúde; e provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros (BRASIL, 2013).

Vários estudos demonstraram a importância do PMM na diminuição de municípios com escassez de médicos (GIRARDI *et al.*, 2016), na redução das desigualdades regionais de distribuição de médicos no Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2016; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), no aumento do acesso à consultas médicas em todas as faixas etárias, no aumento de encaminhamentos, solicitação de exames e de visitas domiciliares, e na diminuição de hospitalizações (CARRILLO; FERES, 2017; FONTES; CONCEIÇÃO; JACINTO, 2018). Porém, existem críticas e obstáculos que não foram vencidos pelo programa. Destaca-se seu caráter provisório, remuneração dos médicos por bolsa, fragmentação da rede de serviços, alta rotatividade profissional e baixa capacidade da APS em coordenar o cuidado dos usuários na rede de serviços (MENDONÇA, 2019).

Observa-se que mesmo com a expansão da APS no Brasil através principalmente da ESF e seu importante impacto na melhoria do acesso à serviços de saúde e da qualidade de vida da população, ainda persiste o desafio da baixa resolubilidade e integralidade desses serviços (BAHIA, 2018; FAUSTO *et al.*, 2017). Um dos grandes obstáculos para a efetivação do SUS tem sido o que vêm sendo chamado por diversos autores como subfinanciamento crônico, ou seja, é destinando um volume menor de recursos para atendimento das necessidades de saúde da população do que o previsto quando o sistema foi criado (FIGUEIREDO *et al.*, 2018; FUNCIA, 2019; MARQUES; PIOLA; CARRILLO ROA, 2016; SANTOS, 2013). Ao longo dos anos de 2000 a 2013, o Brasil investiu na saúde menos de 4% de seu Produto Interno Bruto (PIB), que representam 45,5% do gasto total com saúde, alocados para atender exclusivamente a mais de 75% da população. Ressalta-se o elevado gasto federal tributário por meio da renúncia de arrecadação fiscal, que acaba por subsidiar o setor privado de saúde. Em 2013, esses subsídios chegaram a R\$ 25,4 bilhões, equivalente a 30,6% do orçamento do MS (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Diante desse cenário, associado à uma crise política e econômica pela qual o Brasil passava em 2015, gestores municipais e estaduais reuniram-se por meio do Conselho Nacional



de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) junto ao MS para atualizar a PNAB, com foco na ampliação do financiamento federal para outras modalidades de organização da atenção básica e a possibilidade de novos arranjos na composição da ESF (ALMEIDA *et al.*, 2018). Assim, uma nova versão da PNAB foi publicada em 2017 (BRASIL, 2017).

A nova PNAB de 2017 passou a reconhecer outras formas de organização da Atenção Básica para além do modelo de ESF, apesar desta, segundo o texto, se manter como prioritária. Dentre várias mudanças, ressaltam-se algumas: Foram criadas as equipes de Atenção Básica (eAB), de caráter provisório, com previsão de carga horária mínima de 10h semanais dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na sua composição; O número mínimo de ACS por equipe de Saúde da Família (eSF), que era de 4, não está definido, podendo ser, portanto, de apenas 1; Há recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade e não mais 100% da população da eSF. Ainda com relação aos ACS, a nova PNAB amplia suas atribuições; Foi retirada da PNAB de 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8h semanais) pudesse ser utilizada para atividades de educação permanente; Foram introduzidos os conceitos de “padrão essencial” e “padrão ampliado” na conformação e oferta das ações e serviços, reconhecido como carteira de serviços; Possibilita a incorporação do Agente de Combate de Endemias (ACE) como parte da eSF; Reconhece o papel do gerente de atenção básica. Além dessas e outras mudanças, é notório no texto da política a constante menção sobre as realidades de cada local e possibilidades de adaptações (ALMEIDA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018; BRASIL, 2017). Em dezembro do mesmo ano, a Portaria nº 3.392 do MS alterou as modalidades de transferência de recursos federais do SUS, saindo dos cinco blocos de financiamento para apenas dois blocos: Custeio e Investimento (BRASIL, 2017).

Várias críticas vêm sendo feitas em relação ao texto da nova PNAB, inclusive de entidades historicamente ligadas à defesa do SUS e ao Movimento da Reforma Sanitária, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Aponta-se com preocupação que a PNAB de 2017 promove, em nome de uma maior autonomia dos municípios, a relativização da cobertura universal à saúde, a desvinculação das equipes dos territórios, a desqualificação do trabalho de ACS e ACE, perda da orientação comunitária e inserção territorial, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na APS, e o reforço à privatização. Tais ações podem causar retrocesso no modelo de organização da atenção básica e, ainda, a provável perda de recursos para outras configurações, caracterizando um descompromisso com a

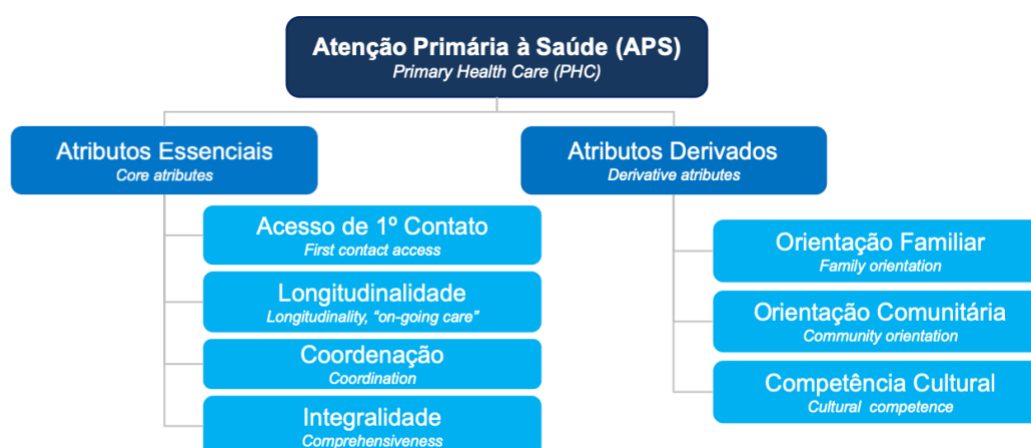
integralidade que tendência à concepção de APS seletiva (MOROSINI; FONSECA, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Por fim, segundo Mendes, apesar de todos os obstáculos, a ESF não fracassou e é necessário radicalizá-la e transformá-la, de fato, em uma estratégia de reorganização do SUS. O autor segue seu conceito de ciclos, mas afirma que o ciclo da “Atenção Básica” se esgotou e que precisamos instaurar um novo ciclo de evolução dos cuidados primários no SUS, o ciclo da APS (MENDES, 2015, 2019).

## 1.2 Atributos da Atenção Primária à Saúde

Barbara Starfield (1932-2011) era médica pediatra, professora da Universidade Johns Hopkins no EUA e grande pesquisadora sobre serviços de saúde, sendo reconhecida internacionalmente por seu trabalho sobre APS. Segundo a autora, APS é um cuidado personalizado ao longo do tempo para uma população definida, facilmente acessível quando é necessário, onde o cuidado de todas as condições é realizado, e que coordena todo o cuidado, integrando a atenção à saúde (STARFIELD, 1992). Starfield definiu quatro atributos essenciais da APS, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação da atenção e integralidade, e três atributos derivados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Esses conceitos vêm sendo utilizados em vários países, inclusive no Brasil (STARFIELD, 2002) (Figura 2).

Figura 2 – Atributos da Atenção Primária à Saúde segundo Barbara Starfield



Fonte: Adaptado de Harzheim, 2004.

Os quatro atributos essenciais da APS são definidos da seguinte forma

(STARFIELD, 2001, 2002):

- **Acesso de primeiro contato:** acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde. A medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual).
- **Longitudinalidade (Continuidade do cuidado):** pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve ser de vínculo e refletir em uma forte relação interpessoal que reflita a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- **Coordenação (integração) da atenção:** implica alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários, ou ambos, além do reconhecimento de problemas tratados em outros serviços e a integração deste no cuidado do usuário. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção.
- **Integralidade:** implica que o serviço de saúde disponha de um amplo conjunto de serviços para a população. O serviço de saúde deve oferecer ações para que os usuários recebam atenção integral, tanto de assistência e cura de doenças manifestas, quanto ações de promoção, prevenção e reabilitação, reconhecendo problemas funcionais, orgânicos e sociais. Inclui também os encaminhamentos para serviços secundários e terciários.

Já os três atributos derivados (ou derivativos) são assim definidos:

- **Orientação familiar (centralização na família):** consideração do contexto familiar na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, do seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde. Um segundo aspecto da centralização na família requer um conhecimento dos problemas de saúde dos membros da família.
- **Orientação comunitária:** conhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades sociais através de dados epidemiológicos, dos recursos locais da comunidade e do contato direto com a comunidade.
- **Competência cultural:** reconhecimento das necessidades especiais das populações devido a características étnicas, raciais ou culturais, levando à

adaptação do provedor de cuidado a essas características.

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem profundamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos ele se torna capaz de prover atenção integral. Esse conceito pode guiar as estratégias de avaliação dos serviços e sistemas de saúde baseados na APS através da caracterização da presença e extensão dos atributos citados (BRASIL, 2010).

Vários estudos apoiam a APS como eixo estruturante dos sistemas de saúde. Evidências mostram que sistemas voltados para a APS são mais efetivos, mais satisfatórios para a população, têm menores custos e são mais equitativos. Países com APS forte, como por exemplo a Inglaterra, Canadá, França, Espanha e Portugal, apresentam melhores indicadores com menores investimentos em saúde em relação a países com APS fraca, como os EUA (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Assim, é consenso mundial que os sistemas nacionais de saúde devem ser baseados numa APS forte e resolutiva. A APS deve se constituir como eixo estruturante para a organização dos sistemas de saúde para alcançar resultados com equidade e sustentabilidade, garantindo o acesso universal e em tempo oportuno às pessoas, ofertando o mais amplo possível escopo de ações visando a atenção integral, com responsabilização e coordenação do cuidado dos usuários em sua trajetória na rede de saúde por meio de uma relação contínua e de confiança (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2018; GIOVANELLA; MENDONÇA; *et al.*, 2019; MACINKO; MENDONÇA, 2018; RIFKIN, 2018).

### **1.3 O contexto atual da Saúde no Brasil**

Em 2018, comemorou-se os 30 anos do SUS e mesmo após estes anos, apesar das grandes melhorias alcançadas, como, por exemplo, a ampliação do acesso à APS e de emergência, a universalização da vacinação e da assistência pré-natal, além do investimento em recursos humanos e na ampliação da oferta de tecnologias, diversos desafios impedem sua efetivação e o fortalecimento da APS, principalmente quando analisamos as iniquidades sociais e as disparidades regionais. Alguns obstáculos incluem a situação inadequada da rede física de serviços e as dificuldades de integração entre a APS e outros níveis de atenção para garantir a integralidade e coordenação do cuidado (BOUSQUAT *et al.*, 2017; CAMPOS, 2007; FAUSTO

*et al.*, 2017; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; MASSUDA *et al.*, 2018; MASSUDA; TITTON; NETO, 2018; PAIM *et al.*, 2011).

Para entender os avanços e os atuais desafios, de ordem política, econômica, gerencial e assistencial, para a consolidação e efetivação do SUS, e conseqüentemente da APS no Brasil, é necessário compreender dois aspectos importantes: o subfinanciamento crônico da saúde e a relação público e privado (BAHIA, 2018; VIACAVA *et al.*, 2018). Estes aspectos produziram o que é chamado de dissociação entre o “SUS constitucional” e o “SUS real” (PAIM, 2018).

A maioria dos gastos (51% dos gastos totais) com a saúde no Brasil é com o setor privado, sendo mais da metade com gastos diretos do bolso das famílias. Além disso, ao longo dos anos, ocorreu a expansão, com subsídios federais, do mercado dos planos privados de saúde e entrega do gerenciamento de estabelecimentos públicos a entes privados. Em 2015, 26% da população possuía planos de saúde e o setor movimentou cerca de R\$ 132 bilhões, contra R\$ 236 bilhões de gastos públicos (MORAIS; OLIVEIRA; SILVA, 2019; REIS *et al.*, 2016; SANTOS, 2013).

Entre os anos de 2011 e 2014, o ritmo de crescimento econômico brasileiro começou a diminuir em consonância com uma crise internacional. Esse cenário fez com que o governo da então presidente Dilma Rousseff buscasse no âmbito político uma tentativa de coalizão político-partidária. A situação de instabilidade e perda de governabilidade favoreceu o fortalecimento de forças e agendas conservadoras, cujo ápice resultou na crise de 2015-2016, dando início ao “golpe midiático-jurídico-parlamentar”, e no *impeachment* da presidente no fim de 2016, assumindo o presidente interino Michel Temer. Em seguida, a crise se acentuou em decorrência das mudanças econômicas de austeridade fiscal adotadas pelo novo governo que reduzem a responsabilidade do Estado com políticas e direitos sociais (COSTA; MÉLLO; NOGUEIRA, 2018; MORAIS; OLIVEIRA; SILVA, 2019; TEIXEIRA, 2018; REIS *et al.*, 2016).

Autores já anunciavam um cenário bastante plausível de expansão e fortalecimento do mercado de planos de saúde e dos subsídios estatais para a iniciativa privada e, conseqüentemente, de fragilização do SUS e aprofundamento de desigualdades, devido a proposta dos organismos internacionais em torno da cobertura universal, o contexto da globalização financeira no setor saúde, o perfil conservador da coalizão governamental e a frágil capacidade de pressão da sociedade civil (OCKÉ-REIS, 2015).

A proposta de “Novo Regime Fiscal” (NRF) enviada ao Congresso Nacional pelo governo Temer propõe uma regra para as despesas primárias do Governo Federal com duração para 20 anos e possibilidade de revisão em 10 anos, por meio da Proposta de Emenda

Constitucional 241/2016 (PEC 241). A proposta foi por fim aprovada pela Câmara dos Deputados e pelo Senado sob Emenda Constitucional (EC) nº 95, de 2016 (EC 95/16) (BRASIL, 2016). A EC 95 determina que os gastos federais com despesas primárias, que exclui o pagamento de juros sobre a dívida pública, ficarão limitados a um teto, que terá sua base fixada no valor das despesas pagas no exercício de 2016. Em cada exercício seguinte, este teto será corrigido pela inflação anual acumulada (ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO – IPCA/IBGE) do respectivo ano anterior, até 2036, mesmo que ocorra crescimento da receita. Ou seja, de acordo com a regra proposta, haverá redução das despesas totais do Governo Federal por habitante mesmo em decorrência do crescimento e envelhecimento populacional no mesmo período (FUNCIA, 2019; ROSSI; DWECK, 2016; VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Em 2016, pesquisadores do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, órgão público ligado ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão) publicaram uma nota demonstrando que a política de austeridade fiscal, em um cenário com taxa de crescimento real do PIB de 2,0% ao ano, causaria uma perda para o financiamento do SUS no período 2017 a 2036 de R\$ 654 bilhões, partindo-se de um limite inicial de 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016. A nota também aponta que quanto melhor for o desempenho da economia, maior será a perda para a saúde em relação à regra de vinculação vigente. No cenário utilizado para projeções atuariais do Regime Geral de Previdência Social, constante de anexo da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a perda acumulada poderia chegar a R\$ 1 trilhão no período de 20 anos. O único cenário sem perda em relação ao orçamento de 2016 é o de crescimento econômico zero, onde haveria perdas somente na comparação do valor per capita (FUNCIA, 2019; VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Os argumentos utilizados para implementação da EC 95 é de que havia uma crise fiscal causada pela expansão exagerada e descontrolada das despesas primárias, especialmente dos gastos sociais, e que políticas de caráter universal eram inviáveis e causadores do déficit público. Porém o real motivo foi a necessidade de reduzir o déficit primário por meio de um ajuste fiscal para geração de superávit primário destinado ao financiamento das despesas financeiras (principalmente juros e amortização da dívida pública) que, diferentemente das primárias, não terão nenhuma limitação até 2036 e, também, não serão auditadas. Trata-se, portanto, de redução da participação do Estado em diversas políticas públicas, entre as quais as de saúde e de educação (FIGUEIREDO *et al.*, 2018; SANTOS; VIEIRA, 2018).

Internacionalmente, o debate conceitual sobre APS permanece atual, polarizado nas propostas de sistema universal (*universal healthcare*) versus cobertura universal de saúde (*universal health coverage* – UHC), e impõe influências também às políticas públicas brasileiras

(GIOVANELLA *et al.*, 2018). Em 2017, o Banco Mundial e a OMS definiram indicadores para monitorar a meta 3.8 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas, que preconiza a APS como estratégia para alcançar a UHC (UNITED NATIONS, 2015). A meta define: “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”. Os indicadores sugerem uma cesta mínima de serviços incluídos no proposto “índice de serviços essenciais” e centram-se em despesas com pagamentos diretos no ato de uso (*out-of-pocket*). Assim, o conceito de UHC corresponde à cobertura financeira por algum tipo de seguro (privado, público ou subsidiado) e a uma carteira de serviços, com oferta seletiva de procedimentos, diferenciado conforme capacidade de pagamento. (GIOVANELLA, 2018; WHO; THE WORLD BANK, 2017). Importante recordar que estes fatos ocorreram em paralelo à publicação da nova versão da PNAB em 2017 no Brasil.

Em 2018, um estudo foi realizado a fim de mensurar o impacto a longo prazo da austeridade fiscal causada pela EC 95 no alcance dos ODS no Brasil. Foi utilizada uma coorte de 5.507 municípios brasileiros e dados de análises de impacto previamente conduzidas nessas populações de 2000 e 2010. Nestes dados foi aplicada uma técnica de modelagem robusta, microsimulação em tempo discreto, com tendências e parâmetros específicos do município para prever o efeito esperado na mortalidade e hospitalização de crianças de até 5 anos entre 2017 e 2030. Foram simulados cenários de crise e/ou austeridade, combinados com manutenção e/ou diminuição do PBF e da ESF. As previsões indicam que, durante o período de 2017 até 2030, a redução da cobertura do PBF e da ESF, em comparação com a manutenção de sua cobertura, poderia resultar em uma taxa de mortalidade infantil até 8,6% maior em 2030. Essas medidas de austeridade seriam responsáveis por quase 20 mil mortes infantis evitáveis e 124 mil hospitalizações infantis evitáveis entre 2017 e 2030. O estudo também mostrou que os municípios mais pobres seriam afetados desproporcionalmente, contribuindo para aumentar as desigualdades do Brasil (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018; RASELLA *et al.*, 2018).

O mesmo grupo de pesquisa do estudo mencionado também elaborou um trabalho usando a mesma metodologia, porém usando como cenário as medidas de austeridade associadas a diminuição da ESF e ao fim do PMM em mortalidade de pessoas com menos de 70 anos por condições sensíveis à APS. Os resultados mostram que a redução da ESF junto ao término do PMM, mesmo se alcançada a UHC, levaria a 83.937 mais mortes de 2017 a 2030 (RASELLA *et al.*, 2019).

Após 40 anos da Declaração de Alma-Ata, em 2018, a OMS realizou a Conferência Global sobre APS em Astana, capital do Cazaquistão, tendo como marco principal a UHC e os ODS (OMS, 2018). A Declaração de Astana, entretanto, não supera a de Alma-Ata, em seus princípios de justiça social e de concepção de APS integral, inseparável do desenvolvimento econômico e social. Há uma ênfase na UHC, o que pode debilitar a abordagem integral de APS e limitar o acesso da população à oferta de pacotes básicos ou planos de saúde populares (GIOVANELLA; MENDONÇA; *et al.*, 2019). Interessante notar que os ODS não mencionam a APS, porém países que reorientam seus sistemas de saúde em relação à APS são mais propensos a alcançar os ODS do que aqueles com sistemas focados em hospitais ou com baixo investimento em saúde (HONE; MACINKO; MILLETT, 2018).

Em 2019, a OPAS, as Nações Unidas e a Comissão de Alto Nível (fundada por Carissa F. Etienne, diretora da OPAS), lançaram um relatório com dez recomendações sobre o que os países podem fazer para assegurar que todas as pessoas tenham acesso à saúde na região das Américas, chamado “Saúde Universal no Século XXI: 40 anos de Alma-Ata”. O relatório reafirma que a saúde é um direito humano fundamental e identifica a APS como a estratégia sustentável para a UHC. Segundo Etienne: “sem os recursos necessários, um firme compromisso do Estado e vontade política, a saúde universal não será uma possibilidade” (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Já referente ao Brasil, um editorial da revista Lancet, uma das maiores revistas científicas do mundo, apontava preocupação com as eleições presidenciais brasileiras de 2018, pois em um contexto de crise, a disputa eleitoral se mostrava apertada, baseada em abordagens ideológicas, com um enfoque particular na violência e na corrupção e sem compromisso concreto com a saúde universal (THE LANCET, 2018).

Um documento da OPAS, construído por meio de entrevistas com especialistas brasileiros em cuidados primários, recomendou um conjunto de intervenções necessárias para alcançar uma APS forte (CONASS, 2018). Foram elaboradas 20 recomendações, que enfatizaram a expansão da ESF; a ampliação do acesso à APS; a formação de profissionais para atuação multidisciplinar na APS; a alocação de tecnologias para garantir resolutividade na APS; o aprimoramento da regulação/coordenação de serviços para fortalecer a APS como elemento estruturante do SUS; estrutura e financiamento; recursos humanos, provimento de profissionais, apoio e estímulo às equipes; produção e divulgação de conhecimento; transparência nas ações da APS; e o papel mediador da APS no sistema de saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; TASCA *et al.*, 2020).



Em 20 de maio de 2019, um dia após a celebração mundial do “Dia do Médico de Família”, o MS publicou um decreto que alterou seu organograma e foi criada a nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), que abriga três departamentos: o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), o Departamento de Saúde da Família (DESF) e um novo Departamento de Promoção da Saúde (DPS). Desde então, várias mudanças nas políticas públicas ocorreram referentes ao SUS e à APS no Brasil, objetivando: ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família; definição de um novo modelo de financiamento para APS; definição de um novo modelo de provimento e formação de médicos para áreas remotas; fortalecimento da clínica e do trabalho em equipe na ESF; ampliação da informatização das unidades de saúde da família (REIS *et al.*, 2019).

O MS publicou portaria, nº 930, de 15 de maio de 2019, que institui o Programa “Saúde na Hora”, na tentativa de ampliar o acesso da população aos serviços de APS, dispõe que as unidades de saúde da família funcionem por horário estendido (12 horas ininterruptas nos cinco dias da semana ou 11 horas interrompidas nos cinco dias da semana e 4 horas aos sábados ou domingos, perfazendo total de 60h ou 75h semanais). A proposta prevê incentivo financeiro federal às unidades que aderirem ao programa e também prevê apoio aos gestores locais que desejarem transformar unidades mistas, pronto-atendimentos e hospitais com pequeno número de leitos, em unidades de saúde da família durante o atendimento diurno (REIS *et al.*, 2019).

Em 12 de novembro de 2019, o MS publicou a portaria nº 2.979, que institui o Programa “Previne Brasil”, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS. O novo modelo é constituído por: capitação ponderada (pagamento por cadastro individual único de pessoa adscrita e responsabilizada à equipe); pagamento por desempenho (pagamento calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador por equipe); e incentivo para ações estratégicas (aponta para as atividades que precisam ser estimuladas) (BRASIL, 2019). Segundo nota publicada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o novo financiamento com cálculo *per capita* baseado no cadastro das pessoas pode se mostrar uma forma de estimular o aumento efetivo da cobertura da APS. A instituição manifestou apoio à portaria “por entender que o potencial de ganhos e avanços com a medida, suplantam os riscos e dificuldades organizacionais que possam eventualmente ocorrer” (SBMFC, 2019).

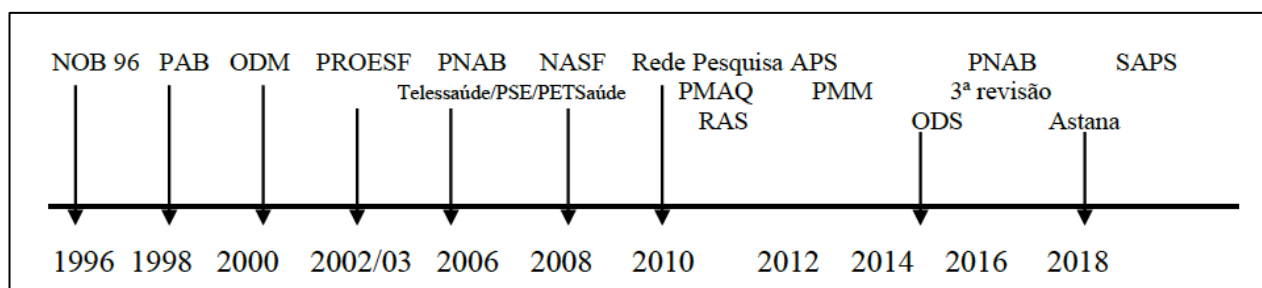
Em 18 de dezembro de 2019, foi promulgada a Lei nº 13.958, instituindo o Programa Médicos pelo Brasil (PMPB), no âmbito da APS (em substituição ao PMM), e autorizando o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) (BRASIL, 2019). O PMPB se constitui

como mais uma iniciativa de provimento médico, buscando ampliar a oferta de serviços em locais remotos ou de alta vulnerabilidade. O programa expõe sobre a formação de médicos de Família e Comunidade por meio de cursos de especialização com tutores clínicos, em vez de valorizar a Residência Médica, padrão-ouro na formação de especialistas em qualquer área da medicina, desconsiderando investimento que se fez nos últimos anos para ampliação do número de vagas dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (ANDERSON, 2019). A ADAPS se constituirá como serviço social autônomo (SSA), uma figura jurídica de direito privado sem fins lucrativos, representando um “agenciamento empresarial”, dada a possibilidade de captação de recursos financeiros para além do provimento estatal. Especialistas alertam que essa transferência da execução de uma política pública para uma agência privada, em detrimento do Controle Social, aponta na direção da privatização da APS e do SUS. (ANDERSON, 2019; GIOVANELLA; BOUSQUAT; *et al.*, 2019).

Em 18 de dezembro de 2019, a SAPS lançou a Carteira de Serviços da APS (CaSAPS), “objetivando fortalecer a oferta de cuidados próprios da APS com base no atributo essencial da integralidade (abrangência do cuidado)” e que tem o propósito de definir uma lista padrão de serviços que devem ser ofertados à população, norteando gestão municipal e profissionais de saúde, além dos cidadãos sobre o que podem buscar nas unidades de saúde. O texto introdutório da carteira diz que esta se baseia nos atributos da APS conforme Barbara Starfield. Durante a análise do texto ainda sob consulta de proposta, vários pesquisadores alertavam sobre a falta de enfoque comunitário, próprio da ESF, na carteira (OAPS, 2019).

A figura abaixo, representa na forma de linha do tempo marcos históricos importantes do desenvolvimento da APS no Brasil.

Figura 3 – Linha do tempo marcos históricos importantes do desenvolvimento da APS no Brasil – 1996 – 2018



Fonte: Extraído de MENDONÇA, C. Saúde da Família, agora, mais do que nunca? APS EM REVISTA, v. 1, n. 3, p. 154-161, 7 dez. 2019.

Ainda em 2019, ocorreu a 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), apelida de 8ª + 8, em referência à 8ª CNS, base da criação do SUS. Durante a conferência, foi publicado um

manifesto escrito por seis ex-ministros da saúde do Brasil entre 2003 e 2015. O manifesto lembra que o SUS é uma política de Estado e não de governo, resultante da construção pela sociedade brasileira. O texto posiciona-se contrário à visão hegemônica e falácia de que a saúde, ao invés de investimento, é um gasto e de que o SUS não pode ser universal, pois “não cabe no orçamento”. O texto afirma: “a defesa de uma saúde pública moderna, de qualidade e respeitada pela sociedade deve ser baseada em uma ética do cuidado e na sustentabilidade política, econômica e tecnológica do SUS, o que exige a reafirmação do SUS – universal, equânime, integral e gratuito – como o sistema de saúde para todos os brasileiros e brasileiras” (LIMA *et al.*, 2019).

#### **1.4 Contexto da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza – Ceará**

A criação do PSF no Brasil sofreu a influência de várias iniciativas anteriores, porém a influência principal se deve ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado pelo MS em 1991, a partir de experiência acumulada no município de Jucás, no estado do Ceará, desde 1987 (ÁVILA, 2011). Então, o início da discussão da proposta para implantar um PSF em todo o Ceará como política estadual, data de 1992, por ocasião da construção do plano de saúde que seria desenvolvido em Fortaleza, capital do estado (SILVA, 2003). Os municípios de Quixadá, Jucás, Cascavel, Fortim, Icó e Beberibe foram os primeiros a aderir à proposta e iniciaram o programa em junho de 1994, com a assessoria e acompanhamento da Secretaria Estadual de Saúde. Em 1995, o Governo do Estado do Ceará, definiu o PSF como sendo o programa estruturante da política de saúde do estado, a fim de melhorar a qualidade de vida e saúde das famílias, a partir da construção de um novo modelo de atenção direcionado a promoção da saúde (MENDES, 2012).

Em Fortaleza, a implantação do PSF como estratégia de organização da atenção básica teve início em 1997. A proposta contemplava ainda a descentralização administrativa do município através das 06 seis Secretarias Executivas Regionais (SER), a existência de uma rede básica de saúde bem distribuída e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em efetivo funcionamento. Foram criadas 32 equipes distribuídas em 12 bairros pertencentes às seis Secretarias Regionais e representavam 5,48% de cobertura populacional. Em 1998, 26 postos de saúde, dos 82 existentes em Fortaleza, foram transformados em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), destinadas a realizar atenção contínua nas especialidades básicas de clínica médica, pediátrica e tocoginecologia, de caráter ambulatorial, com equipes habilitadas para

desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção à saúde (ESMERALDO, 2009).

Em 2006, foi realizado concurso público municipal que ofertou vagas para formação de 460 eSF, onde foram aprovados 460 enfermeiros, 460 dentistas e 380 médicos. Essa ação ampliou a cobertura de ESF de 15% para 43,44% na época. Além disso, houve uma nova territorialização, na qual os espaços da cidade foram identificados em quatro categorias de riscos e seleção pública de novos Agentes Comunitários de Saúde e agentes sanitários (contratação de 2.726 agentes comunitários de saúde, para atuação nas 2.726 microáreas). A reestruturação da atenção básica passou a ser prioridade na política de saúde da gestão municipal (FORTALEZA, 2006).

Ao longo dos anos, políticas de formação de profissionais para atuação na APS foram implementadas. No ano de 2002, foram criados no Brasil 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), com financiamento do MS, com perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). No Ceará, entretanto, experiências autofinanciadas de RMSF já existiam anteriormente, a exemplo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral fundado em 1999, com uma turma de 68 profissionais entre médicos e enfermeiros em atividade, e do Programa de Residência de Enfermagem e Medicina em Saúde da Família, da Escola de Saúde Pública do Ceará, fundada em 2000. Em 2013, foi implantada a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), constituindo modalidade de pós-graduação *lato sensu*, com o objetivo de interiorizar a Educação Permanente Interprofissional (GADELHA; BARRETO, 2018).

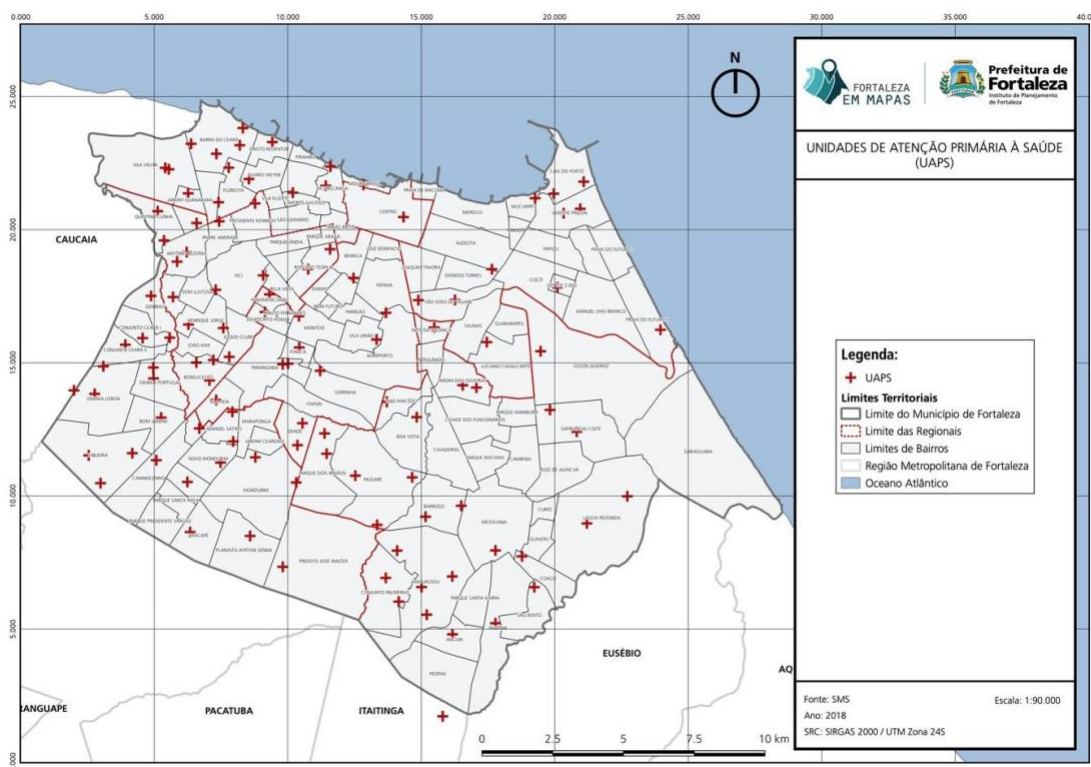
Em Fortaleza, o Programa de Residência médica em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza foi implantado a partir de março de 2006. Participaram do primeiro processo seletivo do curso 77 médicos residentes. O programa é coordenado em conjunto pela Universidade Federal do Ceará, pela Escola de Saúde Pública do Ceará e pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (RIBEIRO, 2009).

A partir de 2011, com a implementação do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) (BRASIL, 2011), e 2013, com a implementação do PMM, houve um aumento no número de ESF e provimento de médicos nos municípios do Ceará, principalmente em áreas mais pobres. Em 2016, na capital Fortaleza e Região Metropolitana, 250 médicos dos programas de provimento estavam atuando nas equipes, sendo 137 (54,8%) dos postos ocupados por médicos brasileiros, 91 (36,4%) por médicos estrangeiros cooperados e 22 (8,8%) por intercambistas individuais (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Em 18 de março de 2019, foi publicado o decreto estadual nº33.018 que regulamenta o Programa Médico da Família Ceará, que visa estimular a qualificação e valorização de profissionais de saúde no âmbito da APS. O programa selecionou 140 profissionais médicos através de uma seleção pública e é desenvolvido por meio de um curso de Pós-Graduação *lato sensu* em APS para atuar nas unidades básicas de saúde de Fortaleza (CEARÁ, 2019). Observa-se que o programa serviu para preencher lacunas deixadas na APS do município após o término no PMM. Não se sabe, contudo, o impacto dessas políticas na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Atualmente, Fortaleza possui população estimada de 2.643.247 habitantes, com densidade demográfica de 7.786,44 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2018), e administrativamente está dividida em seis Secretarias Regionais (SER). O plano estratégico da Secretaria Municipal de Saúde prioriza quatro redes de atenção à saúde: materno e infantil, urgência e emergência, psicossocial e a de condições crônicas com ênfase em diabetes e hipertensão. A APS possui 113 unidades, todas funcionando com ESF, sendo de 1.442.100 habitantes a população coberta por equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) (54,56%). Quando somada a população também coberta por equipes tradicionais (eAB), a cobertura de Atenção Básica chega a 61,45 % (1.624.290 pessoas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Figura 4 – Mapa de Fortaleza mostrando todas as UAPS no ano de 2018



Fonte: <https://mapas.fortaleza.ce.gov.br/>

Ao longo dos anos, vários estudos tentaram avaliar a qualidade do PSF no Ceará e em Fortaleza. Em 2007, com o objetivo de avaliar a qualidade do PSF, com foco na satisfação dos usuários, foi realizado um estudo de caráter avaliativo, com abordagem quantitativa, e metodologia donabediana, em cinco municípios do Ceará: Fortaleza, Quixadá, Aracati, Cascavel e Canindé. Os resultados apontam que elevada parcela da população estava satisfeita com os serviços prestados pelo PSF, principalmente devido a aspectos referentes às relações dos usuários com os profissionais de saúde (JORGE *et al.*, 2014).

Um estudo transversal, domiciliar, quantitativo, realizado em 2008 com 350 mães teve a finalidade avaliar a atenção básica de Fortaleza, sob a ótica de mães de crianças menores de 5 anos. O estudo constava de uma entrevista que abordava aspectos relacionados às características socioeconômicas e demográficas, acessibilidade, humanização e satisfação com o atendimento. Os resultados mostraram que a maioria das mães (62,3%) estava satisfeita com o atendimento recebido por seus filhos nos serviços de saúde em Fortaleza, principalmente em relação aos médicos (MACHADO *et al.*, 2012).

Outras pesquisas publicadas em 2006 e em 2008, integraram um projeto mais amplo chamado “Plano Estadual Para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado do Ceará”, este que teve como objetivo o desenvolvimento do componente III do Projeto de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF), tentou compreender as concepções e experiências em relação à avaliação da qualidade da atenção básica de gestores do grupo responsável pelo planejamento em nível estadual no período de 2003 a 2006. Foi realizada uma análise qualitativa. Concluiu-se que as concepções sobre o conceito qualidade não eram claras. O processo de avaliação não estava interligado ao processo gerencial e era muitas vezes orientado por procedimentos de medição e mensuração de resultados (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010; VASCONCELOS; BOSI; PONTES, 2008).

Até este momento, foi realizado apenas três estudos em Fortaleza utilizando o *PCATool*, porém utilizando a versão para profissionais e a versão para criança (BENEVIDES *et al.*, 2018; ROLIM, 2016; SALES, 2013; TOMÉ, 2016), com o objetivo de avaliar os atributos da APS de Fortaleza. Observa-se então que a maioria dos estudos utilizaram ou questionários desenvolvidos pelos próprios autores ou realizaram avaliações qualitativas com base em depoimentos, às vezes com os usuários dos serviços, outras vezes com gestores.

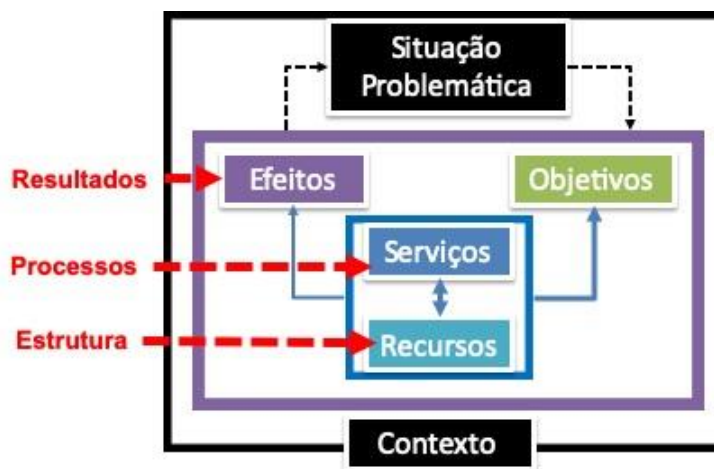
## 1.5 Necessidade de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. O julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ; SILVA, 2005). Contandriopoulos (2006) afirma que a avaliação possui quatro objetivos: auxiliar no planejamento; fornecer informação; determinar os efeitos de uma intervenção; e contribuir para o progresso dos conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS, 2006; HARTZ; POTVIN; BODSTEIN, 2014). Tanaka e Tamaki defendem a ideia de que a avaliação dos serviços de saúde é relevante para o gestor, pois permite a disponibilização de elementos essenciais que servem para o planejamento e qualificado das ações em saúde, possibilitando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. A pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento das práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde (HARTZ; SILVA, 2008).

Donabedian foi primeiro a estruturar um sistema avaliativo referente à qualidade dos serviços em saúde em três dimensões: estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1966). Segundo o autor, existem sete pilares para a qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

Figura 5 – Representação esquemática da avaliação normativa



Fonte: Adaptado de Hartz, 1997.

O assunto qualidade e saúde pode ser tratado de várias maneiras. A qualidade assume várias dimensões, de natureza objetiva ou subjetiva (UCHIMURA; BOSI, 2002). Independentemente da perspectiva adotada, a definição de qualidade dos serviços em saúde deve abranger tanto a dimensão individual, incluindo a satisfação do usuário, quanto a dimensão populacional. Para Campbell, o processo de atenção é composto pelo conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde (CAMPBELL; ROLAND; BUETOW, 2000).

Em documento lançado pela Comissão Global de Saúde Lancet sobre sistemas de saúde de alta qualidade e sobre os ODS, destaca-se que a palavra “qualidade” não consta na Declaração Alma-Ata, apesar desta incluir na definição de APS, as noções de efetividade, solidez científica e aceitabilidade social, elementos de qualidade quando se refere ao fornecimento de cuidados de saúde. Segundo a Comissão, “qualidade” e “atenção primária” devem ser palavras indissociáveis, juntas são capazes de iniciar uma revolução (THE LANCET GLOBAL HEALTH, 2018).

Durante vários anos, muitas iniciativas voltadas à avaliação foram desenvolvidas, com a intenção de aferir a qualidade e a efetividade da APS no país (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009; HARTZ; SILVA, 2005; FACCHINI *et al.*, 2006; IBAÑEZ *et al.*, 2006; MACINKO *et al.*, 2010; MACINKO *et al.*, 2004; VIACAVA *et al.*, 2004). Em 2003 foi criada a Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, que institucionalizou a avaliação da APS no Brasil, como por exemplo o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROSEF) em 2005. Entretanto, esses estudos foram conduzidos por diferentes instituições de ensino, realizados em locais diferentes e com metodologias variadas. Ainda permanecem enormes desafios para institucionalizar essas iniciativas no cotidiano da gestão da APS (“Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS”, 2018).

Em 2011, o DAB lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), baseado numa experiência prévia (AMQ – Avaliação da Melhoria da Qualidade), com o objetivo de melhorar o atendimento e o cuidado prestado, a partir de um processo permanente de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016). Ele utiliza 47 indicadores de produção ambulatorial e cadastramento, relacionados a sete áreas estratégicas: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde Bucal, Produção Geral, Tuberculose e Hanseníase, e Saúde Mental. Além



disso, o PMAQ-AB funciona como estratégia de indução financeira com repasse de recursos da componente qualidade do PAB (Piso da Atenção Básica) variável para as equipes de saúde da família. Até o momento, já foram realizados três ciclos de avaliação (2011/2012, 2013/2014 e 2017/2018).

Pesquisas sobre a qualidade dos serviços de saúde, muitas vezes associadas à implantação de políticas, ainda esbarram em dificuldades, desde a falta de consensos sobre definições, conceitos e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação dos resultados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Uma revisão de literatura qualitativa seguida de metassíntese, procurou identificar nas bases de dados nacionais e internacionais os instrumentos que estão sendo utilizados para avaliar a APS. Destacaram-se os seguintes instrumentos validados: WHO *Primary Care Evaluation Tool* (PCET); ADHD *Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde); e *PCATool* (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*). Os resultados mostraram que a aplicação de um instrumento de pesquisa que visa avaliar a APS, deve dar subsídios para a criação de novas propostas que possam contribuir para a qualificação da Saúde da Família e o instrumento que mais se aproxima desta proposta é o *PCATool* (FRACOLLI *et al.*, 2014).

### **1.6 PCATool (Primary Care Assessment Tool)**

Barbara Starfield e colaboradores (CASSADY *et al.*, 2000; SHI; STARFIELD; XU, 2001) desenvolveram, na Johns Hopkins Primary Care Policy Center, centro de pesquisa da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, nos EUA, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – *PCATool* (*Primary Care Assessment Tool*), com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian. O *PCATool* mede a presença e a extensão dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e dos atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural) da APS. Apresenta originalmente versões autoaplicáveis, para crianças (*PCATool* versão Criança), adultos maiores de 18 anos (*PCATool* versão Adulto), profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde (*PCATool* versão profissionais).

O *PCATool*, validado nos EUA, é originalmente formado por 92 perguntas sobre os atributos da APS. Cada atributo essencial é constituído por dois componentes ou subdimensões, um relacionado à estrutura e outro ao processo. Os itens apresentam respostas em escala Likert

de 4 pontos (4 para “com certeza sim”; 3 para “provavelmente, sim”; 2 para “provavelmente, não”; 1 para “com certeza não” e 9 para “não sei/não lembro”), resultando em escores para cada atributo. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens. A soma das médias dos valores dos quatro atributos essenciais e de suas subdimensões com a média do escore do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde produz o “Escore Essencial da APS”. A soma da média destes escores essenciais com as médias dos escores derivados produz o “Escore Geral da APS” (SHI; STARFIELD; XU, 2001). Geralmente os estudos adotam os atributos como variável dependente assumindo que valores de escores  $\geq 6,6$  representam forte orientação à APS por significarem na escala Likert o valor 3, a resposta “provavelmente sim” (DE MENDONÇA, MARIA HELENA MAGALHÃES *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado com vários instrumentos desenvolvidos para avaliar serviços de saúde fornecedores de cuidados primários, o *PCATool* se destacou como o método avaliativo com melhor desempenho por ser único com capacidade de avaliar características de estrutura e processo para os quatro atributos essenciais da APS. Além disso, está disponível em várias versões, possibilitando comparações entre a percepção de usuários, profissionais de saúde e gestores (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009).

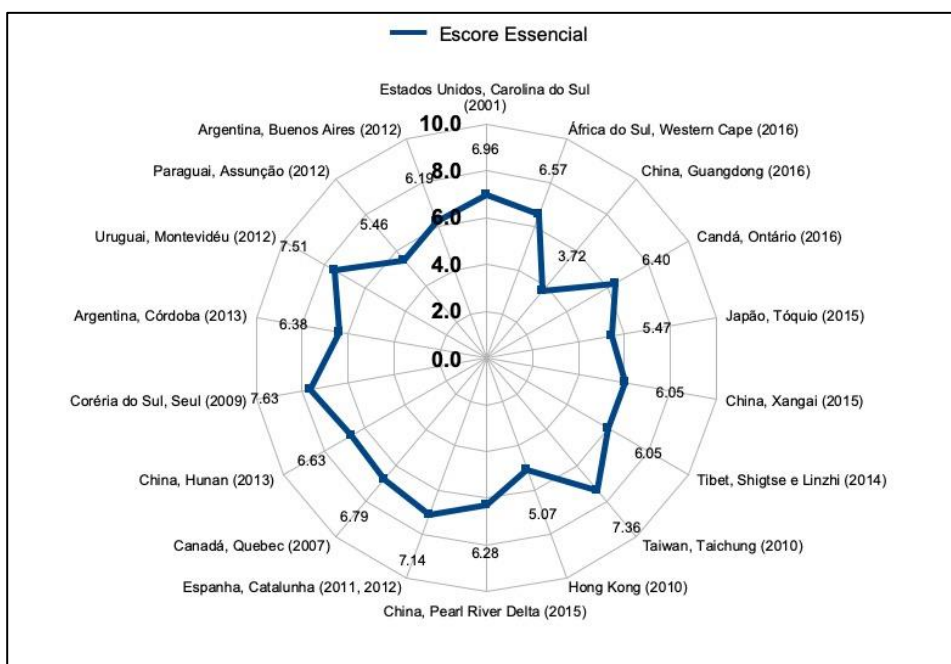
O *PCATool*-Brasil foi lançado em 2010 sob forma de manual técnico pelo próprio MS, contudo este instrumento já havia sido adaptado para ser utilizado no Brasil desde 2006. A versão original foi convertida em um instrumento aplicável por meio de entrevistadores, passando por um processo de tradução e tradução reversa, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, e da análise de confiabilidade (HARZHEIM *et al.*, 2006, 2013; HAUSER *et al.*, 2013). O *PCATool*-Brasil versão usuários adultos é composto por 87 itens. Já a versão brasileira Infantil foi validada em 2004, revisada em 2010, e possui 55 itens. A versão brasileira para profissionais da saúde possui 77 itens (BRASIL, 2010). Foi também desenvolvida o instrumento para avaliação dos serviços de saúde bucal (*PCATool*-Brasil SB) nas versões usuários adultos e profissionais (cirurgião-dentista) (CARDOZO, 2015; D’AVILA, 2016; FONTANIVE, 2011).

Uma revisão sistemática da literatura brasileira publicada entre os anos 2000 e 2013 buscou analisar a avaliação dos atributos da APS feita por usuários de unidades básicas de saúde, mediante utilização de adaptações do *PCATool*. Concluiu-se que cerca de 87% (n=12) dos estudos selecionados foram realizados em municípios das regiões sul e sudeste do Brasil e 67% (n=9) realizaram comparação quanto à presença e extensão dos atributos da APS em unidades com ESF e unidades básicas tradicionais. Os achados mostraram que unidades com ESF são mais orientadas para à APS que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (PAULA *et al.*, 2016).

Outra revisão sistemática em âmbito mundial com artigos entre os anos de 2007 e 2015, analisou os estudos que utilizaram o *PCATool* para avaliação da APS e observou-se que 68,2% (n=15) dos trabalhos selecionados eram brasileiros. Esse dado demonstra a ampla utilização do instrumento no Brasil e a possibilidade de comparação de resultados com os de outros países. (PRATES *et al.*, 2017).

D'Ávila e colaboradores realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre o uso do *PCATool* como instrumento de avaliação de serviços de saúde no Brasil e em outros países, a partir da matriz inicial concebida pela equipe de Barbara Starfield. Foram identificados 124 estudos publicados entre os anos 2000 e 2016, sendo selecionados 42 para revisão. Desse subtotal, 17 (40,5%) são do Brasil, quatro do Canadá, quatro da China, três da Argentina, dois dos Estados Unidos e dois de Hong Kong. Foram identificados um estudo na África do Sul, Colômbia, Coreia do Sul, Espanha, Japão, Paraguai, Nova Zelândia, Tailândia, Tibete e Uruguai (D'AVILA *et al.*, 2017). 83,3% dos estudos foram do tipo de delineamento transversal. O estudo realizado no Rio de Janeiro em 2014 utilizando o *PCATool*-Brasil versão usuário foi o com a maior amostra registrada em uma única cidade do mundo (6657 usuários) (HARZHEIM *et al.*, 2016). A figura a seguir mostra a distribuição geográfica dos estudos e o comparativo do escore essencial e escore geral médio da APS encontrado em alguns desses estudos.

Gráfico 1 – Valor do Escore Essencial dos atributos da APS medido pelo *PCATool* em diversos estudos realizados mundialmente

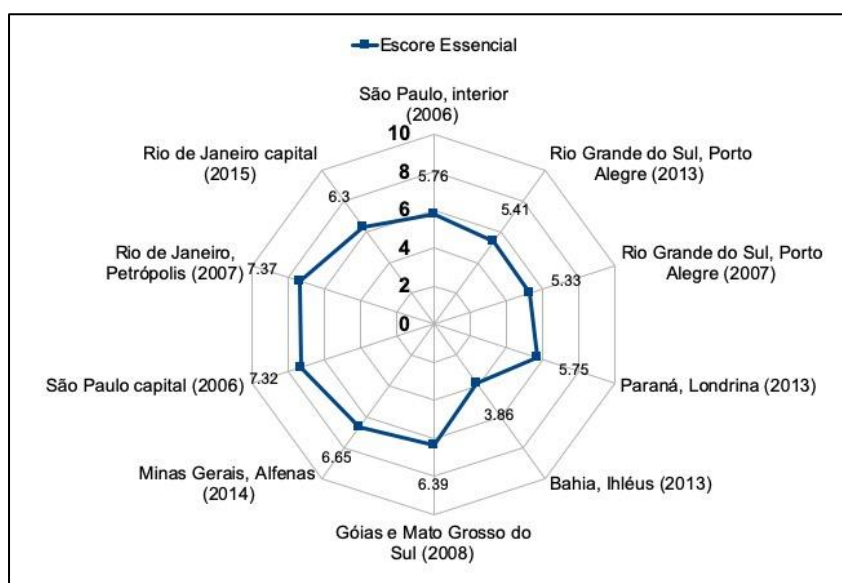


Fonte: Adaptado de DE MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al.* *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. [S.l.]: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

Um estudo realizado em Curitiba avaliou a concordância, entre o AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da ESF), utilizado no PMAQ-AB e o *PCATool*-Brasil. Os achados deste estudo sugerem não ser possível a utilização dos padrões do AMQ como forma de mensurar todos os atributos da APS definidos por Starfield, diferentemente do *PCATool* (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Além disso, critica-se o PMAQ pelo tempo gasto para cada ciclo de avaliação, a necessidade de avaliação externa, a pequena participação de usuários nas entrevistas e a vinculação dos resultados à transferência financeira.

Deste modo, o *PCATool* tem sido utilizado no Brasil por vários pesquisadores para avaliar a presença dos atributos da APS em diferentes cidades do país, inclusive capitais como em Porto Alegre (AGOSTINHO *et al.*, 2010; OLIVEIRA, 2007; ZILS *et al.*, 2009), Curitiba (CHOMATAS *et al.*, 2013), São Paulo (CAMPOS *et al.*, 2014; FERRER *et al.*, 2014) e Rio de Janeiro (HARZHEIM *et al.*, 2016). O instrumento também já foi utilizado para avaliar a qualidade da APS sob a ótica tanto de profissionais (PENSO *et al.*, 2017) quanto de usuários, adultos e crianças (DINIZ *et al.*, 2016; KARLA *et al.*, 2017), e mostrando associação da qualidade do cuidado com desfechos clínicos, como hipertensão (PAES *et al.*, 2014), em pacientes idosos (ARAUJO *et al.*, 2014), mulheres (LIMA *et al.*, 2015) ou com infecção pelo HIV (FERREIRA *et al.*, 2016). Os escores essenciais médios encontrados em alguns dos estudos brasileiros estão representados na figura abaixo:

Gráfico 2 – Valor do Escore Essencial dos atributos da APS medido pelo *PCATool* em diversos estudos realizados no Brasil



Fonte: Adaptado de DE MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al.* *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. [S.l.]: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

Há também o *PCATool* Brasil versão resumida. Esta versão foi desenvolvida após uma reavaliação dos resultados dos trabalhos de validação do *PCATool* no Brasil. Por meio do modelo logístico de dois parâmetros da Teoria de Resposta ao Item, identificou-se 23 itens que apresentaram características de discriminação, classificadas de moderada a forte, contemplando os sete atributos da APS. Os resultados obtidos com esta versão foram comparados aos resultados da versão completa, revelando escores de APS concordantes. Estes achados indicam que o *PCATool*-Brasil versão reduzida para usuários adultos possui adequada validade e confiabilidade, podendo ser adotado como ferramenta de avaliação rápida de orientação para a APS nos serviços brasileiros (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Em 2019, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em parceria com o MS iniciou um trabalho pesquisa de campo visitando mais de 100.000 famílias em cerca de 2.000 municípios brasileiros (cerca de 40% dos municípios do país) dos 27 estados do país, entrevistando adultos em cada agregado familiar com a versão reduzida do *PCATool*, como parte de um dos conjuntos de perguntas da Pesquisa Nacional de Saúde (HARZHEIM; FELIPE PINTO; *et al.*, 2019; HARZHEIM; PINTO; *et al.*, 2019).

### **1.7 A participação do usuário na Avaliação da Atenção à Saúde**

No Brasil, a visão do usuário tem uma importância especial, pois é parte do princípio de cidadania e do direito à saúde. Por muitos anos, o país apresentou uma tradição sanitária que preconizou metodologias indiretas de levantamento das necessidades em saúde e da análise da qualidade da atenção prestada (INOCÊNCIO, 2014).

A satisfação com a atenção à saúde pode ser caracterizada como uma avaliação individual de várias dimensões dos cuidados de saúde, tais como: acesso, infraestrutura, interação usuário-profissional, e resultados em termos de saúde. Por isso, a satisfação dos usuários tem ocupado um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Considera-se que a satisfação está diretamente relacionada à adesão terapêutica e com os resultados dos cuidados em saúde, influenciando comportamentos de saúde e doença, além da crescente valorização do papel do usuário enquanto consumidor (ESPERIDIÃO; SILVA, 2018).

Pesquisas de satisfação de usuários são uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos (Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017). Segundo esta lei, os órgãos e entidades públicos deverão avaliar os

serviços prestados, nos seguintes aspectos: I – satisfação do usuário com o serviço prestado; II – qualidade do atendimento prestado ao usuário; III – cumprimento dos compromissos e prazos definidos para a prestação dos serviços; IV – quantidade de manifestações de usuários; V – medidas adotadas pela administração pública para melhoria e aperfeiçoamento da prestação do serviço. A avaliação deverá ser realizada por pesquisa de satisfação feita, no mínimo, a cada um ano, ou por qualquer outro meio que garanta significância estatística aos resultados (BRASIL, 2017).

Além disso, a satisfação do usuário é considerada um importante desfecho para avaliar os serviços de saúde. A satisfação do usuário, além de ser um indicador de qualidade, proporciona uma avaliação de desempenho sob a perspectiva de tal indicador, orientando decisões estratégicas ou operacionais para melhoria dos serviços prestados no sistema de saúde (ZILS *et al.*, 2009). Mas, a satisfação com os serviços não é, em si, uma medida de qualidade da atenção. A satisfação pode estar indiretamente relacionada com a qualidade na medida em que a atuação dos serviços de saúde pode influenciar no estado de saúde dos indivíduos (INOCÊNCIO, 2014).

Em Fortaleza, várias das unidades de APS contam com um instrumento eletrônico de avaliação dos serviços recebidos, localizado geralmente próximo a entrada das unidades, como mostra as fotos abaixo. Porém, o mesmo possui interface simplista com geração de dados de pouco valor para gestão e planejamento dos serviços de saúde.

Figura 6 – Instrumento eletrônico de avaliação presente nas UAPS de Fortaleza



Fonte: próprio autor.

## 1.8 Problema

Falta de estudos sobre a qualidade dos serviços públicos de Atenção Básica em Fortaleza – CE na perspectiva de usuários quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde.

## 1.9 Justificativa e Relevância

A APS, por meio da ESF, se configura como uma ampla possibilidade de efetivar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) na organização dos serviços de saúde. A cultura da avaliação de políticas públicas é ainda incipiente no Brasil e num contexto de escassez de recursos e políticas de austeridade fiscal, torna-se imprescindível conhecer os resultados obtidos pelos programas/políticas para a tomada de decisão que maximize o impacto e os resultados na sociedade. Em que pese o Programa de Saúde da Família não ter tido um planejamento inicial de realizar avaliação de impacto, quantificando relações causais entre o programa e um conjunto de resultados na sociedade, desde sua criação, processos avaliativos foram implantados (MENDONÇA, 2019).

Um estudo publicado em 2018, realizado de forma *on-line* e presencial, em três idiomas, com profissionais de saúde que trabalham na atenção primária, pesquisadores e formuladores de políticas de 13 países, elaborou uma lista com 10 principais prioridades internacionais de pesquisa em APS. Dentre as 10 principais prioridades de pesquisa em APS ainda não respondidas, estão: “Como o desempenho da atenção primária deve ser medido?”, e “Quais são as melhores maneiras de envolver os pacientes na concepção e prestação de cuidados primários?” (O’NEILL *et al.*, 2018). Esse trabalho demonstra a importância da pesquisa avaliativa para a APS.

Contudo, percebe-se o quanto ainda é limitada a quantidade de estudos no Ceará e/ou em Fortaleza sobre a avaliação da qualidade dos serviços públicos de Atenção Básica segundo a presença dos atributos da APS. Foi realizada uma criteriosa busca de artigos científicos em distintas bases de dados na área da saúde (Lilacs, PubMed e SciELO) com a finalidade de verificar a existência de estudos que tivessem avaliado a presença e a extensão dos atributos da APS em Fortaleza. Entretanto, não foram encontrados estudos sobre uso do *PCATool* com usuários adultos da APS de Fortaleza.

Em artigo publicado por autores integrantes da SAPS do MS, é mencionado que um dos maiores desafios para a APS é a ampliação do acesso bem como a indução e financiamento de um modelo de atenção que seja orientado pelos atributos essenciais da APS, e, que para isso, é fundamental o estabelecimento de indicadores de avaliação. Os autores citam o uso do *PCATool* como ferramenta avaliativa a ser aplicado em todo o Brasil (REIS *et al.*, 2019).

Assim, a quantidade de informações geradas pelo corrente estudo, através da aplicação do *PCATool* em usuários adultos dos serviços de atenção básica de Fortaleza, tem a intenção de subsidiar a organização da RAS e o fortalecimento da APS no município. Este trabalho é de grande importância para guiar os processos de gestão e políticas de saúde pública, aumentando a efetividade e eficácia do uso de recursos financeiros.



## **2 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a qualidade dos serviços públicos de Atenção Básica em Fortaleza – CE na perspectiva de usuários quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde.

### **2.1 Objetivos específicos**

- a) Descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico de usuários da rede de serviços públicos de Atenção Básica de Fortaleza – CE;
- b) Descrever os atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva de usuários da rede de serviços públicos de Atenção Básica de Fortaleza – CE;
- c) Descrever as características estruturais das unidades e equipes dos serviços públicos de Atenção Básica de Fortaleza – CE;
- d) Analisar possíveis relações entre características sociodemográficas e epidemiológicas de usuários e os atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza – CE;
- e) Analisar possíveis relações entre estruturais das unidades e equipes dos serviços públicos de Atenção Básica e os atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza – CE.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 Delineamento do estudo**

Como estratégia de pesquisa, optou-se por utilizar o estudo do tipo transversal. Segundo Rouquayrol (2013), a pesquisa transversal se define por um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados em um mesmo momento histórico. Em um estudo transversal, o investigador atua meramente como expectador de fenômenos ou fatos, sem realizar qualquer intervenção no curso natural e/ou no desfecho destes, embora possa realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados (ROUQUAYROL; SILVA, 2013). Esse desenho de pesquisa tem sido o mais empregado na prática de investigação no campo da saúde coletiva, incluindo inquéritos na APS (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2014).

Para abordar o objeto em questão optou-se pela pesquisa de quantitativa. A pesquisa quantitativa é recomendada nos casos em que o propósito do projeto implica medir relações entre variáveis (ROESCH, 2005). Os dados obtidos por questionários possibilita a mensuração de variáveis preestabelecidas e permite verificar e explicar a influência dessas variáveis sobre outras variáveis, por meio de análises e correlações estatísticas (ANDRADE; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Quanto a seu caráter, esta pesquisa é classificada como descritiva. Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008).

Para atingir o objetivo principal do estudo, foi realizada uma avaliação normativa. A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, no caso a implementação dos serviços de APS em Fortaleza, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, como a opinião dos usuários, com critérios e normas (HARTZ, 1997b).

#### **3.2 Local e Período da Pesquisa**

O estudo foi realizado no período de junho a dezembro de 2019, nas 6 Secretarias Executivas Regionais (SER) da cidade de Fortaleza – CE, especificamente, nas UAPS. Foram selecionadas de forma aleatória 36 UAPS dentre as 113 unidades de Fortaleza (aproximadamente 30% do total). O número 30 é usualmente escolhido como mínimo para seleções de amostra

seguinte o Teorema Central do Limite, o qual afirma que qualquer que seja a distribuição da variável de interesse para grande amostras, a distribuição das médias amostrais serão aproximadamente normalmente distribuídas, e tenderão a uma distribuição normal à medida que o tamanho de amostra crescer. Na prática, sabe-se que isto ocorre para amostras com tamanho mínimo de 30 elementos (AZEVEDO, 2016). Foi então realizada amostragem aleatória estratificada para seleção proporcional de UAPS em cada Secretaria Executiva Regional (SER) de Fortaleza e para definição do número de indivíduos em cada UAPS selecionada. A amostragem estratificada consiste em dividir a população em subgrupos homogêneos e selecionar uma amostra em cada um deles, separadamente. Estes subgrupos não se interceptam e totalizam a população. Cada uma das subdivisões populacionais é denominada de estrato. O uso de estratos homogêneos pode resultar em um ganho na precisão de estimativas de características da totalidade da população (COCHRAN, 2007). As UAPS selecionadas e o respectivo número de usuários em cada foram os seguintes, listados no quadro abaixo:

Quadro 2 – Descrição do número de usuários para coleta de informações nas respectivas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) selecionadas para pesquisa, de acordo com sua Regional (SER) e bairro, Fortaleza – Brasil – 2019

<b>SER</b>	<b>UAPS</b>	<b>Número de Usuários para coleta</b>	<b>Bairro</b>
<b>I</b>	Maria Aparecida	11	Vila Velha
	Chico da Silva	9	Barra do Ceará
	Carlos Ribeiro	24	Jacareacanga
	4 Varas	5	Pirambu
	Lineu Jucá	17	Barra do Ceará
<b>II</b>	Aida Santos	9	Vicente Pinzón
	Flávio Marcílio	8	Mucuripe
	Irmã Hercília	11	São João Do Tauape
	Paulo Marcelo	6	Centro
<b>III</b>	Anastácio Magalhães	26	Rodolfo Teófilo
	Waldemar Alcântara	9	Jockey Clube
	Licínio Nunes	16	Quintino Cunha

	Meton de Alencar	17	Antônio Bezerra
	João XXIII	11	João XXIII
	Mariusia Silva	10	Bonsucesso
IV	Turbay Barreira	8	Vila União
	Abel Pinto	6	Demócrito Rocha
	Gothardo Peixoto	6	Damas
	Gutenberg Braun	13	Vila Pery
V	Argeu Herbster	30	Bom Jardim
	Dom Lustosa	13	Granja Lisboa
	Edmilson Pinheiro	11	Granja Lisboa
	José Galba de Araújo	14	Genibau
	José Paracampos	20	Mondubim
	Luiza Távora	8	Mondubim
	Jurandir Picanço	13	Granja Portugal
	João Pessoa	5	Jardim Jatobá
VI	Waldo Pessoa	26	Barroso
	Osmar Viana	8	Jangurussu
	Messejana	22	Messejana
	Mattos Dourado	13	Edson Queiroz
	Luís Franklin	10	Messejana
	Alarico Leite	14	Passaré
	Edilmar Norões	13	Parque Dois Irmãos
	Anísio Teixeira	12	Paupina
	Edmar Fujita	8	Castelão
<b>TOTAL</b>	<b>36 UAPS</b>	<b>463</b>	

Fonte: próprio autor.

### 3.3 População da pesquisa

A população da pesquisa foi formada pelo número total de indivíduos residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS em Fortaleza – CE, que estejam cadastrados em uma eSF ou eAB.

Para populações infinitas, ou em contextos de constante mudança, o estudo estatístico pode ser realizado com a coleta de parte de uma população. Amostra é um subgrupo de uma população, constituído de (n) unidades de observação e que deve ter as mesmas características da população, selecionadas para participação no estudo. O tamanho da amostra a ser retirada da população é aquele que minimiza os custos de amostragem e pode ser com ou sem reposição (FONSECA *et al.*, 2002; MALHOTRA, 2001).

O tamanho da amostra de participantes (n) foi calculado com base nesta população de usuários (N= 1.206.983 – número total de pessoas cadastradas na ESF de Fortaleza na época de elaboração do projeto de pesquisa) utilizando a fórmula para populações finitas, estimando frequência hipotética do fator do desfecho na população (proporção de alto escore de APS entre as unidades,  $p= 50\% \pm 5$ ), com intervalo de confiança de 95%, erro ( $d$ ) de 5%, e fator de delineamento para correção do efeito de desenho para inquéritos em grupos ( $deff = 1,2$ ) para comparação entre unidades. O tamanho calculado foi de 463 indivíduos. Foi utilizada a para o cálculo a ferramenta *on-line* gratuita OpenEpi (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2014).

$$\text{Tamanho da amostra } n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[(d^2/Z_{21-\alpha/2}^2 * (N-1) + p(1-p))]}$$

Por motivos de dificuldade de deslocamento e disponibilidade de tempo para a realização da pesquisa, foram entrevistados apenas 233 indivíduos em 19 UAPS. As UAPS e a quantidade de participantes em cada estão listadas a seguir e sua localização representadas no mapa abaixo:

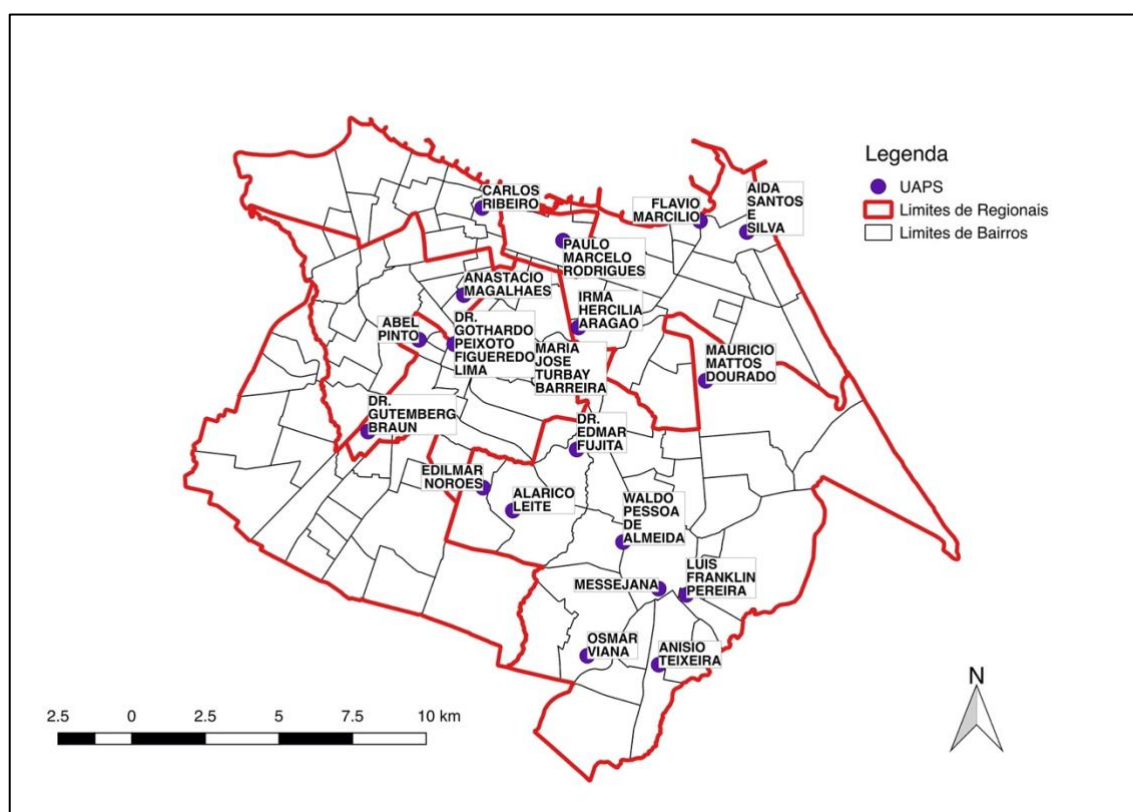
Quadro 3 – Descrição do número de usuários entrevistados nas respectivas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), de acordo com sua Regional (SER), Fortaleza – Brasil – 2019

<b>SER</b>	<b>UAPS</b>	<b>Bairro</b>	<b>Número de usuários entrevistados</b>	<b>Porcentagem quanto cálculo amostral inicial</b>
I	Carlos Ribeiro	Jacarecanga	22	92%
II	Aida Santos	Vicente Pinzon	8	89%
	Flávio Marcílio	Mucuripe	8	100%
	Irmã Hercília	São João do Tauape	11	100%
	Paulo Marcelo	Centro	6	100%
III	Anastácio Magalhães	Rodolfo Teófilo	25	96%
IV	Turbay Barreira	Vila União	8	100%
	Abel Pinto	Demócrito Rocha	6	100%
	Gothardo Peixoto	Damas	6	100%
	Gutemberg Braun	Vila Pery	13	100%
VI	Waldo Pessoa	Barroso	26	100%
	Osmar Viana	Jangurussu	8	100%
	Messejana	Messejana	22	100%
	Mattos Dourado	Edson Queiroz	13	100%
	Luís Franklin	Messejana	10	100%
	Alarico Leite	Passaré	14	100%
	Edilmar	Parque	13	100%

	Norões	Dois Irmãos		
	Anísio Teixeira	Paupina	12	100%
	Edmar Fujita	Castelão	8	100%
<b>Total</b>	<b>19 UAPS</b>		<b>233</b>	

Fonte: próprio autor.

Figura 7 – Mapa de Fortaleza mostrando a localização das UAPS participantes da pesquisa



Fonte: elaboração própria via software QGIS 2.18 e arquivos do site Fonte: <https://mapas.fortaleza.ce.gov.br/>

### 3.4 Critérios de inclusão

1) UAPS com no mínimo seis meses de implantação; 2) indivíduos maiores de 18 anos cadastrados às UAPS selecionadas, que buscaram consulta com profissional médico ou enfermeiro de eSF ou eAB na unidade de saúde no dia da entrevista e que tenham se consultado com o médico ou enfermeiro na mesma unidade de saúde no mínimo duas vezes no último ano (considerando a consulta realizada no dia da entrevista).

### 3.5 Critérios de exclusão

Indivíduos que: 1) não apresentarem condições de saúde para responder ao questionário; 2) última consulta em uma UAPS de Fortaleza ocorreu antes de janeiro de 2017 (data de inauguração de todas as UAPS à época de desenvolvimento do projeto de pesquisa); 3) identificar como serviço de saúde de referência um serviço fora de Fortaleza; 4) morar há menos de 6 meses na área de adscrição do serviço.

### 3.6 Recrutamento de participantes

O recrutamento dos participantes se deu de forma não-probabilística, por conveniência. A amostra por conveniência envolve o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis. O método tem a vantagem de ser rápido, barato e fácil (ROUQUAYROL; SILVA, 2013). Os possíveis participantes da pesquisa, que estavam presentes no momento da pesquisa nas UAPS, foram convidados a participar da pesquisa através da resposta aos questionários. Os entrevistadores explicaram o procedimento da pesquisa e o intuito desta àqueles que se adequavam aos critérios estabelecidos na seleção da amostra, e perguntaram se desejavam participar. Suas dúvidas foram retiradas, seus direitos como participantes foram afirmados, e os possíveis riscos da pesquisa não lhes foram omitidos.

### 3.7 Instrumentos de Pesquisa e Coleta de Dados

3.7.1 *PCATool* Brasil versão adulto: validado e publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). A versão validada do *PCATool* Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS: Grau de Afiliação (itens A1 a A3), Acesso de Primeiro Contato – Utilização (itens B1 a B3), Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (itens C1 a C12), Longitudinalidade (itens D1 a D14), Coordenação – Integração de Cuidados (itens E1 a E9), Coordenação – Sistema de Informações (itens F1 a F3, Integralidade – Serviços Disponíveis (itens G1 a G22), Integralidade – Serviços Prestados (itens H1a H13), Orientação Familiar (itens I1 a I3) e Orientação Comunitária (itens J1 a J6) (ANEXO 1). As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média



aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, deve-se seguir os seguintes passos abaixo:

#### 1º Passo

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

#### 2º Passo

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não é calculado o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforma-se o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

#### 3º Passo: Cálculo dos atributos

Grau de Afiliação (Itens = A1, A2, A3 – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade). O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

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

Acesso de Primeiro Contato – O atributo é formado por 2 componentes Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B - Itens = B1, B2 e B3): O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$ .

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C - Itens = C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12): Os itens C9, C10, C11 e C12 têm valores invertidos. Após a inversão dos valores destes 4 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12) / 12$ .

Longitudinalidade (D - Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14): O item D14 tem o valor invertido. Após a inversão do valor deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$ .

Coordenação: O atributo é formado por 2 componentes.

Coordenação - Integração de Cuidados (E – Itens E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9): O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9) / 8$

Coordenação - Sistema de Informações (F - Itens = F1, F2 e F3): O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$

Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes.

Serviços Disponíveis (G - Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21 e G22): O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9 + G10 + G11 + G12 + G13 + G14 + G15 + G16 + G17 + G18 + G19 + G20 + G21 + G22) / 22$ .

Serviços Prestados (H - Itens = H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13): O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. Os itens H12 e H13 não devem ser aplicados para homens, portanto nesse componente o escore deve ser medido sem as somas destes itens quando o entrevistado for do sexo masculino. Para obter o escore deste componente deve-se calculá-lo separadamente para entrevistados do sexo feminino e masculino. Sexo Feminino (HF):  $\text{Escore HF} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13) / 13$ . Sexo Masculino (HM):  $\text{Escore HM} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11) / 11$ .

Orientação Familiar (I - Itens = I1, I2 e I3): O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$ .

Orientação Comunitária (J - Itens: J1, J2, J3, J4, J5 e J6): O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6) / 6$ .

#### 4º Passo: Transformação dos Escores

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

[escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo).

Escore Essencial: o Escore Essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais “Grau de Afiliação”) dividido pelo número de componentes. Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais, não é calculado o Escore Essencial da APS. Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcula-se a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral: o Escore Geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais “Grau de Afiliação” dividido pelo número total de componentes. Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes, não é calculado o Escore Geral da APS. Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcula-se a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

3.7.2 Questionário estruturado com variáveis sociodemográficas: (raça/cor, data de nascimento, sexo, nacionalidade, escolaridade, se possui plano de saúde privado, situação de moradia, tipo de domicílio, e número de moradores no domicílio) e epidemiológicas (se tem alguma deficiência, está gestante, está fumante, se faz uso de álcool, se faz uso de outras drogas, se tem pressão alta, diabetes, AVC/Derrame, infarto, doença do coração, problema nos rins, doença no pulmão, hanseníase, tuberculose, câncer, alguma internação nos últimos 12 meses, diagnóstico de algum problema mental) baseado na ficha de cadastro individual e domiciliar utilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde para cadastro de população adscrita no e-SUS (sistema de informação eletrônico do SUS) (ANEXO 2).

3.7.3 Questionário sobre características estruturais das unidades: (população adscrita, número de equipes, composição das equipes, profissionais trabalhadores, presença de Instituições de Ensino Superior ou Programas de Residência, número de consultórios, presença de insumos, serviços disponíveis, oferta de consultas, entre outros) e dos processos de trabalho (carga horária, tempo para marcação de consultas, disponibilidade de acesso para consultas, entre outros), elaborado pelo autor e baseado em estudos prévios (VITÓRIA, 2012) e nos manuais de estrutura física de unidades de saúde do MS (BRASIL, 2010). O questionário foi respondido pelos coordenadores das UAPS (ANEXO 3).

3.7.4 A aplicação dos questionários *PCATool* Brasil versão adulto e questionário sociodemográfico e epidemiológico: foi realizada pelo autor e por equipe de entrevistadores formados por estudantes de graduação de cursos da saúde, participantes da Liga de Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e da Liga de Atenção Primária à Saúde da Universidade de Fortaleza, utilizando os questionários em formato eletrônico *on-line* via *smartphones*. Estes foram previamente treinados pelo pesquisador principal seguindo as recomendações do Manual do MS (BRASIL, 2010). O questionário sobre características estruturais e de processos das unidades foi auto respondido pelos coordenadores das UAPS.

### 3.8 Análise Estatística

Os dados foram tabulados utilizando o *software* Microsoft Excel 2016. Em seguida, foram importados para o *software* estatístico IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24, para devido tratamento analítico. Foi realizado o cálculo de variáveis quantitativas independentes (escores *PCATool* para cada usuário entrevistado e os escores médios de cada UAPS) e variáveis qualitativas independentes (características sociodemográficas e epidemiológicas dos usuários e características estruturais das UAPS). Fez-se uso de estatísticas descritivas dispostos em forma de tabela, onde foram contabilizados as frequências e porcentagens das variáveis categóricas, nas quantitativas média com seu respectivo intervalo de confiança de 95% foram calculadas. Após avaliações iniciais dos dados aplicou-se métodos estatísticos para verificar associações e correlações entre as variáveis. Para as comparações entre  $k$  médias utilizou-se o método não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Por fim, aplicou-se modelagem de regressão linear multinível para analisar os fatores preditivos que são capazes de explicar o escore geral e essencial (SANTOS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2000).

O teste de Kruskal-Wallis é equivalente ao método ANOVA para comparação de  $k$  médias. O seu uso é aplicado quando não exigimos suposições sobre a forma e estrutura dos dados. O objetivo do teste Kruskal-Wallis é avaliar o comportamento de uma variável numérica,  $Y$ , em relação a  $k$  grupos, existem duas hipóteses a ser testada (CONOVER, 1980):  $H_0$ = Os  $k$  grupos produzem resultados equivalentes de  $Y$ ;  $H_1$ = Os  $k$  grupos diferem entre si em relação à variável  $Y$ .

Modelagem Multinível é uma extensão modelo de regressão linear padrão por permitir a existência de correlação entre indivíduos de um mesmo grupo ou estrato amostral. Devido ao modelo possuir tal propriedade, fatores ou informações que são provenientes do próprio estrato amostral podem exercer influência na explicação de desfecho estudado (FINCH;

BOLIN; KELLEY, 2019). Desse modo, características dos indivíduos e do serviço de saúde são simultaneamente consideradas como preditores na aplicação do modelo. Assim, buscou-se identificar variáveis dos usuários e das UAPS associados com alto escore geral de APS.

Adotou-se 5% como nível de significância, isto é, *p*-valor menor que 0,05 sinaliza resultado significativo a favor da hipótese  $H_1$ . Se não, se o *p*-valor for maior que 0,05 conclui-se que não houve do efeito significativo, logo há indícios a favor de  $H_0$ .

### **3.9 Aspectos Éticos**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e seguirá as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos-Res.466/12 CNS/MS (CAAE 10896218.1.0000.5054, parecer nº 3.705.918). Todos os participantes do estudo serão previamente informados dos objetivos deste estudo, ocasião em que lhes será assegurado o anonimato, possibilidade de desistência, garantia de confidencialidade e da não utilização das informações obtidas em prejuízo dos outros, garantia de que haverá riscos mínimos para os sujeitos da pesquisa. Os riscos de participação na pesquisa compreendem possíveis danos à dimensão psíquica, moral, social e cultural durante a realização do questionário e entrevista, como por exemplo sentimento de invasão de privacidade, desconforto em responder questões da pesquisa, perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados, sofrer discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado, divulgação de dados confidenciais, tomada do tempo o participante e mudança de sua rotina e quebra de sigilo. Foram tomadas as seguintes providências para minimização de tais riscos: garantia de confidencialidade e da não utilização das informações obtidas em prejuízo dos outros, explicação do preenchimento anônimo dos questionários, realização de entrevista objetiva sem qualquer juízo de valor do pesquisador e de forma atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto, realização da pesquisa em local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, garantia do emprego dos dados obtidos somente para fins previstos neste estudo e retorno dos benefícios obtidos através da pesquisa para as pessoas e comunidade onde o mesmo foi realizado. Todos os participantes assinaram um termo de livre consentimento antes de participar de quaisquer momentos do estudo (ANEXO C).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Análise Descritiva

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo. Foram contabilizados as frequências e porcentagens das variáveis em estudo e resumos descritivos quanto a média com intervalo de confiança de 95%.

Dos 233 participantes, 83,7% (n=195) eram mulheres, 69,5% (n=162) se auto declararam pardos e apenas 1 participante não era brasileiro. A idade variou entre 18 e 85 anos (média: 43,7, DP 16,175, IC95%: 41,7 - 45,9), sendo a maior parte (55,3%) na faixa etária entre 30 e 59 anos. Quanto a escolaridade, apenas 25,8% dos participantes afirmou frequentar escola no momento da pesquisa, e 25,2% (n=59) dos participantes possuíam menos de 4 anos de escolaridade. A maioria, 38,2% (n=89) possuíam Ensino Médio completo. Em relação à situação de moradia, 68,7% (n=160) dos usuários moravam em casa própria; quanto ao tipo de moradia, 86,7% (n=202) moravam em casas. Sobre o número de habitantes em casa, 88% (n=205) dividem a casa com até 4 pessoas. Apenas 10,7% (n=25) dos entrevistados possuíam plano de saúde privado. Os dados supracitados encontram-se sumarizados e podem ser consultados na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários entrevistados em Fortaleza – Brasil – 2019

<b>Características dos usuários</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
< 30	59	25,9
30 - 59	126	55,3
>= 60	43	18,9
<b>Raça/cor:</b>		
Amarela	4	1,7
Branca	47	20,2
Parda	162	69,5
Preta	20	8,6
<b>Sexo:</b>		
Feminino	195	83,7
Masculino	38	16,3
<b>Nacionalidade:</b>		
Brasileira	232	99,6

Estrangeira	1	0,4
<b>Frequenta escola?</b>		
Não	173	74,2
Sim	60	25,8
<b>Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?</b>		
Curso de Alfabetização	11	4,7
EJA (supletivo 1 a 4 séries)	1	0,4
EJA (supletivo 5 a 8 séries)	3	1,3
Ensino Fundamental 1 a 4 séries	42	18,0
Ensino Fundamental 5 a 8 séries	34	14,6
Ensino Fundamental completo	21	9,0
Ensino Fundamental especial	1	0,4
Ensino Médio (científico, técnico)	89	38,2
Ensino Médio EJA (supletivo)	2	0,9
Ensino Médio especial	1	0,4
Nenhum	5	2,1
Superior, Pós-graduação	23	9,9
<b>Situação de moradia:</b>		
Alugado	61	26,2
Cedido	10	4,3
Financiado	1	0,4
Ocupação	1	0,4
Própria	160	68,7
<b>Tipo de Domicílio:</b>		
Apartamento	27	11,6
Casa	202	86,7
Cômodo	3	1,3
Outro	1	0,4
<b>Número de moradores:</b>		
1	13	5,6
2	41	17,6
3	59	25,3
4	62	26,6
5	30	12,9
6	14	6,0
7	7	3,0
8	3	1,3
9	2	0,9
10	2	0,9
<b>Possui plano de saúde privado?</b>		
Não	208	89,3
Sim	25	10,7

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Quanto a presença de características epidemiológicas relacionadas à comorbidades clínicas, 89,7% (n=209) dos entrevistados não possuíam nenhum tipo de deficiência, 94% (n=219) não possuíam doença cardíaca, 92,3% (n=215) não possuíam doença renal e 95,7% (n=223) não possuíam doença pulmonar (Tabela 2).

Tabela 2 – Características epidemiológicas dos usuários entrevistados em Fortaleza – Brasil – 2019

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tem alguma deficiência?</b>		
Não	209	89,7
Sim	24	10,3
<b>Se sim, qual?</b>		
Insuficiência	1	4,2
Não sabe	15	62,5
Outra	2	8,3
Visual	5	20,8
Não informado	1	4,2
<b>Tem doença do coração?</b>		
Não	219	94,0
Sim	14	6,0
<b>Se sim, qual?</b>		
Insuficiência	3	20,0
Não sabe	2	13,3
Outra	9	60,0
Não informado	1	6,7
<b>Tem ou teve problema nos rins?</b>		
Não	215	92,3
Sim	18	7,7
<b>Se sim, qual?</b>		
Insuficiência	3	16,7
Não sabe	1	5,6
Outra	9	50,0
Não informado	5	27,8
<b>Tem doença no pulmão?</b>		
Não	223	95,7
Sim	10	4,3
<b>Se sim, qual?</b>		
Outra	7	70,0
Não informado	3	30,0

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.



Observando a Tabela 3, percebe-se que uma minoria dos usuários entrevistados estava gestante (10,7%, n=25); apenas 23,6% (n=55) era fumante, etilista ou usuário de drogas; 31,3% (n=73) era hipertenso; 12,9% (n=30) era diabético; 15,5% (26) dos entrevistados possuía algum diagnóstico de transtorno mental. Outras características clínicas perguntadas apresentaram baixa frequência na população entrevistada (Tabela 3).

Tabela 3 – Características epidemiológicas dos usuários entrevistados em Fortaleza – Brasil – 2019

Características	Não		Sim	
	n	%	n	%
Está gestante?	208	89,3	25	10,7
Está fumante?	215	92,3	18	7,7
Faz uso de álcool?	200	85,8	33	14,2
Faz uso de outras drogas?	229	98,3	4	1,7
Tem pressão alta?	160	68,7	73	31,3
Tem diabetes?	203	87,1	30	12,9
Teve AVC/Derrame?	227	97,4	6	2,6
Teve infarto?	228	97,9	5	2,1
Está com hanseníase?	230	98,7	3	1,3
Está com tuberculose?	229	98,3	4	1,7
Tem ou teve câncer?	225	96,6	8	3,4
Teve alguma internação nos últimos 12 meses?	206	88,4	27	11,6
Teve diagnóstico de algum problema mental por profissional de saúde?	197	84,5	36	15,5

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Quanto estrutura e organização das UAPS, a Tabela 4 mostra algumas das características de acordo com dados coletados utilizando o Apêndice B.

Algumas características não são mostradas no formato de tabela por terem variado muito pouco entre as unidades, como por exemplo aspectos de infraestrutura física (número de consultórios, sala de vacina, farmácia, etc.). Isto se deve ao fato de grande parte das unidades terem sido construídas seguindo uma planta padrão. O número médio de consultórios foi de 10 salas, variando de 5 a 30. Todas possuem, no mínimo uma: sala de coleta de exames, sala de administrativo, expurgo, sala de procedimentos ambulatoriais, sala de observação, consultório odontológico, escovódromo, sala/espço de espera, sala de gerência e farmácia. Dentre outras características de estrutura física, destaca-se que: o número médio de computadores com acesso à Internet foi de 17; apenas 13 unidades possuem sala específica para educação em saúde; e

nenhuma unidade possui sala para descanso dos funcionários, mas todos possuem copa/cozinha; todas as unidades disponibilizam os medicamentos de lista básica de medicamentos do MS.

Não foi possível obter dados precisos para a UAPS Paulo Marcelo pois a mesma se encontrava em reforma no período da pesquisa, estando as equipes e os pacientes utilizando outros recursos locais como espaço de atendimento.

Apenas 2 UAPS (Anísio Teixeira e Osmar Viana) não possuíam atendimento médico ou de enfermagem todos os dias de 7 às 19h.

Nove UAPS possuem médicos de Família e Comunidade, seja com Residência médica ou título de especialista, (n=16 de total de 77 médicos), compondo suas equipes de saúde (Alarico Leite, Anísio Teixeira, Edmar Fujita, Luís Franklin, Mattos Dourado, Messejana, Waldo Pessoa, Anastácio Magalhães, Irmã Hercília).

Seis UAPS (Aida Santos, Anísio Teixeira, Mattos Dourado, Anastácio Magalhães e Carlos Ribeiro) possuem médicos pediatras com pelo menos 20h semanais e sete UAPS possuem médicos gineco-obstetras com pelo menos 20h semanais (Anísio Teixeira, Mattos Dourado, Messejana, Abel Pinto, Gothardo Peixoto, Anastácio Magalhães e Irmã Hercília).

Três unidades (Mattos Dourado, Anastácio Magalhães e Carlos Ribeiro) possuem médicos de outras especialidades, dentre as seguintes áreas: dermatologia, cardiologia, endocrinologia, otorrinolaringologia e clínica médica.

Tabela 4 - Descrição das características das 19 UAPS selecionadas na pesquisa em Fortaleza – 2019

<b>Características por UAPS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
População total de habitantes (IBGE)	28.721	14.216	11.699	62.412
População adscrita	15.557	9.073	6.541	35.040
Número total de Equipes	4,63	2,09	3	10
Número de eAB	0,737	1,28	0	5
Número de médicos em eSF	4,05	1,61	2	7
Número de eSF	3,89	1,41	2	7
Número de eSF com SB	2,53	1,12	0	4
Número de Médicos de Família e Comunidade	0,889	1,45	0	6
Número de Pediatras	0,389	0,698	0	2
Número de Ginecologistas	0,444	0,616	0	2
Número de Generalistas Clínicos	2,89	1,68	0	7
Número de Enfermeiros	4,74	1,66	3	8

Número de Dentistas em ESF	3,11	1,20	1	6
Número de ACS	18,6	9,74	7	49
Tempo médio de espera para consulta médica agendada (dias)	49,7	26,8	0	90

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

As tabelas abaixo demonstram as frequências detalhadas de repostas dos usuários a cada item dos atributos medidos pelo *PCATool*. O Grau de Afiliação (A) é único não mostrado no formato de tabela. Seu valor médio foi 9,7 (mín. 6,7, máx. 10,0, DP 0,9, IC95% 9,6 - 9,9). O alto valor e pequena variância se justifica pelo fato das perguntas que o compõem (A1= Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?; A2= Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?; A3= Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?) estarem relacionadas a aspectos utilizados como critérios de inclusão dos usuários participantes na pesquisa.

A Tabela 5 corresponde à distribuição das respostas dadas aos itens que compõem o atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização. A grande maioria dos entrevistados respondeu “Com certeza, sim” para as três perguntas que compõem o atributo, porém vale destacar que 23,2% (n=54) respondeu “Com certeza, não” ao item “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?”. A média do escore, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 8,06 (mín. 0, máx. 10,0, DP 2,5, IC95% 7,7 – 8,4), conforme tabela, a seguir:

Tabela 5 – Distribuição de repostas dos usuários para os itens do atributo acesso de primeiro contato – utilização do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO</b>									8,06
B1	23	9,9	5	2,1	7	3,0	198	85,0	
B2	54	23,2	9	3,9	16	6,9	154	66,1	
B3	35	15,0	5	2,1	10	4,3	183	78,5	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: 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?; 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?; B3- Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?

A Tabela 6 corresponde à distribuição das respostas dadas aos itens que compõem o Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. Vale destacar que alguns questionamentos relacionados à acessibilidade, como: serviços de saúde abertos aos sábados ou domingos, abertos em alguns dias da semana até as 20 horas, a disponibilidade de telefone para os pacientes ligarem quando o serviço está aberto ou fechado, a possibilidade de serem atendidos por alguém do serviço quando este está fechado à noite ou fins de semana e sobre o tempo de espera superior a 30 minutos para o atendimento; obtiveram expressivos percentuais de respostas negativas (“Com certeza, não”). Um dos dois itens com maior proporção de resposta “Com certeza, sim” foi “Quando o seu ‘nome do serviço de saúde/ou nome médico/ enfermeiro’ está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?”, porém com apenas 46,4% (n=108). A média do escore, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 2,83 (mín. 0, máx. 6,9, DP 1,5, IC95% 2,6 - 3,0), conforme tabela, a seguir:

Tabela 6 – Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE</b>									2,83
C1	159	68,2	52	22,3	11	4,7	11	4,7	
C2	124	53,2	71	30,5	13	5,6	25	10,7	
C3	56	24,0	32	13,7	37	15,9	108	46,4	
C4	121	51,9	48	20,6	10	4,3	54	23,2	
C5	177	76,0	39	16,7	7	3,0	10	4,3	
C6	206	88,4	18	7,7	4	1,7	5	2,1	
C7	210	90,1	19	8,2	1	0,4	3	1,3	
C8	112	48,1	27	11,6	26	11,2	68	29,2	
C9	16	6,9	6	2,6	20	8,6	191	82,0	
C10	68	29,2	16	6,9	21	9,0	128	54,9	
C11	78	33,5	21	9,0	36	15,5	98	42,1	
C12	116	49,8	1	0,4	9	3,9	107	45,9	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?; C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?; C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?; C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?; 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?; 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?; 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?; 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”?; 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)?; C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?; C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?; C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico/enfermeiro/ local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

A Tabela 7 apresenta as respostas dadas pelos usuários adultos quanto ao atributo “Longitudinalidade”. Na percepção dos participantes, os melhores itens avaliados contemplaram assuntos como: o profissional de saúde entender o que o usuário diz ou pergunta, o profissional de saúde responder às perguntas do usuário de maneira que este entenda, o profissional de saúde dar tempo suficiente para que o usuário fale e sobre o usuário se sentir à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao profissional de saúde. Por sua vez, o item pior avaliado foi sobre os pacientes disporem de telefone para falar com o médico/enfermeiro quando tiverem alguma pergunta a fazer. O item “O seu ‘médico/enfermeiro’ conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?” recebeu apenas 30% de resposta “Com certeza, sim”. Quando perguntado se “Você mudaria do ‘nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro’ para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?”, a maioria, 62,2% (n=145), respondeu que “Com certeza, sim”. O escore médio obtido no atributo Longitudinalidade foi de 6,38 (mín. 0,7, máx. 10, DP 1,9, IC95% 6,1 - 6,6) (Tabela 6).

Tabela 7 – Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Longitudinalidade do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>LONGITUDINALIDADE</b>									6,38
D1	67	28,8	8	3,4	9	3,9	149	63,9	
D2	7	3,0	2	0,9	11	4,7	213	91,4	
D3	7	3,0	3	1,3	8	3,4	215	92,3	
D4	194	83,3	19	8,2	2	0,9	18	7,7	
D5	11	4,7	2	0,9	13	5,6	207	88,8	
D6	9	3,9	6	2,6	3	1,3	215	92,3	
D7	115	49,4	29	12,4	19	8,2	70	30,0	
D8	113	48,5	24	10,3	9	3,9	87	37,3	
D9	102	43,8	25	10,7	24	10,3	82	35,2	
D10	60	25,8	20	8,6	19	8,2	134	57,5	
D11	112	48,1	17	7,3	15	6,4	89	38,2	
D12	79	33,9	19	8,2	21	9,0	114	48,9	
D13	44	18,9	17	7,3	11	4,7	161	69,1	
D14	66	28,3	13	5,6	9	3,9	145	62,2	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?; D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?; D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?; D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?; D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?; D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?; D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?; D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?; D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?; D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?; D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?; D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?; D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?; 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?

O atributo Coordenação – Integração de cuidados obteve um escore médio de 7,01 (mín. 0, máx. 10, DP 2,8, IC95% 6,3 - 7,7) conforme a Tabela 8. A grande maioria dos entrevistados respondeu que os profissionais de saúde, médico ou enfermeiro, os encaminhou para um serviço especializado e se mostraram interessados em saber dos resultados do atendimento neste outro serviço (Tabela 7). Ressalta-se que o atributo só é calculado para os 64 entrevistados que responderam “sim” ao item 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?”).

Tabela 8 – Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Coordenação - Integração de cuidados do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS</b>									7,01
E2	12	17,6	1	1,5	2	2,9	53	77,9	
E3	8	12,5	0	0,0	3	4,7	53	82,8	
E4	25	39,1	3	4,7	3	4,7	33	51,6	
E5	21	32,8	2	3,1	0	0,0	41	64,1	
E6	14	21,9	2	3,1	2	3,1	46	71,9	
E7	17	27,0	3	4,8	4	6,3	39	61,9	
E8	21	33,3	2	3,2	4	6,3	36	57,1	
E9	14	21,9	3	4,7	4	6,3	43	67,2	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. 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”?; E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?; E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?; E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?; E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta?; E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma

informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?; E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?; 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?; 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)?

A Tabela 9 corresponde à distribuição das respostas dadas aos itens que compõem o atributo Coordenação – Sistema de Informações. A média do escore, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 5,87 (mín. 0, máx. 10, DP 2,5, IC95% 5,5 - 6,2). Vale ressaltar que apenas 12,4% (n=29) dos usuários entrevistados respondeu com certeza sim quando questionados se poderiam ler ou consultar o seu prontuário caso quisessem.

Tabela 9 – Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Coordenação – Sistema de Informações do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES</b>									5,87
F1	71	30,5	7	3,0	7	3,0	148	63,5	
F2	38	16,3	25	10,7	24	10,3	146	62,7	
F3	73	31,3	110	47,2	21	9,0	29	12,4	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: 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); F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?; F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

O atributo Integralidade – serviços disponíveis foi avaliado por 22 perguntas e os dados referentes estão sumarizados na Tabela 10. O escore médio deste atributo foi de 5,28 (mín. 2,1, máx. 8,1, DP 1,3, IC95% 5,1 - 5,5). Alguns itens tiveram aproximadamente entre 70 a 90% de respostas “Com certeza, sim”. Estes foram sobre estar disponível no serviço: vacinas (imunizações), avaliação da saúde bucal (exame dentário), tratamento dentário, exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau) e cuidados pré-natais. Vale destacar que alguns itens tiveram expressiva quantidade de respostas negativas em conjunto (provavelmente, não e com certeza, não), a saber: aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas, aconselhamento para problemas de saúde mental, sutura de um corte que necessite de pontos, identificação de problemas visuais, colocação de tala, remoção de verrugas, remoção de unha encravada, aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento, e orientações sobre o que fazer caso um familiar fique incapaz de tomar

decisões sobre sua saúde). É importante lembrar que para o cálculo dos atributos, se para um entrevistado, a soma de respostas “não sei/não lembro” for inferior a 50% do total de itens de um componente, este é transformado em “provavelmente não”. Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Tabela 10 – Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Integralidade - Serviços disponíveis do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS</b>									5,28
G1	53	22,7	88	37,8	12	5,2	80	34,3	
G2	81	34,8	44	18,9	17	7,3	91	39,1	
G3	98	42,1	114	48,9	10	4,3	11	4,7	
G4	2	0,9	3	1,3	6	2,6	222	95,3	
G5	14	6,0	19	8,2	9	3,9	191	82,0	
G6	24	10,3	28	12,0	14	6,0	167	71,7	
G7	6	2,6	43	18,5	26	11,2	158	67,8	
G8	43	18,5	147	63,1	13	5,6	30	12,9	
G9	49	21,0	107	45,9	26	11,2	51	21,9	
G10	77	33,0	90	38,6	24	10,3	42	18,0	
G11	11	4,7	88	37,8	25	10,7	109	46,8	
G12	69	29,6	131	56,2	11	4,7	22	9,4	
G13	90	38,6	101	43,3	14	6,0	28	12,0	
G14	97	41,6	90	38,6	10	4,3	36	15,5	
G15	109	46,8	114	48,9	5	2,1	5	2,1	
G16	2	0,9	9	3,9	12	5,2	210	90,1	
G17	53	22,7	139	59,7	10	4,3	31	13,3	
G18	2	0,9	10	4,3	10	4,3	211	90,6	
G19	93	39,9	128	54,9	5	2,1	7	3,0	
G20	61	26,2	108	46,4	17	7,3	47	20,2	
G21	48	20,6	65	27,9	35	15,0	85	36,5	
G22	38	16,3	120	51,5	23	9,9	52	22,3	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.; G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.; G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).; G4 – Vacinas (imunizações).; G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).; G6 – Tratamento dentário.; G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.; G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).; G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.; G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.; G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.; G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).; G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).; G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).; G15 – Remoção de verrugas.; G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).; G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.; G18 – Cuidados pré-natais.; G19 – Remoção de unha encravada.; G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que



acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair); G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...; 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).

A média obtida pelo atributo Integralidade – serviços prestados foi de 3,59 (mín. 0, máx. 10, DP 2,2, IC95% 3,3 - 3,9). Vários itens tiveram uma grande proporção, aproximadamente entre 70 a 90%, de respostas “Com certeza, não” quando os usuários foram questionados se certos assuntos já foram ou são discutidos durante as consultas. Estes foram sobre: aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos para crianças ao andar de carro, maneiras de lidar com conflitos familiares, possíveis exposições a substâncias, posse de arma de fogo, prevenção de queimaduras, prevenção de quedas e prevenção de osteoporose (Tabela 11).

Tabela 11– Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Integralidade - Serviços prestados do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS</b>									3,59
H1	68	29,2	9	3,9	10	4,3	146	62,7	
H2	122	52,4	16	6,9	5	2,1	90	38,6	
H3	189	81,1	10	4,3	1	0,4	33	14,2	
H4	180	77,3	16	6,9	2	0,9	35	15,0	
H5	79	33,9	5	2,1	5	2,1	144	61,8	
H6	45	19,3	3	1,3	5	2,1	180	77,3	
H7	58	24,9	15	6,4	6	2,6	154	66,1	
H8	179	76,8	17	7,3	6	2,6	31	13,3	
H9	218	93,6	9	3,9	0	0,0	6	2,6	
H10	193	82,8	13	5,6	4	1,7	23	9,9	
H11	188	80,7	9	3,9	5	2,1	31	13,3	
H12	145	74,7	9	4,6	5	2,6	35	18,0	
H13	113	57,9	11	5,6	4	2,1	67	34,4	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.; H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.; H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.; H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.; H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. ;H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.; H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.; H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.; H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.; H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).; H11 – Como prevenir quedas.; H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.; H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.

De acordo com a Tabela 12, pode-se verificar que o atributo Orientação familiar obteve escore médio de 4,89 (mín. 0, máx. 10, DP 3,1, IC95% 4,5 - 5,3). A maioria dos entrevistados (62,2%, n=145) respondeu que profissional de saúde não pergunta a opinião deles ao planejar o seu cuidado ou de um familiar.

Tabela 12 – Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Orientação familiar do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>ORIENTAÇÃO FAMILIAR</b>									4,89
I1	145	62,2	9	3,9	9	3,9	70	30,0	
I2	80	34,3	6	2,6	8	3,4	139	59,7	
I3	41	17,6	87	37,3	53	22,7	52	22,3	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: I1 - O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?; I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?; I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

O último atributo avaliado, Orientação comunitária, obteve escore médio de 4,02 (mín. 0, máx. 10, DP 2,3, IC95% 3,7 - 4,3), conforme a Tabela 13. Destaca-se a alta proporção de respostas “com certeza, não” sobre a realização de pesquisas de satisfação com os usuários e pesquisas de identificação de problemas da comunidade. A maioria dos usuários (85,8%, n=200) nunca foi convidada para participar do Conselho Local de Saúde.

Tabela 13 – Distribuição de respostas dos usuários para os itens do atributo Orientação comunitária do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Item	Com certeza, não		Provavelmente, não		Provavelmente, sim		Com certeza, sim		Escore do atributo
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA</b>									4,02
J1	47	20,2	20	8,6	14	6,0	152	65,2	
J2	46	19,7	75	32,2	44	18,9	68	29,2	
J3	52	22,3	79	33,9	34	14,6	68	29,2	
J4	132	56,7	53	22,7	9	3,9	39	16,7	
J5	124	53,2	59	25,3	16	6,9	34	14,6	
J6	200	85,8	15	6,4	0	0,0	18	7,7	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador. Nota: J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?; J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?; J3 – O seu “nome do serviço de saúde/ ou nome

médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?; J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?; J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?; J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

A Tabela 14 apresenta a distribuição dos valores mínimos, máximos, médias e desvio padrão para cada um dos atributos da APS avaliados na cidade de Fortaleza – CE segundo os usuários adultos. De uma forma geral, fica perceptível que o atributo Acessibilidade de Primeiro Contato foi o que apresentou menor escore médio, 2,8. No que se refere ao Escore Essencial (média dos seis primeiros atributos), este ficou em 6,0, enquanto que o Escore Geral (média de todos os oito atributos) ficou com o valor de 5,7 (Tabela 14).

Tabela 14 – Resumo descritivo dos Escores Essencial e Geral e por atributo do questionário *PCATool* versão usuários adultos, Fortaleza – Brasil – 2019

Escores	Média	Mínimo	Máximo	Desvio-Padrão	IC de 95%
<b>Global</b>					
Escore Essencial	6,0	2,4	8,6	1,1	5,9 - 6,2
Escore Geral	5,7	2,1	8,7	1,2	5,5 - 5,9
<b>Por atributo</b>					
Grau de Afiliação (A)	9,7	6,7	10,0	0,9	9,6 - 9,9
Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B)	8,06	0,0	10,0	2,5	7,7 - 8,4
Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C)	2,83	0,0	6,9	1,5	2,6 - 3,0
Longitudinalidade (D)	6,38	0,7	10,0	1,9	6,1 - 6,6
Coordenação - Integração de Cuidados (E)	7,01	0,0	10,0	2,8	6,3 - 7,7
Coordenação - Sistema de Informações (F)	5,87	0,0	10,0	2,5	5,5 - 6,2
Integralidade - Serviços Disponíveis (G)	5,28	2,1	9,1	1,3	5,1 - 5,5
Integralidade - Serviços Prestados (H)	3,59	0,0	10,0	2,2	3,3 - 3,9
Orientação Familiar (I)	4,89	0,0	10,0	3,1	4,5 - 5,3
Orientação Comunitária (J)	4,02	0,0	10,0	2,3	3,7 - 4,3

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

## 4.2 Análise univariada

Nas tabelas a seguir encontra-se o comparativo do Escore Geral médio obtido pelo *PCATool* em relação as características coletadas na pesquisa. Aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis para verificar se o comportamento médio do escore comporta-se de maneira similar ou não entre as categorias das variáveis. Não foi possível detectar diferenças do escore geral entre as categorias das características analisadas nas Tabela 15, Tabela 16 e Tabela 17, p-valor > 0,05.

Tabela 15 – Análise univariada do escore geral médio do questionário *PCATool* versão usuários adultos em relação as características sociodemográficas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019

Variável	Categorias	Resumo descritivo		Escore Geral		p-valor
		n	%	Média	IC de 95%	
Raça	Outros	71	30,5	5,5	5,2 - 5,8	0,069
	Parda	162	69,5	5,8	5,6 - 6,0	
Sexo	Feminino	195	83,7	5,7	5,5 - 5,9	0,937
	Masculino	38	16,3	5,7	5,3 - 6,1	
Frequenta escola?	Não	173	74,2	5,8	5,6 - 6,0	0,081
	Sim	60	25,8	5,4	5,1 - 5,8	
Escolaridade	Fundamental	118	50,6	5,8	5,5 - 6,0	0,839
	Médio	92	39,5	5,6	5,4 - 5,9	
	Superior	23	9,9	5,7	5,3 - 6,2	
Situação de moradia:	Outros	73	31,3	5,6	5,3 - 5,9	0,304
	Própria	160	68,7	5,7	5,5 - 5,9	
Tipo de Domicílio:	Outros	31	13,3	5,5	5,1 - 6,0	0,392
	Casa	202	86,7	5,7	5,6 - 5,9	
Possui plano de saúde privado?	Não	208	89,3	5,7	5,6 - 5,9	0,366
	Sim	25	10,7	5,5	5,0 - 6,0	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador

Tabela 16 – Análise univariada do Escore Geral médio do questionário *PCATool* versão usuários adultos em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019

Variável	Categorias	Resumo descritivo		Escore Geral		p-valor
		n	%	Média	IC de 95%	
Tem alguma deficiência?	Não	209	89,7	5,7	5,5 - 5,9	0,926
	Sim	24	10,3	5,8	5,2 - 6,3	
Tem doença do coração?	Não	219	94,0	5,7	5,5 - 5,9	0,982
	Sim	14	6,0	5,6	4,8 - 6,5	
Tem ou teve problema nos rins?	Não	215	92,3	5,7	5,5 - 5,9	0,733
	Sim	18	7,7	5,7	5,0 - 6,3	
Tem doença no pulmão?	Não	223	95,7	5,7	5,5 - 5,8	0,112
	Sim	10	4,3	6,4	5,3 - 7,4	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Tabela 17 – Análise univariada do Escore Geral médio do questionário *PCATool* versão usuários adultos em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019

Variável	Categorias	Resumo descritivo		Escore Geral		p-valor
		n	%	Média	IC de 95%	
Está gestante?	Não	208	89,3	5,7	5,5 - 5,9	0,327
	Sim	25	10,7	5,6	5,1 - 6,1	
Está fumante?	Não	215	92,3	5,7	5,5 - 5,8	0,445
	Sim	18	7,7	5,9	5,1 - 6,7	
Faz uso de álcool?	Não	200	85,8	5,7	5,5 - 5,8	0,407
	Sim	33	14,2	5,9	5,5 - 6,3	
Tem pressão alta?	Não	160	68,7	5,7	5,5 - 5,9	0,631
	Sim	73	31,3	5,6	5,3 - 5,9	
Tem diabetes?	Não	203	87,1	5,7	5,5 - 5,8	0,259
	Sim	30	12,9	5,9	5,5 - 6,3	
Teve alguma internação nos últimos 12 meses?	Não	206	88,4	5,7	5,6 - 5,9	0,357
	Sim	27	11,6	5,5	5,0 - 6,0	
Teve diagnóstico de algum problema mental por profissional de saúde?	Não	197	84,5	5,7	5,5 - 5,9	0,434
	Sim	36	15,5	5,6	5,2 - 6,0	

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

A Tabela 18 mostra o Escore Geral médio obtido para cada uma das UAPS da pesquisa. A unidade Edilmar Norões obteve o menor escore (4,8) e a unidade Edmar Fujita obteve o maior escore (6,6), sendo a única dentre todas as unidades da pesquisa que pode ser considerada como altamente voltada para APS (escore  $\geq 6,6$ ).

Tabela 18 – Resumo descritivo e Escore Geral médio segundo questionário *PCATool* versão usuários adultos em relação as UAPS, com IC de 95%, Fortaleza – Brasil – 2019

Variável	Resumo descritivo		Escore Geral	
	n	%	Média	IC de 95%
Abel Pinto	6	2,6	5,6	5,6 - 5,2
Aida Santos	8	3,4	6,3	6,3 - 5,9
Alarico Leite	14	6,0	4,9	4,9 - 4,2
Anastácio Magalhães	24	10,3	6,2	6,2 - 5,7
Anísio Teixeira	12	5,2	5,9	5,9 - 5,2
Carlos Ribeiro	20	8,6	6,4	6,4 - 5,9
Edilmar Norões	12	5,2	4,8	4,8 - 4,0
Edmar Fujita	7	3,0	6,6	6,6 - 6,0
Flávio Marcílio	8	3,4	5,5	5,5 - 4,2
Gothardo Peixoto	6	2,6	5,3	5,3 - 4,1
Gutenberg Braun	13	5,6	5,2	5,2 - 4,6
Irmã Hercília	11	4,7	5,9	5,9 - 5,3
Luís Franklin	10	4,3	6,1	6,1 - 5,3
Mattos Dourado	12	5,2	6,2	6,2 - 5,3
Messejana	22	9,4	5,4	5,4 - 5,0
Osmar Viana	8	3,4	5,7	5,7 - 4,8
Paulo Marcelo	6	2,6	5,9	5,9 - 4,3
Turbay Barreira	8	3,4	5,6	5,6 - 4,0
Waldo Pessoa	26	11,2	5,2	5,2 - 4,8

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Na Tabela 19 encontra-se a comparação do Escore Geral e Essencial em relação as regionais. Foi possível encontrar resultados significativos,  $p$ -valor  $< 0,05$ , para ambos os escores. Na tabela é possível visualizar os resultados comparativos entre as médias das regionais. A comparação é feita em função do intervalo do intervalo de confiança, se os intervalos se sobrepõem há sinalização de similaridades, caso contrário há indícios de diferenças. Para melhor representar esses resultados, inserem-se as letras “a” e “b”: letras iguais sinalizam resultados estatisticamente iguais, letras diferentes sinalizam diferença no escore médio. Por exemplo, em relação ao Escore Geral, as regionais I, II e III produzem resultados similares, assim como as



Não	9,7	8,4	2,8	6,6	7,2	6,0	5,2	3,8	5,0	4,1
Sim	9,9	7,1	3,0	5,9	6,5	5,3	5,4	3,1	4,5	3,7
p-valor	<b>0,046</b>	<b>0,000</b>	0,220	<b>0,032</b>	0,269	0,119	0,639	<b>0,026</b>	0,244	0,341
<b>Escolaridade</b>										
Fundamental	9,9	8,4	2,8	6,4	6,9	5,9	5,3	3,6	4,7	4,1
Médio	9,6	7,9	2,7	6,3	7,0	5,9	5,3	3,5	4,9	4,0
Superior	9,7	6,7	3,3	6,6	7,5	5,8	5,2	3,6	5,8	3,7
p-valor	0,111	<b>0,004</b>	0,236	0,860	0,988	0,988	0,773	0,911	0,290	0,704
<b>Situação de moradia:</b>										
Outros	9,7	8,2	2,9	6,2	7,3	6,0	5,2	3,4	4,7	3,3
Própria	9,8	8,0	2,8	6,5	6,9	5,8	5,3	3,7	5,0	4,3
p-valor	1,000	0,473	0,529	0,428	0,594	0,483	0,545	0,379	0,629	<b>0,002</b>
<b>Tipo de Domicílio:</b>										
Outros	9,9	7,3	3,1	5,9	6,6	5,6	5,3	3,8	4,5	3,6
Casa	9,7	8,2	2,8	6,5	7,0	5,9	5,3	3,5	5,0	4,1
p-valor	0,477	0,237	0,324	0,203	0,937	0,579	0,913	0,488	0,412	0,271
<b>Possui plano de saúde privado?</b>										
Não	9,7	8,2	2,8	6,4	7,0	5,9	5,3	3,6	4,9	4,1
Sim	9,7	7,3	2,7	6,5	7,8	5,7	4,8	3,7	4,7	3,6
p-valor	1,000	0,228	0,534	0,812	0,737	0,643	0,086	0,658	0,744	0,377

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Tabela 21 – Escore médio dos atributos pertencentes ao *PCATool* em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019

Característica	Atributos									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>Tem alguma deficiência?</b>										
Não	9,7	8,0	2,8	6,3	6,9	5,9	5,3	3,6	4,9	4,0
Sim	9,9	8,2	3,2	6,8	9,1	5,9	5,1	3,3	4,9	4,5
p-valor	0,709	0,770	0,208	0,224	0,108	0,714	0,457	0,355	0,936	0,442
<b>Tem doença do coração?</b>										
Não	9,8	8,1	2,8	6,4	6,9	5,9	5,3	3,6	4,9	4,0
Sim	9,3	7,3	2,8	6,4	8,3	5,7	5,1	3,5	4,7	4,6
p-valor	0,083	0,195	0,896	0,998	0,339	0,537	0,920	0,984	0,839	0,740
<b>Tem ou teve problema nos rins?</b>										
Não	9,8	8,1	2,8	6,4	6,9	5,9	5,3	3,6	4,9	4,0
Sim	9,6	7,7	2,7	6,4	7,8	5,7	5,0	3,3	5,0	4,4
p-valor	0,639	0,427	0,625	0,787	0,475	0,727	0,367	0,770	0,895	0,849
<b>Tem doença no pulmão?</b>										
Não	9,7	8,0	2,8	6,4	6,8	5,9	5,3	3,6	4,8	4,0
Sim	9,7	9,0	3,5	6,8	9,8	5,8	5,5	4,2	6,3	4,9
p-valor	1,000	0,120	0,185	0,425	<b>0,010</b>	0,801	0,734	0,316	0,121	0,273

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.



Tabela 22 – Escore médio dos atributos pertencentes ao *PCATool* em relação as características epidemiológicas dos usuários, Fortaleza – Brasil – 2019

Característica	Atributos									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>Está gestante?</b>										
Não	9,8	8,1	2,8	6,4	7,0	5,9	5,3	3,6	4,9	4,2
Sim	9,5	7,6	3,0	6,5	10,0	6,1	5,3	3,3	5,1	2,9
p-valor	0,111	0,283	0,555	0,611	0,347	0,712	0,982	0,500	0,748	<b>0,010</b>
<b>Está fumante?</b>										
Não	9,8	8,0	2,8	6,4	7,1	5,9	5,2	3,5	4,8	3,9
Sim	9,6	8,8	2,7	6,5	5,6	5,0	5,6	4,2	5,4	4,9
p-valor	0,646	0,050	0,620	0,666	0,427	0,145	0,390	0,338	0,471	0,117
<b>Faz uso de álcool?</b>										
Não	9,8	7,9	2,8	6,4	7,0	5,9	5,2	3,6	4,9	4,0
Sim	9,6	9,1	3,1	6,2	6,9	5,8	5,7	3,6	5,1	4,2
p-valor	0,482	<b>0,011</b>	0,384	0,454	0,903	0,824	0,118	0,852	0,661	0,550
<b>Tem pressão alta?</b>										
Não	9,7	8,1	2,8	6,3	7,0	5,9	5,4	3,6	5,1	4,0
Sim	9,8	8,0	2,9	6,5	7,0	5,9	4,9	3,5	4,5	4,0
p-valor	0,797	0,788	0,788	0,582	0,971	0,942	<b>0,039</b>	0,930	0,170	0,686
<b>Tem diabetes?</b>										
Não	9,7	8,0	2,8	6,3	6,9	5,9	5,3	3,5	4,9	4,0
Sim	9,8	8,3	3,3	6,9	8,1	5,9	5,3	3,9	4,6	4,2
p-valor	1,000	0,498	0,158	0,144	0,270	0,954	0,706	0,168	0,666	0,961
<b>Teve alguma internação nos últimos 12 meses?</b>										
Não	9,7	8,1	2,8	6,4	7,1	6,0	5,3	3,6	4,9	4,1
Sim	9,8	7,9	2,7	6,3	6,1	5,2	5,2	3,4	4,8	3,4
p-valor	1,000	0,950	0,691	0,986	0,660	0,134	0,775	0,867	0,946	0,208
<b>Teve diagnóstico de algum problema mental por profissional de saúde?</b>										
Não	9,7	8,0	2,9	6,4	7,0	5,9	5,4	3,6	4,9	4,1
Sim	9,7	8,2	2,4	6,5	7,2	5,9	4,9	3,7	4,6	3,4
p-valor	1,000	0,801	0,066	0,762	0,991	0,844	<b>0,005</b>	0,817	0,555	0,055

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Nas Tabelas 23 e 24, encontra-se o resultado do modelo linear multinível envolvendo características dos usuários (Sexo, Raça, Possui alguma deficiência, Idade, Escolaridade, Possui plano de saúde) e características das UAPS (Número total de Equipes eAB, Número de médicos em ESF, Número de agentes comunitários e Tempo de espera e se a unidade possui Programa de Residência de MFC) sobre o Escore Geral e Escore Essencial, respectivamente. “Coef”

representa o coeficiente de regressão, ou seja, o quanto é acrescido ou diminuído no valor do desfecho Escore Geral pelas variáveis do modelo.

Tabela 23 – Resultado do modelo de regressão multinível do Escore Geral segundo questionário *PCATool* versão usuários adultos de qualidade através das características individuais dos usuários e de estrutura das UAPS, variáveis das unidades na forma original, Fortaleza – Brasil – 2019

Variável	Coef	Erro padrão	Estatística t	p-valor	IC de 95% para Coef
Constante	5,424	0,546	9,936	<0,001	4,3 - 6,5
<b>Informações dos usuários</b>					
Sexo Masculino	-0,036	0,237	-0,151	0,880	-0,5 - 0,4
Raça: Parda	0,281	0,172	1,631	0,104	-0,1 - 0,6
Possui alguma deficiência	0,127	0,277	0,457	0,648	-0,4 - 0,7
Idade	0,000	0,005	-0,088	0,930	0,0 - 0,0
Escolaridade: Fundamental	-0,070	0,306	-0,228	0,820	-0,7 - 0,5
Escolaridade: Médio	-0,188	0,298	-0,632	0,528	-0,8 - 0,4
Escolaridade: Superior (referência)	-	-	-	-	-
Possui plano de saúde	-0,222	0,258	-0,860	0,391	-0,7 - 0,3
<b>Informações das unidades de saúde</b>					
Número total de Equipes eAB	-0,298	0,086	-3,457	<b>0,007</b>	-0,5 - -0,1
Número de médicos em ESF	0,206	0,116	1,782	0,098	0,0 - 0,5
Número de agentes comunitários	0,034	0,013	2,579	<b>0,020</b>	0,0 - 0,1
Tempo de espera (em dias)	-0,001	0,004	-0,273	0,787	0,0 - 0,0
Possui Residência de Medicina de Família e Comunidade	0,635	0,203	3,120	<b>0,005</b>	0,2 - 1,1

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Tabela 24 – Resultado do modelo de regressão multinível do Escore Essencial segundo questionário *PCATool* versão usuários adultos de qualidade através das características individuais dos usuários e de estrutura das UAPS, variáveis das unidades na forma original, Fortaleza – Brasil – 2019

Variável	Coef	Erro padrão	Estatística t	p-valor	IC de 95% para Coef
Constante	5,412	0,424	12,762	<0,001	4,6 - 6,3
<b>Informações dos usuários</b>					
Sexo Masculino	0,076	0,212	0,358	0,721	-0,3 - 0,5
Raça: Parda	0,275	0,154	1,783	0,076	0,0 - 0,6
Possui alguma deficiência	-0,003	0,248	-0,012	0,991	-0,5 - 0,5
Idade	0,002	0,004	0,346	0,730	0,0 - 0,0
Escolaridade: Fundamental	0,112	0,274	0,407	0,684	-0,4 - 0,7
Escolaridade: Médio	-0,007	0,268	-0,024	0,981	-0,5 - 0,5
Escolaridade: Superior (referência)	-	-	-	-	-
Possui plano de saúde	-0,098	0,232	-0,423	0,673	-0,6 - 0,4

---

**Informações das unidades de saúde**

Número total de Equipes eAB	-0,272	0,091	-2,975	<b>0,013</b>	-0,5 - -0,1
Número de médicos em ESF	0,229	0,120	1,906	0,079	0,0 - 0,5
Número de agentes comunitários	0,027	0,014	2,009	0,062	0,0 - 0,1
Tempo de espera (em dias)	-0,001	0,004	-0,238	0,814	0,0 - 0,0
Possui Residência de Medicina de Família e Comunidade	0,527	0,204	2,576	<b>0,018</b>	0,1 - 1,0

---

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Tabela 25 – Resultado médio do Escores Geral, Essencial e atributos segundo questionário PCATool versão usuários adultos em relação as UAPS, Fortaleza – Brasil – 2019.

Unidade de saúde	Escore Geral	Escore essencial	Grau de Afiliação (A)	Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B)	Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C)	Longitudinalidade (D)	Coordenação - Integração de Cuidados (E)	Coordenação - Sistema de Informações (F)	Serviços Disponíveis (G)	Serviços Prestados (H)	Orientação Familiar (I)	Orientação Comunitária (J)
Abel Pinto	5,6	6,1	10,0	10,0	2,7	6,9	10,0	4,4	4,5	3,7	4,1	3,2
Aida Santos	6,3	6,5	10,0	9,0	3,4	6,3	6,3	7,5	5,0	4,1	6,8	4,2
Alarico Leite	4,9	5,3	9,8	6,9	2,4	5,2	7,1	4,8	4,3	2,9	3,9	3,0
Anastácio Magalhães	6,2	6,4	8,8	8,3	2,9	7,0	7,9	6,6	5,5	4,6	5,6	4,7
Anísio Teixeira	5,9	6,3	9,4	9,9	3,7	5,6	10,0	5,4	5,7	4,0	4,9	3,8
Carlos Ribeiro	6,4	6,7	9,5	8,8	3,0	7,6	8,9	7,2	6,2	4,3	6,5	3,5
Edilmar Norões	4,8	5,1	10,0	7,5	1,9	5,6	2,4	3,6	4,2	2,8	4,0	2,9
Edmar Fujita	6,6	6,8	10,0	8,9	3,6	7,0	7,8	7,8	6,0	4,1	6,0	5,9
Flávio Marcílio	5,5	6,0	10,0	7,8	3,0	5,9	-	5,7	5,9	3,8	4,0	4,0
Gothardo Peixoto	5,3	5,5	10,0	8,1	3,2	5,7	-	3,3	5,7	2,9	6,9	2,4
Gutenberg Braun	5,2	5,4	10,0	8,5	2,1	5,0	8,8	4,4	4,7	2,8	4,9	4,4
Irmã Hercília	5,9	6,3	10,0	7,2	4,1	6,7	9,4	6,4	6,3	3,3	4,6	4,3
Luís Franklin	6,1	6,5	9,3	8,3	3,7	7,2	5,2	6,3	5,5	5,2	5,0	4,4
Mattos Dourado	6,2	6,5	10,0	8,2	2,9	7,6	7,2	6,2	5,8	3,8	4,2	5,7
Messejana	5,4	5,8	10,0	7,2	2,7	6,6	8,8	5,4	5,1	3,1	4,3	3,7
Osmar Viana	5,7	6,1	9,6	9,9	2,5	6,3	7,1	6,5	4,9	2,8	3,9	4,4
Paulo Marcelo	5,9	6,1	10,0	7,2	3,6	5,7	4,6	7,8	5,8	3,5	5,6	4,6
Turbay Barreira	5,6	5,9	10,0	7,8	2,3	5,7	6,9	5,7	5,6	3,7	4,4	4,3
Waldo Pessoa	5,2	5,6	10,0	6,8	2,1	6,1	5,2	6,2	4,9	3,0	4,2	3,8
p-valor	<b>0,015</b>	<b>0,004</b>	0,097	<b>0,001</b>	<b>0,037</b>	<b>0,023</b>	0,346	<b>0,004</b>	<b>0,021</b>	0,543	0,817	0,084

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico dos participantes do estudo

Travassos *et al.* (2004) afirmam que o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. Os autores destacam que os determinantes da utilização dos serviços passam pelas necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência das doenças). Outros fatores de procura de serviços seriam características sociodemográficas dos usuários, como idade, sexo, moradia, situação econômica, escolaridade e aspectos culturais. Associado a estes, há também os fatores relacionados aos prestadores de serviços de saúde, como características do profissional de saúde, recursos disponíveis, acesso, financiamento, tipo de sistema de saúde, dentre outros (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Assim, quando se propõe avaliar um serviço de saúde, é importante também analisar as características dos usuários deste serviço.

Quanto às características sociodemográficas dos 233 participantes desta pesquisa, a maioria, 83,7% (n=195), era de mulheres (Tabela 1). Historicamente, vários estudos mostram que a maior parte dos usuários dos serviços de saúde no Brasil são mulheres. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 1998, mostram que as mulheres referiam, com mais frequência do que os homens, ter um serviço de saúde que utilizam regularmente (73,6% e 68,7%, respectivamente) e um percentual maior de mulheres (62,3%), em relação aos homens (46,7%), referia ter realizado consultas médicas ao longo dos últimos 12 meses (PINHEIRO *et al.*, 2002). Já dados da PNAD de 2003, onde foram entrevistadas 384.834 pessoas em todo território nacional, mostram que dentre os indivíduos atendidos pelo SUS, havia o predomínio de mulheres (2:1) (RIBEIRO *et al.*, 2006). Um estudo transversal, de agosto de 2008 a fevereiro de 2009, realizado com 12.402 adultos brasileiros entre 20 e 59 anos, residentes nas áreas urbanas de 100 municípios, de 23 estados brasileiros, que teve como objetivo descrever os padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil, mostrou que a utilização de serviços médicos foi maior entre as mulheres (42,1%) do que entre os homens (25,1%) (DILÉLIO *et al.*, 2014). Pode-se afirmar que a maior utilização dos serviços de saúde por mulheres se dá em razão das características do gênero (início da idade reprodutiva, controle da fecundidade e exames ginecológicos preventivos), diferentes fatores de adoecimento, forma diferente de perceber saúde e doença (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), e feminilização do envelhecimento (DILÉLIO *et al.*, 2014; PINHEIRO *et al.*, 2002). Um estudo

transversal, realizado com 320 entrevistas em Ribeirão Preto – SP, em 2011, revelou que os fatores associados à não procura por serviços de saúde foram: sexo masculino, horário de funcionamento das unidades de saúde, horário de trabalho do usuário e não possuir nenhuma doença. Já os fatores facilitadores da procura por serviços de saúde foram: sexo feminino e idade entre 26 e 49 anos (LEVORATO *et al.*, 2014).

Neste estudo, a idade variou entre 18 e 85 anos (média: 43,7, DP 16,175, IC95%: 41,7 - 45,9), sendo a maior parte (55,3%) na faixa etária entre 30 e 59 anos. Indivíduos com mais idade utilizam mais os serviços de saúde, principalmente por apresentarem múltiplas doenças crônicas (BRASIL, 2006). Dados referentes a 205 mil brasileiros, entrevistados durante a PNS de 2013, revelam que no grupo de 60 anos de idade, 83,5% haviam se consultado com médico nos 12 meses prévios a pesquisa e 25% haviam procurado atendimento de saúde nas duas semanas prévias (STOPA *et al.*, 2017). O Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil), coorte de base populacional nacional, realizado em 2015 e 2016 com 9.412 pessoas com 50 anos ou mais de idade, evidenciou que quase 83% dos participantes tiveram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. O ELSI também evidenciou obstáculos vivenciados por esta faixa etária no acesso à APS, que foram menores em serviços com ESF (MACINKO *et al.*, 2018). Um estudo realizado com residentes da Região Metropolitana de Belo Horizonte – MG (indivíduos com 60 ou mais anos de idade, n=1.786, e 20-59 anos de idade, n=12.065), mostrou que tanto adultos jovens quanto idosos, ambos com menor escolaridade, submeteram-se menos frequentemente a serviços preventivos de saúde (LIMA-COSTA, 2004). Assim, compreende-se que a idade, associada a outros fatores sociodemográficos, influencia na utilização de serviços de saúde.

Em relação ao quesito raça/cor, 69,5% (n=162) dos participantes se auto declararam pardos, 20,2% (n=47) brancos, 8,6% (n=20) pretos e 1,7% (n=4) amarelos (Tabela 1). Esse dado está de acordo com os dados do último Censo Nacional Brasileiro, realizado pelo IBGE em 2010, cuja proporção de pardos na população de Fortaleza foi de 57,21% (IBGE, 2019). Frequentemente a cor da pele está associada à classe econômica, mostrando correlação entre acesso a cuidados médicos e o poder aquisitivo do indivíduo, determinando a utilização dos serviços de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2009; DILÉLIO *et al.*, 2014). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, realizada com 60.202 adultos, mostram que a dificuldade de acesso a atendimento em serviços de saúde foi de 18,11% dentre os sujeitos da pesquisa e esta estava associada à cor da pele negra (DANTAS, 2019). Um estudo realizado com dados da PNAD de 2003 mostrou que ser negro ou pardo é um fator associado à utilização do SUS (RIBEIRO, *et al.*, 2006).

A literatura tem apontado que pessoas de maior poder aquisitivo e maior escolaridade têm utilizado mais os serviços de saúde de modo geral e também recebido mais atendimento médico, gerando possíveis situações de iniquidade (DILÉLIO *et al.*, 2014). No presente estudo, referente ao aspecto escolaridade, apenas 25,8% dos participantes afirmou frequentar escola no momento da pesquisa, e 25,2% (n=59) dos participantes possuíam menos de 4 anos de escolaridade (analfabetos, Escolarização e Ensino Fundamental até 4ª série). O maior percentual, 38,2% (n=89) possuíam Ensino Médio completo (Tabela 1). Esses achados foram semelhantes a dados nacionais. Analisando dados da PNAD de 1998 a 2008, pesquisadores evidenciaram que nas zonas urbanas brasileiras o maior acesso à serviços de saúde se dá em extremos, entre os indivíduos sem escolaridade e entre os indivíduos com 12 anos ou mais de escolaridade. No grupo de escolaridade mais elevada, o maior acesso foi devido à melhor percepção do estado de saúde e a maior procura por serviços preventivos (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Outra análise de dados da PNAD 2003 e 2008 encontrou menor utilização de serviços de saúde e menor proporção de consultas médicas em população de menor escolaridade (BARROS *et al.*, 2006). Especificamente em Fortaleza – CE, foi realizado um estudo qualitativo com um grupo focal de 45 participantes no Grande Bom Jardim (região de alta vulnerabilidade social da SER V do município). Os resultados mostraram repercussão positiva na saúde do morador, decorrente da implementação de políticas sociais que reduziram o analfabetismo e propiciaram o acesso à escola (RIBEIRO *et al.*, 2018). Em 2015, no Distrito Federal (DF), foram analisados fatores relacionados à primeira escolha para utilização de serviços de saúde e fatores sociodemográficos associados à procura pela APS, em uma população de 2.007 adultos do inquérito telefônico nacional (Vigitel). Observou-se que maior escolaridade (possuir ensino médio [OR=0,37 - IC<sub>95%</sub> 0,18;0,75] ou pós-graduação [OR=0,15 - IC<sub>95%</sub> 0,04;0,59]) e não possuir plano privado de saúde (OR=27,77 - IC<sub>95%</sub> 10,61;72,70) foram variáveis associadas com a procura por serviços de APS (POÇAS *et al.*, 2019).

A Tabela 1 mostra que apenas 10,7% (n=25) dos entrevistados desta pesquisa possuíam plano de saúde privado. Tal achado é compatível com estudos anteriores, que mostram a utilização de serviços públicos por indivíduos com planos de saúde. Mais de um em cada quatro brasileiros têm seguro de saúde privado (em 2013, 27,9% dos brasileiros) (VIACAVA; BELLIDO, 2016). Uma revisão de literatura, que incluiu 31 trabalhos publicados de 1990 a 2017 sobre a utilização do SUS por segurados particulares, mostrou que os segurados particulares no Brasil utilizam o SUS em aproximadamente 13% das vezes em que recebem assistência médica e aproximadamente 7% das pessoas que recebem assistência paga pelo SUS são seguradas em particular. A revisão também mostrou que as pessoas com seguros de saúde privados estão

satisfeitas com o SUS, mas não a ponto de adotá-lo como sua fonte preferida de atendimento (FONTENELLE *et al.*, 2019).

Como dito anteriormente, a presença de comorbidades também é um fator relacionado ao uso de serviços de saúde. Neste estudo, quanto a presença de características epidemiológicas relacionadas à comorbidades clínicas, 89,7% (n=209) dos entrevistados não possuíam nenhum tipo de deficiência, 94% (n=219) não possuíam doença cardíaca, 92,3% (n=215) não possuíam doença renal e 95,7% (n=223) não possuíam doença pulmonar (Tabela 2). Sobre outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), 31,3% (n=73) dos participantes era hipertenso, 12,9% (n=30) era diabético e 15,5% (n=26) possuía algum diagnóstico de transtorno mental. Uma minoria dos usuários entrevistados estava gestante (10,7%, n=25); 7,7% (n=18) era fumante e 14,2% (n=33) fazia uso de álcool (Tabela 3). Baseado na literatura existente, era esperado encontrar, dentre os usuários entrevistados na pesquisa, aqueles com mais comorbidades, por serem os que mais se consultam.

A procura por serviços de saúde nas duas últimas semanas esteve mais relacionada com a existência de doenças crônicas, segundo dados da PNAD de 1998 e 2008. Entre aqueles com quatro ou mais doenças crônicas, 43% procuraram o serviço de saúde nas áreas urbanas (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). Resultados da PNS de 2013 mostram que, dos 45% de adultos que relataram possuir DCNT, um quarto usou serviços de saúde nas duas últimas semanas. Pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços comparado com os adultos sem DCNT. O consumo de serviços de saúde segundo escolaridade mostrou que aqueles que estudaram menos e têm DCNT tiveram maior prevalência de consulta médica nos últimos 12 meses. Usuários com DCNT e maior escolaridade usaram mais serviços, comparados com os menos escolarizados (MALTA *et al.*, 2017). Já um estudo de base populacional com 3.100 adultos, em Pelotas – RS, em 2003, mostrou uma maior probabilidade de consultar um médico nos últimos 3 meses associada às mulheres, hospitalização no ano anterior, ex-tabagismo, diabetes e hipertensão arterial. A prevalência de superutilização ( $\geq 4$  consultas médicas no ano) foi de 9%, associada positivamente ao sexo feminino, hospitalização no ano anterior e história de hipertensão (CAPILHEIRA; SANTOS, 2006).

Os dados de prevalência de características sociodemográficas e epidemiológicas deste estudo mostram que os usuários do serviço público de APS em Fortaleza, participantes da pesquisa, foram em sua maioria: mulheres, na faixa etária entre 30 e 59 anos, portadores de alguma DCNT, em extremos de escolaridade (menos de 4 anos ou com 12 anos ou mais de estudo) e sem plano de saúde privado. Alguns desses achados não foram corroborados por um estudo prévio que, utilizando modelos multivariados de regressão logística e dados da PNAD de



2013, mostrou uma maior probabilidade de subutilização de assistência médica entre adultos mais jovens, aqueles sem educação formal ou ensino fundamental incompleto, e sem seguro de saúde privado (BOCCOLINI; SOUZA JUNIOR, 2016). Outros estudos mostram que os serviços de saúde são mais utilizados pelas mulheres, por crianças e idosos, pelos mais ricos e mais escolarizados, por detentores de planos de saúde, e por aqueles que apresentam morbidade (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002). Porém, deve-se levar em conta a análise da utilização de todos os tipos de serviços, públicos e privados.

Dessa forma, os dados são apoiados por um outro estudo que levou em conta apenas usuários do SUS de acordo com a PNAD de 2003. Dentre os usuários do SUS há predomínio de mulheres, crianças, pretos e pardos, baixa escolaridade (52,8% com até 3 anos de estudo) e baixa renda (concentração nos quatro primeiros quintis de renda familiar *per capita*) e sem posse de plano de saúde privado (RIBEIRO *et al.*, 2006). Um estudo exploratório, feito com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, realizada entre 2014 e 2015, com 8.676 usuários de unidades básicas de saúde, mostrou que: 75,8% eram mulheres; 53,7% com ensino fundamental; 50,5% se autodeclararam pardo; 9,8% possuía plano de saúde; 38,6% com hipertensão; 13,6% com diabetes; e 18,5% com depressão (GUIBU *et al.*, 2017).

## **5.2 Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde**

Como representado anteriormente na Tabela 14, dentre as médias de cada um dos atributos da APS avaliados na cidade de Fortaleza – CE segundo 233 usuários adultos, o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” foi o que apresentou menor escore médio, 2,8, e o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” foi o que apresentou o maior escore médio 8,1. No que se refere ao Escore Essencial (média dos seis primeiros atributos), este ficou em 6,0, enquanto que o Escore Geral (média de todos os oito atributos) ficou com o valor de 5,7. Esses resultados a fraca inclinação dos serviços públicos de atenção básica de Fortaleza em relação aos atributos da APS na perspectiva dos usuários. Vale lembrar que o alto escore de APS é considerado quando atinge valor igual ou superior a 6,60, o que equivale, dentro de uma escala de 1 a 4, valor 3 (provavelmente, sim). Além disso, o “Grau de Afiliação” não é considerado atributo da APS, mas sim o componente estrutura da “Longitudinalidade”, sendo incluído no cálculo dos Escores Essencial e Geral, e visa identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados de saúde do entrevistado (BRASIL, 2010).

Os valores médios dos atributos “Coordenação do cuidado”, “Integralidade”, “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária” achados neste estudo foram semelhantes aos valores de um estudo prévio que também utilizou o *PCATool* em Fortaleza. Tomé (2016) aplicou o *PCATool* versão crianças a 120 cuidadores de crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à APS pelo diagnóstico de doenças gastrointestinais, asma e pneumonia em dois hospitais de Fortaleza – CE no ano de 2016. Os resultados encontrados pela autora foram: “Coordenação – Integração de cuidados” 4,08; “Coordenação – Sistema de informações” 5,96; “Integralidade – Serviços disponíveis” 4,95; “Integralidade – Serviços prestados” 4,30; “Orientação familiar” 4,52 e “Orientação comunitária” 3,36 (TOMÉ, 2016). Já os valores encontrados sob a ótica dos usuários adultos em 2019 em nosso estudo foram: “Coordenação – Integração de cuidados” 7,0; “Coordenação – Sistema de informações” 5,90; “Integralidade – Serviços disponíveis” 5,3; “Integralidade – Serviços prestados” 3,6; “Orientação familiar” 4,9; e “Orientação comunitária” 4,0. Percebe-se, que com exceção do atributo “Coordenação-Integração de cuidados”, que obteve média 7 em comparação a média 4,08 achada por Tomé. Este atributo compreende itens sobre referência e contra referência da APS para outros níveis de atenção à saúde, e é importante destacar que, no estudo de Tomé, a procedência das crianças era tanto de Fortaleza quanto de outros municípios da Região Metropolitana e do interior do Ceará. Em Fortaleza os encaminhamentos na RAS são feitos de forma padronizada e eletrônica, diferente de outros municípios, o que pode explicar a diferença entre os estudos.

Dados do estudo anterior, referentes aos atributos “Acesso de Primeiro Contato” e “Longitudinalidade” foram publicados em um artigo separadamente. O atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” foi 3,09; “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” foi 5,34; e “Longitudinalidade” foi 4,39 (BENEVIDES *et al.*, 2018b).

Outros dois estudos foram realizados anteriormente em Fortaleza utilizando o *PCATool*, com o objetivo de avaliar a APS, porém foram realizados com profissionais de saúde. Entre agosto de 2015 a junho de 2016, 451 profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e dentistas), de 97 UAPS, responderam o *PCATool* versão para profissionais. O Escore Essencial foi 6,05 e o Escore Geral foi 6,34, evidenciando baixa qualidade da APS (ROLIM *et al.*, 2019). Em 2013, um outro estudo aplicou o *PCATool* versão para profissionais em 60 profissionais da ESF (médicos e enfermeiros) em 30 UAPS. O Escore Essencial foi 6,32 e o Escore Geral foi 6,93 (SALES, 2013). Interessante perceber que os valores médios de todos os atributos foram bem similares nos estudos de 2013 e 2016. Nota-se que o Escore Essencial na opinião dos profissionais nos dois estudos foi próximo ao valor obtido na opinião dos usuários adultos (6,0), porém o Escore Geral (que inclui os atributos Orientação familiar e comunitária) foi maior nos

dois estudos sob ótica dos profissionais comparado à percepção dos usuários (5,7). Tal fato já foi demonstrado antes, reforçando que a percepção do profissional costuma superestimar a orientação à APS em relação a estudos com usuários (KOLLING, 2008).

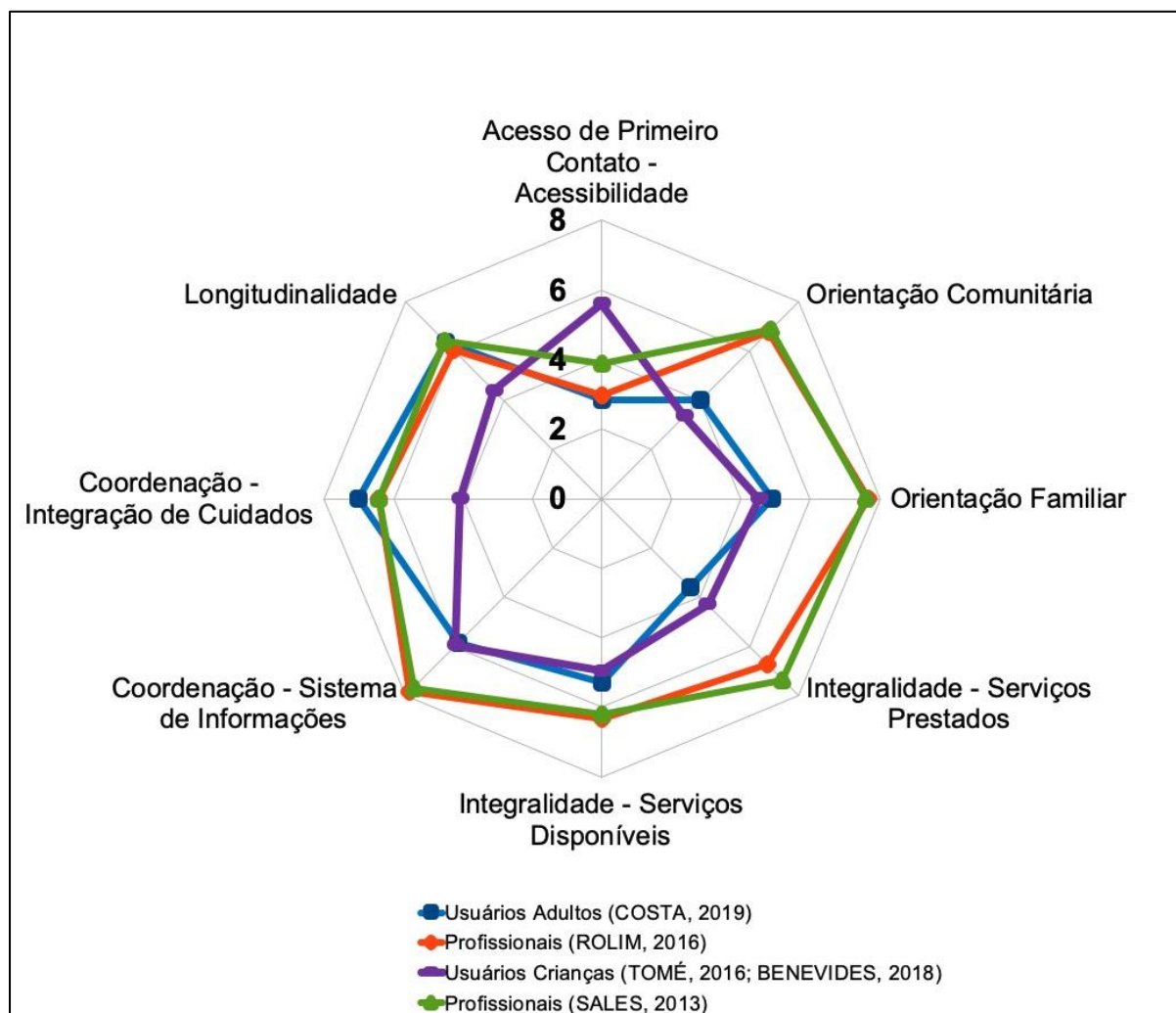
O *PCATool* também foi utilizado em outras cidades do estado do Ceará. Carneiro *et al.* aplicaram o *PCATool* a 98 profissionais da ESF e 607 usuários adultos da APS de Sobral (28 centros de saúde distribuídos em distritos e na sede no município), na região Norte do Ceará, entre agosto de 2010 a maio de 2012, a fim de avaliar o atributo Coordenação. A média do atributo “Coordenação: integração dos cuidados” foi 6,74 na opinião dos usuários (variando de 3,45 a 9,17). Já na visão dos profissionais, o atributo teve escore médio de 7,05 (variando de 4,72 a 8,33). A média do atributo “Coordenação: sistemas de informação” foi 7,67 (variando de 6,48 a 9,1). Para os profissionais, a média foi 8,57 (CARNEIRO *et al.*, 2014). Observa-se valores mais altos para os profissionais em relação à opinião dos usuários. Tais valores são também semelhantes aos achados neste estudo e nos outros realizados em Fortaleza.

Em Juazeiro do Norte, município da região do Cariri no Ceará, foi realizado um estudo com o *PCATool* para avaliar a presença e extensão do atributo “Orientação Comunitária” da APS na perspectiva dos usuários adultos. Foram entrevistados 627 usuários adultos, em 14 Unidades Básicas de Saúde, no período de outubro de 2016 a junho de 2017. A avaliação do atributo foi negativa, com escore médio de 3,8. O Escore Essencial alcançou média de 6,6 e o Escore Geral média de 6,4 (RODRIGUES *et al.*, 2019). Os valores achados foram maiores dos que foram encontrados em Fortaleza.

O Escore Essencial (EE) (6,0) e o Escore Geral (EG) (5,7) do presente estudo foram superiores a algumas outras investigações realizadas no Brasil, especificamente nos estados de Minas Gerais (EE: 5,64 e EG: 5,67) (SILVA, 2014), Rio Grande do Sul (EE: 5,41 e EG: 5,2) (HARZHEIM *et al.*, 2013), Rio de Janeiro (EE: 5,93 e EG: 5,73) (HARZHEIM *et al.*, 2016) e Paraná (EE: 5,75 e EG: 5,12) (PIERI, 2013).

O gráfico abaixo representa a comparação entre os atributos da APS encontrados nos 4 estudos realizados em Fortaleza utilizando o *PCATool* entre os anos de 2013 a 2019 (Gráfico 3).

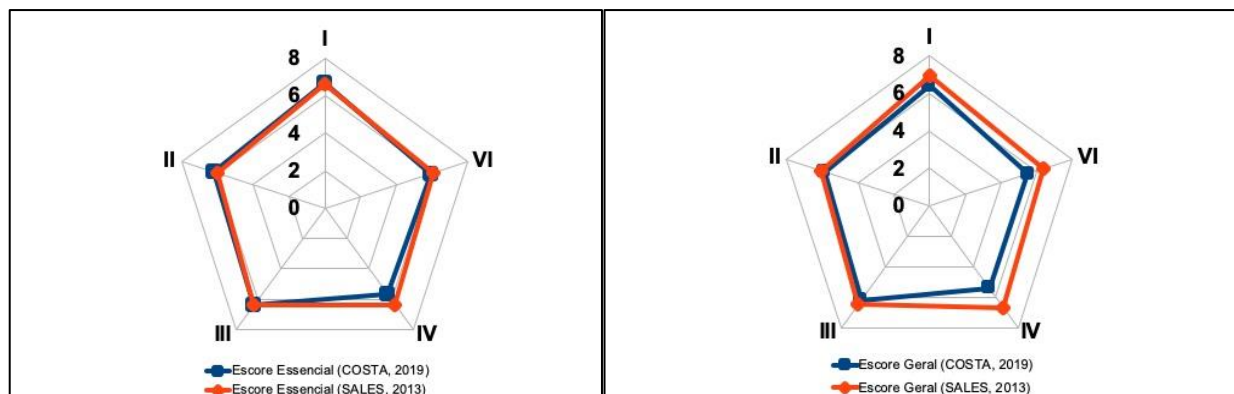
Gráfico 3 – Comparação entre os escores médios dos atributos da APS encontrados em 4 estudos realizados em Fortaleza – CE



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Comparando-se as Regionais, a SER I foi a que obteve maiores Escore Essencial e Escore Geral, 6,7 E 6,4 respectivamente. Entretanto, nesta Regional, foi avaliada apenas uma UAPS, Carlos Ribeiro. Nenhuma das Regionais obteve escores acima de 6,6 (Tabela 19). O gráfico abaixo compararam os escores médios Essencial e Geral obtidos por cada regional sob a ótica de usuários adultos neste trabalho com os resultados obtidos sob a ótica de profissionais em 2013 (SALES, 2013). Observa-se diferença apenas no Escore Geral das SER IV e VI (Gráfico 4).

Gráfico 5 – Comparação entre os escores Essencial e Geral médios dos atributos da APS encontrados no presente estudo e estudo prévio realizado com profissionais de saúde em Fortaleza – CE, 2013 e 2019



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

### 5.3 Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B) e Acessibilidade (C)

O atributo “Atenção de Primeiro Contato” envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis (uma característica estrutural ou de capacidade da atenção) e a utilização destes serviços quando surge uma necessidade de atenção (uma característica do processo ou desempenho da atenção) (STARFIELD, 2002). O conceito envolve a ideia de que existe uma porta de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este deve ser de fácil acesso e conveniente, sendo necessária a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

“Acesso” é um conceito muitas vezes empregado de forma pouco clara em relação com o uso de serviços de saúde, variando entre autores e contextos. Além disso, há frequentemente o uso intercalado e ambíguo com o termo “Acessibilidade”, para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Donabedian, por exemplo, empregava o substantivo acessibilidade. Embora os dois termos sejam frequentemente utilizados como sinônimos, têm significados diferentes (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A “Acessibilidade” possibilita que as pessoas cheguem aos serviços (é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde). “Acesso” é a forma como o usuário experimenta esta característica do serviço (STARFIELD, 2002). Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como fatores relacionados à necessidade de saúde, às características dos usuários, aos prestadores de serviços, à organização do sistema e à política de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A Tabela 5 apresenta a distribuição das respostas dadas aos itens que compõem o atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” segundo os usuários adultos de Fortaleza. A

média do escore, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 8,06, (mín. 0, máx. 10, DP 1,5, IC95% 7,7-8,4) mostrando que a maior parte dos usuários entrevistados utiliza as UAPS como fonte primária de atenção à saúde. A grande maioria dos entrevistados respondeu “Com certeza, sim” para as três perguntas que compõem o atributo. Para o item 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?), 85% (n=198) responderam “Com certeza, sim”, o que reforça a APS como nível de atenção preferencial responsável pela prevenção e promoção de saúde.

Segundo a PNAB de 2017, compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação da APS, sendo responsabilidade dos municípios de organizar os serviços para permitir que a APS atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS. Um de seus princípios é a universalidade, que implica no estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento, lógica de organização e funcionamento que parte do princípio de que as equipes de saúde devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades (BRASIL, 2017). As outras portas de entrada do SUS, de acordo com o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, são: serviços de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Um estudo, utilizando dados da PNS de 2013, investigou a associação da ESF com a existência de uma fonte usual de cuidados (serviço ou profissional que o indivíduo sempre procura quando está com problemas de saúde). Os resultados demonstraram que a maioria da população (74,4%) referiu possuir uma fonte usual de cuidados, que em mais de um terço dos casos era uma unidade de APS. Foi demonstrado forte associação positiva (RP:1.63;95 % IC:1.54–1.73) entre ser cadastrado na ESF e referir ter como fonte usual de cuidados uma unidade de APS, e negativa (RP: 0.67; 95 % IC: 0.59–0.76) com a referência a unidades de emergência/urgência como fonte usual de cuidados, o que foi mais forte nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2016). Estes dados confirmam a alta utilização da APS no Brasil.

Para o item 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?) apenas 66,1% (n=154) responderam “Com certeza, sim”. Tal percentual pode estar relacionado a concepção dos usuários de que os serviços de APS são para atendimentos eletivos ou cuidados

de doenças crônicas e não casos agudos ou de urgência, levando-os a buscarem atendimento em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Um estudo transversal, realizado com 197 pacientes, que procuraram espontaneamente o pronto-socorro (PS) do Hospital do Trabalhador em Curitiba – PR, mostrou que: apenas 47% entendiam a real função do PS em atender casos graves; mesmo após esclarecimento sobre a função do PS em atender os casos graves, 73% afirmaram que teriam vindo da mesma forma ao PS. Dentre os motivos de buscar o PS e não uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a maioria referia a maior resolutividade do PS (PIMENTEL *et al.*, 2016). Estudo semelhante, realizado com 997 usuários, de 10 UBS e 7 UPA de Belo Horizonte – MG, mostrou que a principal demanda em ambos os serviços investigados (18% a 38% nas UBS e de 51,1% a 74,4% nas UPA) é por consultas médicas e por procedimentos de enfermagem, motivada por afecções leves (gripes, amigdalites, dermatite, tosse, febre, conjuntivite, dor lombar, vômito, diarreia, dor no corpo, dor de dente, entre outros), passíveis de atendimento na APS (PIRES *et al.*, 2013). Os autores verificaram a duplicidade na utilização dos serviços, o que pode também ocorrer em Fortaleza, já que o município possui 12 UPA, distribuídas nas 6 Regionais, algumas distando até menos de 1km de uma UAPS.

Por tanto, em Fortaleza seria necessária uma maior integração dos serviços de APS e a rede de urgência e emergência para que os usuários fossem atendidos nos locais mais adequados, educação em saúde para os usuários, além de um investimento no aumento da resolutividade da APS. Importante lembrar, que Segundo Barbara Starfield, a APS deve ser capaz de atender até cerca de 80% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida (STARFIELD, 1994).

Sobre o item B3 (Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?), 78,5% (n=183) responderam “Com certeza, sim”. Este alto percentual de resposta positiva é esperado devido o estado do Ceará possuir uma Rede de Atenção à Saúde informatizada já implementada, com a APS como eixo organizador (MENDES, 2010). A Rede é dividida em regiões de saúde e o acesso dos usuários às ações de média e alta complexidade são coordenadas pelas Centrais de Regulação (são 21 centrais de regulação regionais e 3 centrais de regulação macrorregionais (CEARÁ, 2016). Assim, em Fortaleza, e em todo o Ceará, o usuário precisa ser obrigatoriamente encaminhado pelo serviço de APS para um atendimento especializado quando necessário.

A média do escore “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” na APS de Fortaleza segundo os usuários adultos, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 2,83 (mín. 0,

máx. 6,9, DP 1,5, IC95% 2,6-3,0) (Tabelas 6 e 14), o pior de todos os atributos. Como dito anteriormente, este valor baixo foi também percebido em estudos prévios realizados no município que também utilizaram o *PCATool* (ROLIM *et al.*, 2019; SALES, 2013). Além disso, esses achados são também semelhantes a outros estudos nacionais.

No Brasil, diversos estudos que utilizaram o *PCATool* com usuários adultos da APS avaliaram o acesso – em especial a “Acessibilidade” – como o atributo com pior desempenho. Em Porto Alegre – RS, por exemplo, foram realizados vários estudos, dentre eles: para validação do instrumento no Brasil (1484 mulheres adultas) (HARZHEIM *et al.*, 2013); para verificando a associação dos atributos da APS com o cuidado de hipertensão (588 adultos) (TRINDADE, 2007); e comparação entre diferentes tipos de serviço (1184 adultos) (OLIVEIRA, 2007). Nestes três trabalhos, os escores médios de Utilização e Acessibilidade foram respectivamente: 7,44 e 4,64; 8,49 e 2,84; 8,75 e 2,69. Em 2016, 214 usuários foram entrevistados novamente em Porto Alegre e os resultados se repetiram: 6,86 para Utilização e 4,89 para Acessibilidade (BULGARELLI *et al.*, 2018). Van Stralen e colegas (2008), ao aplicarem o *PCATool* aos profissionais de saúde e usuários em nove municípios dos estados de Goiás e Mato Grosso, identificaram baixos valores de acesso (VAN STRALEN *et al.*, 2008). Em um estudo transversal realizado em Florianópolis – SC, em 2012, foram entrevistados 598 usuários adultos e os resultados encontrados mostram que o atributo melhor avaliado foi o “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” (8,4) e o pior foi “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” (3,5) (VIDAL, 2018). Harzheim *et al.* utilizaram o *PCATool* com 3.530 adultos na cidade do Rio de Janeiro (HARZHEIM *et al.*, 2016). Os escores de Utilização e Acessibilidade foram, respectivamente: 7,96 e 4,19. Ibañez *et al.* avaliou a APS sob a ótica de adultos e crianças (2.923 usuários), encontrando escores 8,5 para Utilização e 5,0 para Acessibilidade (IBÁÑEZ *et al.*, 2006). A aplicação do *PCATool* a 615 adultos, usuários da APS, em Diamantina – MG, em resultou nos escores 8,3 para Utilização e 3,2 para Acessibilidade (PAULA *et al.*, 2015).

Prates *et al.* realizaram uma revisão sistemática de âmbito mundial com artigos entre os anos de 2007 e 2015, analisando os estudos que utilizaram o *PCATool* para avaliação da APS na perspectiva do usuário. Do total de trabalhos selecionados, 15 (68,2% do total de 22) eram brasileiros. Os atributos mais bem avaliados foram “Competência Cultural”, “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” e “Longitudinalidade”. Enquanto os piores desempenhos encontrados foram “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade”, “Orientação familiar”, “Orientação comunitária” e “Integralidade” (PRATES *et al.*, 2017). Outra revisão sistemática, sobre o uso do *PCATool* no Brasil com usuários, com 14 artigos selecionados entre 2000 e 2013 mostrou que a APS tem bom desempenho nos atributos “Longitudinalidade”, “Integralidade” e



“Coordenação” e pior desempenho nos atributos “Acesso de Primeiro Contato”, “Orientação familiar” e a “Orientação comunitária” (PAULA *et al.*, 2016).

O acesso efetivo ao cuidado na APS se vincula à utilização dos serviços de saúde, e que a disponibilidade de serviços de saúde não é suficiente para garanti-lo. Por sua vez, a utilização está diretamente relacionada com acessibilidade e esta ao ajuste entre as necessidades da população e os serviços (GUSSO; LOPES, 2018).

No presente trabalho (Tabela 6), os itens C1 (O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?) e C2 (O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?) obtiveram alta porcentagem de respostas “Com certeza, não” e “Provavelmente não” (68,2% e 22,3%; 53,2% e 30,5%, respectivamente. Isso se deve ao fato de que, em geral, o horário de funcionamento de todas as UAPS de Fortaleza é de 7 horas às 19 horas, de segunda à sexta-feira. Apenas algumas unidades, chamadas de “polo” ficam abertas durante o sábado e outras podem eventualmente abrir aos sábados em ocasiões especiais, como campanhas de imunização, porém não há funcionamento após as 19 horas. Em gestões municipais anteriores, de 2006, existia o chamado atendimento no 3º turno, quando 35 unidades de APS (chamadas na época de Centros de Saúde da Família) funcionavam de 17 horas até às 21 horas, num sistema de pronto atendimento sem agendamento prévio (FORTALEZA, 2006). Atualmente, Fortaleza foi uma das primeiras cidades a aderir ao Programa “Saúde na Hora”, publicado pelo MS em 2019, que propõe que unidades de saúde da família funcionem por horário estendido (12 horas ininterruptas nos cinco dias da semana ou 11 horas ininterruptas nos cinco dias da semana e 4 horas aos sábados ou domingos, perfazendo total de 60h ou 75h semanais), por já possuir unidades no modelo de 60h semanais. Das primeiras 128 unidades em todo o Brasil que aderiram ao programa, 59 eram de Fortaleza (FORTALEZA, 2019). O aumento do número de horas de atendimento também poderia melhorar as respostas ao item C12 (Quando você tem que ir ao “nome do médico/enfermeiro/ local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?), ao qual 45,9% (n=107) responderam “Com certeza, sim”.

O item C3 (Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?) alcançou uma porcentagem de respostas “Com certeza, sim” de apenas 46,4% (n=108) (Tabela 6). Este dado alerta para a baixa acessibilidade dos serviços de APS para consultas não programadas, na estratégia chamada de Acolhimento à demanda espontânea da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2006 e 2011). Segundo a PNH, acolhimento é definido por: processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo

usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e garantir atenção integral, resolutiva e responsável.

Estudos apontam que o acolhimento tem a potencialidade de reduzir a demanda reprimida, oferecendo maior acesso aos serviços e responsabilizando toda a equipe pelo cuidado e pela satisfação do usuário (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). O acolhimento tem estimulado a prática clínica da enfermagem e a desburocratização organizacional (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018). Uma revisão integrativa, nas bases de dados LILACS, SciELO e MEDLINE, no período de 2006 a 2010, demonstrou que o acolhimento é capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e corresponsabilização pelo tratamento, auxilia na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito (GARUZI *et al.*, 2014).

No caso de Fortaleza, vários aspectos podem estar relacionados a uma prática de Acolhimento pouco efetiva, desde desconhecimento ou despreparo dos profissionais de saúde até questões estruturais ou de organização de agenda. Estes fatores já foram demonstrados por outros estudos, onde o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e a ações de atendimento às urgências, levando a uma limitação do acesso e atenção centrada na queixa-conduta (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Aspectos referentes à estrutura física deficiente, à demanda excessiva, à precariedade da rede de referência, à visão médico-centrada, à vulnerabilidade da população, dificultam as relações entre usuários e trabalhadores da saúde durante a prática de acolhimento (LOPES *et al.*, 2015). Porém em um estudo de Baraldi e Souto (2011), os resultados demonstraram que a grande quantidade de demanda não estava relacionada à falta de vagas, mas à desestruturação de um planejamento de ações (BARALDI; SOUTO, 2011).

É importante destacar que o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Fortaleza apresenta como um dos objetivos da APS: organizar os processos de trabalho e fortalecer os sistemas de informação. Para este objetivo, a meta é chegar até 2021 com 20% de atendimentos de consultas por demanda espontânea e 80% de atendimentos de consultas agendadas (FORTALEZA, 2017). Este aspecto reforça a organização dos serviços de saúde para o foco no modelo de atenção às condições crônicas. Este modelo, que foi proposto por Eugenio Vilaça (MENDES, 2012 e 2018), consultor em saúde pública do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), é bastante difundido no Brasil e faz crítica a organização dos sistemas de

saúde de forma fragmentada, com ações reativas, episódicas e voltadas, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas.

Estratégias de gestão da clínica e alternativas de organização de agendas poderiam ser implantadas em Fortaleza a fim de melhorar o acesso e a satisfação dos usuários. Relação a outros questionamentos do atributo “Acessibilidade” (Tabela 6), pode-se observar que: 48,1% (n=112) dos usuários responderam “Com certeza, não” ao item 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?”); 82% (n=191) dos usuários responderam “Com certeza, sim” ao item 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?); 54,9% (n=128) dos usuários responderam “Com certeza, sim” ao item C10 (Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro?”); e 42,1% (n=98) dos usuários responderam “Com certeza, sim” ao item C11 (É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?). Assim, parece haver em Fortaleza, um certo obstáculo para consultas no mesmo dia, talvez por limitação do número de atendimentos no modelo de Acolhimento (o número de vagas na agenda é limitado e elas são, em geral, preenchidas por ordem de chegada), e também obstáculo para consultas agendadas. Alguns autores criticam essa situação: “Acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado. Uma mistura de lógica de consultório médico privado dentro de/ sinérgica com uma repartição pública” (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Um estudo transversal, foi realizado com 2.150 indivíduos em um município de porte médio, no estado de Minas Gerais, com o objetivo de avaliar o acesso às consultas médicas em serviços públicos de saúde. O estudo evidenciou que dentre os entrevistados que afirmaram ter procurado um profissional/serviço público de saúde nos 15 dias anteriores à entrevista, 75,6% buscaram a APS. A maior procura foi por parte do sexo feminino ( $p < 0,001$ ) e os sem plano de saúde ( $p < 0,001$ ). 64,2% afirmaram que algo no atendimento os desagradou, com destaque para: dificuldade de marcar consultas no geral (18,2%), de marcar exames laboratoriais e outros exames (14,5%), de marcar consulta com especialistas (17,0%), de acesso geográfico ao local de atendimento (0,9%), demora no atendimento (32,9%) e outros desagradados (16,5%) (DIAS *et al.*, 2016).

Muitos autores têm proposto diferentes métodos de gerenciamento de agenda a fim de aumentar o acesso. Um desses métodos, chamado Acesso Avançado (AA) (MURRAY; TANTAU, 2000), foi bastante difundido mundialmente e aos poucos vêm sendo aplicado no

Brasil. O AA consiste em agendar as pessoas para serem atendidas no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde. Diversos Sistemas Nacionais de Saúde no mundo, tais como Canadá e Inglaterra, implementaram o AA na APS com o objetivo de melhorar o acesso das pessoas aos cuidados em saúde (VIDAL, 2013). A regra é: “faça hoje o trabalho de hoje”. Não há distinção entre consultas de urgência (demanda espontânea) e de rotina (demanda programada), possibilitando atendimentos de qualquer natureza: eventos agudos, condições crônicas não agudizadas, cuidados preventivos e outras situações (MURRAY; TANTAU, 2000). O modelo está associado à melhora da satisfação dos usuários, da longitudinalidade do cuidado, assim como à redução do absenteísmo, de consultas inapropriadas em serviços de emergência, do tempo médico dispensado na classificação de risco para priorizar atendimentos e do acúmulo negativo (*bad backlog*) de trabalho (HUDEC; MACDOUGALL; RANKIN, 2010).

Murray e Tantau (2000) caracterizaram 3 tipos de agendamento: AA (aproximadamente 65% - 90% das consultas médicas diárias são reservadas para demanda espontânea); *Carve-out* (50% das consultas médicas diárias são reservadas para o atendimento de demanda espontânea, enquanto 50% são para o atendimento de consultas programadas); e Tradicional (todas as consultas médicas diárias são pré-agendadas). Em Florianópolis – SC, foi realizado um estudo transversal de base populacional, em 2012, com 409 usuários adultos de 11 centros de saúde, utilizando o *PCATool*, a fim de avaliar se o modelo de agendamento influencia a percepção do usuário sobre a qualidade dos serviços da APS. A análise multinível foi utilizada para verificar a relação entre o Escore Geral da APS e o modelo de agendamento. As variáveis independentes (idade, cor da pele, modelo de agendamento, população por equipe de saúde da família, renda, número de eSF, presença de áreas de interesse social, número de consultas médicas em um ano por eSF, número de pessoas atendidas em um ano por equipe de saúde) com  $p < 0,20$  foram selecionadas para o modelo multinível, que foi ajustado com agregados de informações dos usuários e dos centros de saúde. O centro de saúde que utilizava AA apresentou o Escore Geral 7,04, enquanto os que utilizavam *carve-out* semanal tiveram escore 6,26, *carve-out* quinzenal escore 5,87 e tradicional escore 6,29 (VIDAL *et al.*, 2019).

Há na literatura, o registro de duas experiências de tentativa de ampliação do acesso através da implementação do AA em unidades de APS de Fortaleza. Um dos trabalhos consiste em um relato de experiência sobre o aumento do número de turnos de acolhimento por semana na agenda de uma eSF na UAPS Lineu Jucá, na SER I de Fortaleza, em 2017. O número médio de atendimentos mensais de acolhimento passou de 140 para 340 e os autores concluíram que a mudança no tipo de agendamento e atendimento na equipe provocou melhor adesão dos

pacientes aos tratamentos, menores taxas de absenteísmo e melhor acesso à comunidade que apresenta alta vulnerabilidade social (CAJAZEIRAS; SILVA; FORTE, 2019). O outro trabalho, também do tipo relato, retratou os desafios para a implantação do AA por uma eSF da UAPS Irmã Hercília, na SER II de Fortaleza. Os autores destacaram: a vulnerabilidade social do território e da população assistida, gerando grande pressão assistencial, não adesão das demais equipes da unidade ao AA, e dificuldade de participação do enfermeiro da equipe no AA devido questões institucionais. Foi então optado por um “modelo misto”, segundo os autores, com 2 turnos semanais de agenda médica totalmente aberta. Após um ano de implantação desta estratégia de atendimento, perceberam-se algumas melhorias como discreta redução da pressão assistencial e melhoria do acesso de populações com histórico de baixa frequência (BARBOSA *et al.*, 2019). Destaca-se que a UAPS Irmã Hercília foi a unidade com maior escore Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (4,1) dentre as unidades avaliadas neste trabalho utilizando o *PCATool* com usuários.

Outros autores relataram a experiência de AA no Ceará. Pesquisa realizada no território de abrangência da unidade de saúde Terrenos Novos no município de Sobral revelou que 27,7% das pessoas faltavam às consultas programadas; e, por esta razão, foi adotado o AA para diminuição do absenteísmo. Durante o período de outubro e novembro de 2013, 740 consultas foram agendadas nas seguintes categorias: pré-natal (7,43%), puericultura (6,08%), saúde da criança (22,97%), saúde do adulto (47,97%) e saúde do idoso (15,54%). Nesse período, apenas 8,1% dos pacientes faltaram às consultas. A prevalência de faltas foi maior entre os homens (10%). Os dados mostraram que existe uma associação positiva entre o sistema de marcação de consultas baseado no AA e a redução do absenteísmo às consultas programadas (ASFOR *et al.* 2014).

Em entrevista, Eugenio Vilaça, ressalta que o AA não é um modelo de organização da APS, mas somente do acesso e alerta para suas limitações: incremento da quantidade de atendimentos, mas nem sempre do número de pessoas atendidas; pequeno impacto no absenteísmo, na longitudinalidade do cuidado e na satisfação dos usuários; os seus efeitos nos resultados clínicos não estão demonstrados; o foco estrito na redução do tempo de espera pode afetar a atenção centrada na pessoa e pode aumentar a iniquidade no acesso; e as avaliações disponíveis, em geral, são baseadas em evidências anedóticas, o que convoca a necessidade de novas pesquisas para sua avaliação. Assim, o autor propõe um sistema de organização do acesso que utiliza os princípios do AA combinando com três outros enfoques: o alisamento dos fluxos assistenciais (equilíbrio entre tipos de demanda e oferta de recursos), as alternativas tecnológicas

ao atendimento presencial (como uso de telefone ou correio eletrônico - *e-mail*) e o modelo da delegação com utilização de equipes multiprofissionais interdisciplinares (MENDES, 2018).

Neste trabalho, os itens C4 (Quando o seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?) e 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?) tiveram alta porcentagem de respostas “Com certeza, não”, 51,9% (n=121) e 76% (n=177) respectivamente. Em Fortaleza, assim como em todo o Brasil, o agendamento de consultas por telefone, ou outras formas como *e-mail*, é prática pouco utilizada nos serviços públicos. Em outros países, o uso do telefone para orientações aos usuários na APS é consolidado (BUNN *et al.*, 2004). Uma característica do contato não presencial é que pode otimizar a utilização do tempo do usuário e da equipe, possibilitar agendamentos, reduzir faltas às consultas, melhorar a promoção de saúde, fornecer orientações e esclarecer questões administrativas (GROSSMAN; TAVARES, 2012). Poli Neto *et al.* relataram o uso de *e-mail* por uma eSF do Centro de saúde Ingleses em Florianópolis – SC para comunicação com os pacientes e agendamento. No período de 25 meses houve crescimento no número de mensagens e de remetentes. Das 1437 mensagens recebidas, 61,5% foram para agendar consultas, 27,8% solicitavam informações em saúde e 7,6% eram sobre serviços oferecidos. As mulheres enviaram 87% das mensagens (63,3% delas tinham 20-40 anos). A equipe respondeu a 83% das mensagens em até 8 horas úteis. Na percepção da equipe, o uso do *e-mail* melhorou a comunicação e o acesso e foi bem aceito pelos usuários, não prejudicando grupos mais vulneráveis (POLI NETO *et al.*, 2015).

Outras formas de atendimento não presencial em horário noturno ou em fins de semana poderia diminuir a porcentagem de respostas “Com certeza, não” aos itens 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?) e 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?), 88,4% (n=206) e 90,1% (n=210) (Tabela 6).

O acesso também está relacionado ao tamanho do painel (população adscrita) por equipe. Vidal *et al.* (2019) mostrou que o tamanho do painel se relacionou inversamente ao Escore Geral da APS no *PCATool*. No nosso estudo, a média de população adscrita por UAPS foi de 15.557 (DP 9.073, mín. 6.541 – máx. 35.040). A média do número de equipes de saúde por UAPS foi de 4.63 (DP 2,09, mín. 3 – máx.10), 42,1% das unidades possuía 3 equipes. Porém não houve associação entre o painel ou o número total de equipes com o Escore Geral ou

Essencial. As condições ótimas de implantação do AA foram: um painel de 2.500 pessoas por médico, cada médico trabalhando 40 horas semanais (MURRAY; TANTAU, 2000). A PNAB de 2017 recomenda um tamanho de painel de 2.000 a 3.500 usuários por médico de família (BRASIL, 2017). Na Inglaterra, pesquisadores sugerem diminuir esse número para 1.800 pessoas (KIRAN; O'BRIEN, 2015). Uma revisão de literatura descreveu a organização da APS em 14 países europeus e mostrou que o tamanho médio do painel por clínico geral é de 2.000 usuários (MASSERIA *et al.*, 2009). Raffoul *et al.* demonstraram que o número de 2.500 pacientes por médico, tradicionalmente citado tamanho do painel ideal, parece não ser confirmado em estudo ou prática. A análise de literatura feita pelos autores sugere um painel de 1200 a 1900 pacientes por médico. Porém, é desconhecido se estes são pequenos o suficiente para permitir ótima produtividade, qualidade de atendimento, e a satisfação do médico e do paciente, sugerindo que isto varie por contexto local (RAFFOUL *et al.*, 2016).

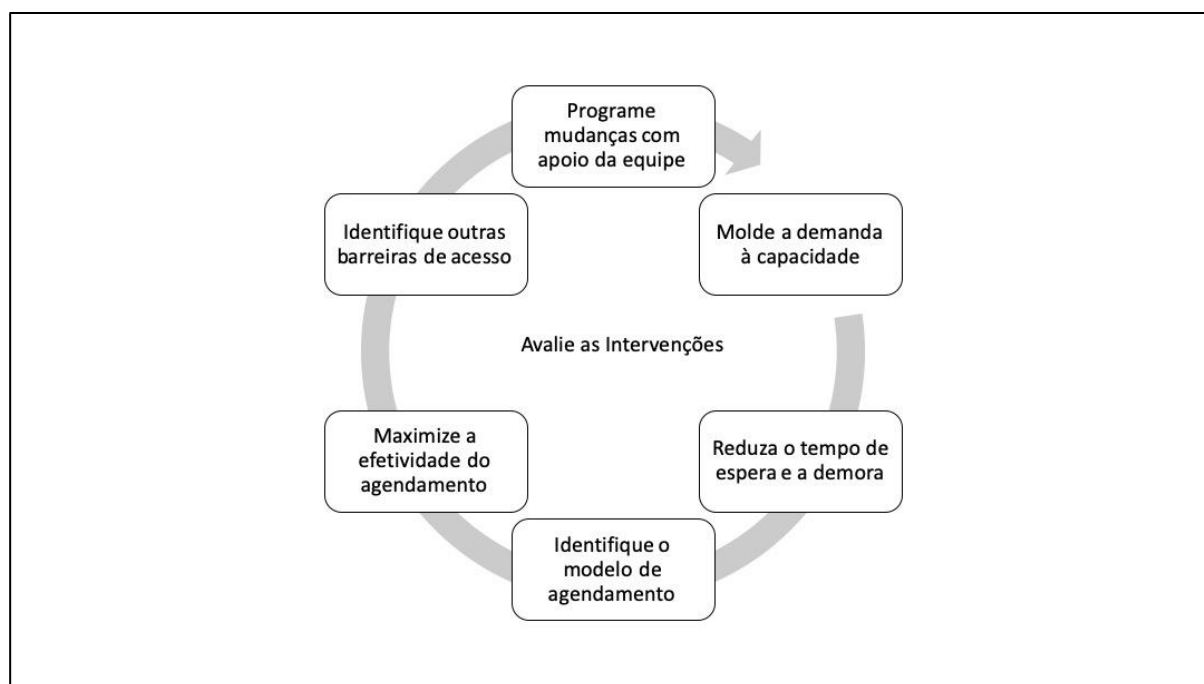
Em 2006, fez-se uma avaliação qualitativa por meio de entrevista aberta com 24 participantes em Recife – PE sobre a percepção do usuário em relação ao acesso à ESF. Os principais problemas relatados foram: deficiente sistema de referência e contra-referência; demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais; excessivo número de famílias por equipe; dificuldades para marcar consultas; e despesas com medicamentos. Os autores então apontaram que a ESF revelou-se como, o que chamaram de, uma estreita porta de entrada do SUS (AZEVEDO; COSTA, 2010).

O atributo Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade compõe parte da avaliação da qualidade referente à estrutura nos serviços de saúde segundo o modelo de Donabedian. O baixo desempenho encontrado parece refletir barreiras organizacionais dos serviços de APS de Fortaleza, como o agendamento de consultas. As barreiras de acesso prejudicam o cuidado integral e podem levar o usuário a necessitar de níveis de atenção de complexidade maior por complicações de saúde que poderiam ser evitadas na APS. O atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização correspondente à categoria processo de Donabedian, que por sua vez, apresentou um alto desempenho, sugerindo que o usuário busca o serviço de saúde sempre que necessário, reconhecendo os serviços de APS como sua primeira fonte de atenção à saúde (DONABEDIAN, 1988).

Rocha e colaboradores (2016) realizaram uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de analisar a produção científica nacional e internacional referente ao incremento do acesso na APS. O estudo analisou 16 artigos publicados, entre 2009 e 2014, e mostrou que o acesso oportuno aos cuidados primários de saúde ainda é um problema em muitos países, sendo que algumas pesquisas avaliam a satisfação do usuário utilizando itens como agendamento e

horário estendido para o atendimento. Achados semelhantes foram publicadas em outra revisão integrativa que incluiu 22 artigos nacionais e internacionais de 2012 a 2016 (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018). O AA parece ser o modelo de agendamento mais promissor ao equilibrar demanda e capacidade controlando o tempo de espera, mas os autores comentam que não adianta modificar o agendamento sem prover a estrutura necessária para mantê-lo. Os autores propuseram um conjunto de estratégias que podem ser utilizadas para melhoria do acesso na APS (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016):

Figura 8 – Intervenções para melhoria do Acesso na APS



Fonte: Adaptado de ROCHA, Suelen Alves; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; GODOY, Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 87-111, 2016.

Pesquisadores canadenses realizaram em 2017 uma revisão sistemática em vários bancos de dados, incluindo MEDLINE (desde 1947), Embase (desde 1980), PsychINFO (desde 1806), Registro Central da Cochrane de Ensaio Controlados (CENTRAL; todos os anos), Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL; desde 1937) e PubMed (todos os anos), para identificar estudos sobre intervenções para redução do tempo de espera para consultas na APS. Foram identificados 3.960 artigos e analisados 11. O estudo revelou que o acesso com agendas abertas é a intervenção mais comumente utilizada para reduzir o tempo de espera. Além disso, os estudos incluídos na revisão demonstraram que telefonema para consultas de acompanhamento, a presença de enfermeiros na equipe, enfermeiros realizando triagem para



médicos generalistas e consultas por *e-mail* foram também eficazes na redução do tempo de espera (ANSELL *et al.*, 2017).

Tesser e colegas (2018) pontuaram uma série de estratégias para ampliar o acesso na APS no Brasil: Aumento de cobertura e redução da população vinculada às equipes da ESF; Conversão de modelos tradicionais em ESF, Interiorização e fixação de profissionais (sobretudo médicos); Desburocratização e ampliação do acesso via organização funcional das equipes; Ampliação do horário de funcionamento dos serviços; Reuniões periódicas das equipes da ESF; Diversificar formas de comunicação dos usuários com a equipe; Otimização do papel da enfermagem; Viabilização de sistema de informações; Diminuição da rigidez das agendas; Qualificação clínica dos profissionais; Minimizar intervenções preventivas individuais pouco fundamentadas; e estabelecer regras para garantia do acesso. Os autores sumarizam:

“A APS deve praticar uma atenção à saúde abrangente que envolva igualmente situações agudas e crônicas, em um contínuo de cuidados ampliados centrados na pessoa, na família e na comunidade pela mesma equipe, com coordenação dos cuidados especializados cabíveis. O acesso é a pedra angular sem o qual esses atributos não são viabilizados.” (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

#### **5.4 Longitudinalidade (D)**

A Longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo além de uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes. Este atributo pertencente à categoria processo (DONABEDIAN, 1988). Na literatura internacional, o termo “Continuidade do cuidado” é utilizado com sentido semelhante à palavra “Longitudinalidade”, porém, segundo Bárbara Starfield, os termos possuem significados diferentes (STARFIELD, 2002): a “Continuidade do cuidado” estaria relacionada a um problema de saúde e aos de eventos entre uma consulta e outra, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação entre profissional e usuário.

Da Cunha e Giovanella (2011) realizaram uma revisão conceitual sobre a longitudinalidade na APS com objetivo de definição do termo, bem como a identificação das dimensões do atributo, de forma a favorecer a eleição de variáveis que sejam passíveis de medição (DA CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Foi visto que três principais autores são citados como referência conceitual: Institute of Medicine da Academia Nacional de Ciências de Washington (COMMITTEE ON THE FUTURE OF PRIMARY CARE, 1996); Ian R. McWhinney (MCWHINNEY; FREEMAN, 2009) e Barbara Starfield (STARFIELD, 2002). Saultz caracteriza a continuidade do cuidado como a relação e interação interpessoal entre profissional de saúde e o usuário (SAULTZ, 2003), e Haggety *et al.* consideram um contrato

implícito, um sentido de lealdade (HAGGERTY *et al.*, 2003). Os estudos sobre Longitudinalidade têm se voltado para investigar o vínculo interpessoal entre usuários e sua fonte de atenção, significando: entendimento entre profissionais e usuários; a tranquilidade destes em falar aos profissionais a respeito de suas preocupações e o quanto sentem que o profissional está interessado em outros aspectos de sua vida e não apenas em seu problema de saúde e que entende quais problemas são mais importantes para eles (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002).

Na literatura brasileira, a palavra “Longitudinalidade” não é usual. Da Cunha e Giovanella (2011) propõem para a APS no Brasil a utilização do termo “vínculo longitudinal”, definindo-o como “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”. As autoras concluem que três elementos são imprescindíveis na composição do atributo: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

A média do escore “Longitudinalidade” na APS de Fortaleza segundo os usuários adultos, dentro de uma escala de zero a dez, foi de 6,38 (mín. 0,7, máx. 10, DP 1,9, IC95% 6,1-6,6) (Tabelas 7 e 14). Apesar de ter sido um dos atributos com maior escore, este ainda não foi acima do ponto de corte 6,6 para ser considerado de alto desempenho (BRASIL, 2010). A maioria, 63,9% (n=149), dos participantes responderam “Com certeza, sim” ao item D1 (Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?), demonstrando o reconhecimento da fonte regular de cuidados. Nos estudos prévios realizados com profissionais de saúde da APS de Fortaleza, os valores obtidos haviam sido 6,04 (ROLIM, 2016) e 6,4 (SALES, 2013). No estudo realizado com o *PCATool* versão crianças em Fortaleza no ano de 2016, com objetivo de avaliar o “Acesso de Primeiro Contato” e a “Longitudinalidade”, que entrevistou 120 cuidadores de crianças menores de cinco anos internadas em dois hospitais da cidade por condições sensíveis à APS, o escore médio para “Longitudinalidade” foi 4,39 (mín. 0,24, máx. 10,00, IC95% 4,02 - 4,77). O estudo também mostrou que houve associação ( $\alpha=10\%$ ) da “Longitudinalidade” com os fatores: idade da mãe/cuidador ( $p=0,077$ ); escolaridade de ensino fundamental da mãe/cuidador ( $p=0,065$ ); idade da criança ( $p=0,043$ ); e aleitamento materno exclusivo até os dois e quatro meses ( $p=0,072$ ) (BENEVIDES *et al.*, 2018a). Observa-se então um maior impacto do atributo sobre o cuidado relacionado a crianças quando comparado à adultos.

Vários outros estudos realizados com o *PCATool* no Brasil também avaliaram a “Longitudinalidade” com relação a crianças. Um exemplo é o estudo realizado comparado uma unidade de saúde com e outra sem ESF no município Oeste do Paraná – PR. O questionário *PCATool*-Brasil, versão criança foi aplicado a 61 familiares de crianças menores de 12 anos, selecionados por amostragem sistemática na fila de espera para consulta médica ou puericultura. Os autores não citam o valor do escore médio, mas mostram que “Longitudinalidade” foi mais bem avaliada na unidade sem ESF e atribuem tal resultado possivelmente a não ocorrência de mudanças no modelo de atenção ou maior rotatividade de profissionais nesse serviço (FRANK *et al.*, 2015). De Oliveira e Veríssimo (2015) realizaram uma comparação, utilizando o *PCATool* aplicado aos responsáveis de 482 crianças, entre UBS tradicionais (n=247) e unidades com ESF (n=235), quanto à presença e extensão dos atributos da APS, no município de Colombo – PR, entre junho e julho de 2012. Os resultados mostram que as unidades com ESF alcançaram Escore Geral limítrofe para APS (6,6) e maior que as UBS tradicionais (3,9). Porém, o atributo “Longitudinalidade” foi baixo em ambos os modelos de serviços: 5,4 para unidades com ESF 5,4 e 3,4 para as UBS tradicionais (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015a). Por outro lado, Furtado e colegas (2013) avaliaram a “Longitudinalidade” em unidades com ESF em Vitória da Conquista – BA, entrevistando 271 cuidadores de crianças menores de um ano, no período de janeiro a junho de 2012. O atributo alcançou escore elevado (7,6, em escala de 0 a 10) (FURTADO *et al.*, 2013). Percebe-se que a ESF tem potencial, quando bem efetivada, de aumentar o cuidado longitudinal.

Um estudo transversal foi realizado utilizando o *PCATool* versão criança com 501 pacientes de 0 a 14 anos, internados na enfermaria de pediatria do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2011. Das internações ocorridas no período, 65,2% eram Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial. Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas, incluindo variáveis relacionadas ao paciente (idade, escolaridade materna, renda e tipo de diagnóstico) e modelo de assistência (tradicional ou ESF). O escore do atributo “Longitudinalidade” foi de 4,93 (o estudo conceituou Longitudinalidade como a média dos atributos A – Afiliação – e D – Vínculo estabelecido entre o profissional e paciente – do questionário *PCATool*). As análises mostraram que nenhuma característica relacionada ao paciente teve influência na longitudinalidade. Tanto a análise bivariada (p=0.0006) quanto a multivariada (p=0.0024) mostram impacto positivo da ESF no atributo (FERRER *et al.*, 2014). Os autores consideram que a ESF obteve importância por ser um modelo centrado nas pessoas e que favorece a relação médico-paciente (FREEMAN; HUGHES, 2010).

Na revisão realizada por Prates *et al.*, a “Longitudinalidade” apresentou a terceira melhor avaliação. Considera-se que a presença de uma população adscrita, característica da APS no Brasil, e a universalização do acesso à saúde pela expansão a ESF podem ser variáveis que explicam o bom desempenho encontrado. Dos 25 artigos incluídos na revisão, 16 avaliaram a Longitudinalidade, sendo esta avaliada como valor adequado em 64% dos estudos (PRATES *et al.*, 2017).

Pode-se levar em consideração que além do modelo de assistência do serviço de saúde, o contexto local e características do município podem influenciar a “Longitudinalidade”. Um estudo transversal, realizado com 1.076 usuários adultos da APS de 32 municípios do Rio Grande do Sul, em 2015, mostrou que a longitudinalidade obteve um escore insatisfatório (6,4; IC95%: 6,3-6,5). As fragilidades relacionadas ao atributo foram a relação interpessoal entre o usuário e profissional; o reconhecimento do usuário em sua integralidade e o preparo dos profissionais para auxiliar os usuários. Os usuários da APS dos municípios com até 100 mil habitantes avaliaram a longitudinalidade com alto escore ( $6,8 \pm 1,9$ ). Os municípios de 30 a 100 mil habitantes apresentaram o maior escore ( $7,6 \pm 1,8$ ;  $p \leq 0,001$ ). Já os usuários da APS dos municípios com mais de 100.000 hab. avaliaram a longitudinalidade com baixo escore ( $5,8 \pm 2,2$ ;  $p \leq 0,001$ ). A longitudinalidade foi maior nos municípios com menor IDH ( $6,9 \pm 1,9$ ;  $p \leq 0,001$ ). Além disso a longitudinalidade obteve alto escore somente nos municípios com cobertura de 65% ou mais da população com ESF ( $7,0 \pm 1,9$ ;  $p \leq 0,001$ ) (KESSLER *et al.*, 2019). Destaca-se que em Fortaleza, todas as UAPS funcionam com ESF.

Em nosso estudo, os itens D2 (Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?) e D3 (O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?) tiveram altos percentuais de resposta “Com certeza, sim”, 91,4% (n=213) e 92,3% (n=215). Da mesma forma, 88,8% (n=207) responderam “Com certeza, sim” para o item D5 (O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?) e 92,3% (n=215) para o item D6 (Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?) (Tabela 7). Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo utilizando o *PCATool* com 344 cuidadores de crianças menores de 10 anos, em João Pessoa – PB, em 2012. O estudo encontrou um valor médio de 6,6 para o atributo “Longitudinalidade”. Destaca-se que: 89,5% dos cuidadores afirmaram ser atendidos pelos mesmos profissionais; 81,9% se sentem bem ao conversar com o profissional; 83,9% responderam que conseguem compreender as respostas dos profissionais; 53,9% afirmaram que “com certeza não” mudariam de serviço e/ou profissional de saúde. Além disso, a maior parte das respostas positivas foram em relação ao profissional

enfermeiro, em contra partida ao profissional médico (VAZ *et al.*, 2015). Em nosso estudo, não foi analisada diferença de respostas quanto a categoria do profissional provedor de cuidados.

O item D4 (Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?) obteve apenas 7,7% (n=18) de resposta “Com certeza, sim” (Tabela 7), corroborando o pouco uso do telefone como avaliado no atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” (Tabela 6).

Os itens D7 (O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?), D8 (O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?) e D9 (O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?) obtiveram baixos percentuais de respostas “Com certeza, sim”: 30% (n=70), 37,3% (n=87) e 35,2% (n=82), respectivamente; demonstrando uma fraca relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários. A maioria respondeu que sim ao item D10 (O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica completa?) (57,5%, n=134) e ao item D13 (O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?) (69,1%, n=161). Porém, a maioria respondeu que não ao item D11 (O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?) (48,1%, n=112) e apenas 48,9% (n=114) respondeu que sim ao item D12 (O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?). Esses resultados demonstram ainda a hegemonia de um cuidado centrado na doença sem levar em conta o contexto individual do usuário (Tabela 7).

Um estudo qualitativo, com abordagem descritivo-exploratória, realizada com 13 pessoas de 40 anos ou mais, residentes no município de Cambé – PR, com hipertensão arterial e que utilizavam exclusivamente o SUS, buscou compreender o atributo “Longitudinalidade”. A análise de conteúdo revelou, quanto ao estabelecimento do vínculo entre o usuário e os profissionais, que as relações interpessoais são influenciadas: pelo tempo de moradia na área, pela alta rotatividade dos profissionais, pela qualidade do processo de comunicação verbal e não verbal entre os usuários e a equipe, pela permanência do modelo biomédico na atenção básica e pela dificuldade do usuário reconhecer as categorias profissionais atuantes e suas atribuições (BARICATI, 2016). Tais fatores podem estar relacionados também aos achados de Fortaleza, pois o período da pesquisa coincidiu com um momento de muita renovação de profissionais da APS do município, devido a saída dos médicos estrangeiros do PMM no final de 2018 e implementação do Programa Médico de Família do Ceará em agosto de 2019.

Pierantoni e colaboradores (2015) calcularam o índice de rotatividade dos médicos brasileiros a partir de dados referentes às admissões, às demissões e ao número de vínculos

médicos dos anos de 2009, 2010 e 2011, de todos os municípios brasileiros existentes em 2012 (n=5.565), através da Relação Anual de Informações Sociais, do Ministério do Trabalho e Emprego (PIERANTONI *et al.*, 2015). Os resultados mostram que a região Nordeste concentrava apenas 18.2% dos vínculos médicos formais, com baixa proporção médico por três mil habitantes e por mil habitantes, apesar de ter a segunda menor taxa de rotatividade. Alguns fatores associados a alta rotatividade médica na APS são: localização da unidade em áreas de risco social, grande distância da capital, salário insuficiente, vínculo trabalhista precário, condições inadequadas de trabalho e carga horária excessiva. As estratégias para atração e fixação profissional incluem: processos seletivos, garantia dos direitos trabalhistas, flexibilização de carga horária, melhorias em infraestrutura e estratégias de qualificação (BORRELLI, 2004; CAMPOS; MALIK, 2008; MAGNAGO; PIERANTONI, 2014).

Uma pesquisa qualitativa, exploratória, utilizando o método de análise de conteúdo de Bardin, foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde (n=11, sendo 4 ACS, 2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 1 dentista) que atuavam em 2014 em uma UBS do município do Rio de Janeiro – RJ, teve o objetivo de compreender a formação do vínculo longitudinal. Como resultado, foi encontrada a valorização da relação sistêmica do vínculo na ESF, que abarca a porta de entrada, integralidade e coordenação, materializando a responsabilização da equipe pelo cuidado de indivíduos, famílias e comunidades; o vínculo como prática organizacional, sendo utilizado o trabalho em equipe, práticas de educação em saúde e visita domiciliar como estratégias para o cuidado e a afinidade interpessoal como fortalecedor da empatia e da relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário. O vínculo longitudinal se mostrou ameaçado pelo excesso de trabalho e burocracia e pela falta de tempo para o desenvolvimento das atividades (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018).

Paula *et al.* (2015) realizaram uma revisão integrativa, nas bases de dados eletrônicas LILACS, PubMed e Scopus, para avaliar as evidências disponíveis na literatura acerca dos fatores que interferem no atributo “Longitudinalidade” da APS. Foram analisados 16 artigos, brasileiros e internacionais, na íntegra. Sobre o aspecto “Identificação da fonte habitual de atenção”, os fatores acessibilidade, organização do serviço, tempo para desenvolver relação e desenvolvimento de vista domiciliar favorecem, enquanto volume de trabalho e conflito de quando acessar o serviço de APS ou de especialidade desfavorecem. Sobre o aspecto “Uso adequado da fonte de atenção e a força das relações interpessoais”, os fatores aspectos da relação interpessoal, usuário apresentar doenças crônicas ou condição psicológica/emocional, características sociodemográficas dos usuários, corresponsabilidade e duração do relacionamento

favorecem, enquanto longos tempos de espera, cancelamento de consultas e falta de provedores disponíveis, falta de conhecimento dos médicos sobre doenças e más experiências, desfavorecem. As características sociodemográficas dos usuários que estiveram associadas a maior longitudinalidade foram: ser mulher, idoso ou aposentado, escolarizados e não ter um trabalho (PAULA *et al.*, 2015).

Por fim, 62,2% (n=145) dos participantes do presente estudo responderam “Com certeza, sim” para a pergunta 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?), demonstrando insatisfação dos usuários (Tabela 6).

### **5.5 Coordenação – Integração de Cuidados (E) e Sistema de Informações (F)**

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; STARFIELD, 2002). O atributo é formado por 2 componentes: “Coordenação - Integração de Cuidados (E)” e “Coordenação - Sistema de Informações (F)” (BRASIL, 2010). Na literatura, pode-se identificar diversas definições e classificações da coordenação do cuidado. A mais conhecida e adotada no Brasil é a que distingue a coordenação em função dos níveis de integração do sistema de saúde: iniciativas e arranjos que são necessários para integrar os serviços e ações de saúde em um mesmo nível de atenção (coordenação horizontal) ou em distintos níveis do sistema (coordenação vertical) (ALMEIDA *et al.*, 2018).

No contexto brasileiro, a Lei 8.080/1990 instituiu como diretrizes organizativas do SUS a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação popular. Em 2010, com a publicação da Portaria nº 4.279, o MS lançou as diretrizes para operacionalização da RAS, indicando a importância da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, e objetivando uma atenção integral com ênfase nas ações que vão da promoção à reabilitação (MENDES, 2010).

Em relação a Fortaleza, a organização da saúde em RAS se inicia em 2013, com o novo Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Os Centros de Saúde da Família passaram a ser denominados de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sendo investido em ampliação e reforma desses espaços. Em 2014, sob consultoria de Eugênio Villaça Mendes, Fortaleza adota

o “Modelo de Atenção às Condições Crônicas” e inicia a implantação das redes prioritárias (OLIVEIRA, BRAULIO NOGUEIRA DE, 2015). Além da contratação da assessoria para a implantação das RAS, a SMS reorganizou os setores de atendimento ao público, nas UAPS, contratando o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH) para terceirizar os serviços de marcação de consultas e exames, criando o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC); de compra de medicamentos e sua dispensação; e de coleta e realização de exames laboratoriais. Também foi implantado o prontuário eletrônico *online*. Foi feita uma nova territorialização com a classificação e estratificação de risco dos usuários para elaboração dos planos terapêuticos (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Neste estudo, o escore médio do atributo “Coordenação – Integração de Cuidados” na APS de Fortaleza segundo os usuários adultos foi de 7,01 (mín. 0,0, máx. 10, DP 2,8, IC95% 6,3-7,7) (Tabelas 8 e 14), demonstrando um alto desempenho ( $\geq 6,6$ ). Ressalta-se que o atributo só é calculado para os 64 entrevistados que responderam “sim” ao item 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”?) (BRASIL, 2010). Nos estudos prévios realizados com profissionais de saúde da APS de Fortaleza, os valores obtidos haviam sido 6,42 (ROLIM, 2016) e 6,4 (SALES, 2013). No estudo realizado com o *PCATool* versão crianças em 2016, o escore médio para “Coordenação – Integração de Cuidados” foi 4,8 (TOMÉ, 2016).

Os itens com maior frequência de respostas “Com certeza, sim” foram: E2 (O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?) (77,9%, n=53) e E3 (O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?) (82,2%, n=53). Os itens E4 (O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?) e 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?) foram os que alcançaram maior proporção de respostas “Com certeza, não”: 39,1% (n=25) e 33,3% (n=21), respectivamente. Porcentagens semelhantes foram encontrados por Carneiro *et al.* que avaliou a APS de Sobral – CE com o *PCATool* e 98 profissionais da ESF e 607 usuários adultos entre 2010 e 2012 (CARNEIRO *et al.*, 2014). Neste estudo a média do atributo “Coordenação – Integração dos cuidados” foi 6,74 na opinião dos usuários e 7,05 na visão dos profissionais.

Os outros itens referentes ao atributo alcançaram porcentagem de respostas “Com certeza, sim” superiores a 60%: E5 (O seu “médico/enfermeiro” ou alguém que trabalha no/com



“nome do serviço de saúde” ajudou-o/a a marcar esta consulta?); E6 (O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?); E7 (O “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?); E9 (O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado?).

Outros estudos realizados no Brasil utilizando o *PCATool* para avaliar o atributo “Coordenação – Integração de Cuidados” também evidenciaram escores acima do corte 6,6, alguns, porém, com destaque de resultados ruins para itens específicos que compõem o atributo. Em Londrina – PR, um estudo foi realizado com crianças em 39 Unidades Básicas de Saúde. O escore da “Coordenação – Integração de cuidados” foi 7,393 (SOUZA *et al.*, 2015). Em estudo com 186 pais/responsáveis de crianças de 0 a 2 anos de idade na cidade de Santa Cruz – RN, a grande maioria das respostas (>65%) foi “Com certeza, sim”. Avaliar a presença e extensão do atributo coordenação do cuidado em serviços de Puericultura (FERREIRA *et al.*, 2017). No Rio de Janeiro – RJ, em 2014, o *PCATool* foi aplicado a 349 profissionais da ESF (86 enfermeiros, 24 médicos, 16 dentistas, 30 auxiliares e técnicos, 180 ACS, 13 técnicos de saúde bucal, selecionados por conveniência). O atributo teve uma boa avaliação (escore médio 7,1). Dentre os itens do atributo, observou-se um desconhecimento do fluxo dos usuários nos serviços especializados da RAS (escore=6,2; pergunta “Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?”) e uma deficiência no sistema de referência e contra referência (escore=4,6; pergunta “Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?”) (PAIXÃO *et al.*, 2019).

Assim, percebe-se que a ausência de comunicação entre os níveis de atenção à saúde ainda é um problema frequente em diferentes contextos brasileiros, comprometendo a integralidade e o papel da APS de coordenar o cuidado e ordenar as redes. Foi realizado um trabalho a partir de dados do 1º ciclo de Avaliação Externa PMAQ-AB estado da Paraíba com 625 ESF com o objetivo de caracterizar a organização, a articulação e a assistência da RAS. Verificou-se que: 62,7% (n=392) das equipes não mantêm registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção; 75,0% (n=469) negou a existência de protocolos que orientariam a priorização dos casos com necessidade de encaminhamento; 49,4% (n=309) relataram que os profissionais da APS nunca contactavam os especialistas; (68,2%; n=426) afirmaram que os especialistas nunca contactavam os profissionais da APS (PROTASIO *et al.*, 2014).

Resultados semelhantes foram vistos por um estudo de caso realizado com duas ESF de um município do Estado da Bahia, que analisou entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestores e usuários da APS, dados do PMAQ-AB e documentos da Secretaria Municipal de Saúde, buscando avaliar a coordenação do cuidado com relação a hipertensão e diabetes. Os resultados evidenciaram falta de protocolos assistenciais, ausência de critérios para estratificação de riscos, desconhecimento dos demais profissionais da rede, ausência de registros informatizados, descuido com os registros manuais, falta de tecnologias comunicativas, e insuficiência na oferta de exames e consultas. Estes aspectos restringiram o referenciamento vertical dos usuários, com baixa capacidade das equipes de gerenciarem as filas de espera e monitorarem os fluxos e contrafluxos assistenciais (ALELUIA, 2014).

Um estudo objetivou utilizar as variáveis do PMAQ-AB para avaliar a Atenção Básica como coordenadora do cuidado no Brasil. Trata-se de estudo transversal fundamentado na Teoria de Resposta ao Item (TRI), com dados do PMAQ-AB coletados em 2012. Participaram do estudo 17.202 equipes de Atenção Básica. Os resultados mostraram que os itens de maior discriminação do nível de coordenação foram: existência de telefone/internet, fluxos institucionais de comunicação e ações de apoio matricial (SOUZA, 2015).

Um estudo de caso analisou a coordenação do cuidado pela APS na RAS estado de São Paulo utilizando o evento traçador “Acidente Vascular Encefálico”, itinerários terapêuticos que foram conduzidos com usuários e questionários aplicados a gestores. Os resultados sugerem fragilidades da APS em assumir papel de coordenação do cuidado em todas as dimensões analisadas (informacional, clínico, administrativo/organizacional). Ademais, foi identificado mix público-privado, com desembolso direto dos usuários para consultas especializadas, exames e reabilitação (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

No contexto de Fortaleza, em 2013, um estudo realizou grupos focais com 30 profissionais de saúde, distribuídos entre médicos, dentistas e enfermeiros da ESF de sete UAPS da Regional V do município, com o objetivo geral de analisar as percepções dos profissionais da ESF sobre o prontuário eletrônico. Os resultados mostraram que, na época, nem todos os profissionais da ESF de Fortaleza utilizam o prontuário eletrônico por vários motivos, tais como: escassez de maquinários, lentidão do sistema, baixa confiabilidade na segurança e dificuldade de manuseio. Os sujeitos sugeriram a construção de um prontuário eletrônico de base familiar com acesso multidisciplinar e com ferramentas de abordagem familiar (DEUS, 2014). Atualmente, todas as UAPS de Fortaleza possuem computadores com acesso à Internet e com prontuário eletrônico. O mesmo é utilizado pelo NAC para agendamento de consultas, exames e encaminhamentos para outros pontos da rede, além de regulação da fila de espera. O prontuário é

também utilizado em Policlínicas (centros de atenção especializada) e em alguns CAPS (centros de atenção psicossocial). Unidades de pronto atendimento (UPA) utilizam *software* diferente. Todos os usuários só podem se consultar na atenção especializada com o encaminhamento impresso pelas UAPS, porém não há padronização de contra referência e também não há notificação para as UAPS de internação dos usuários, fato corroborado por Rolim (2016), onde a maioria dos profissionais da ESF revelou não ter recebido, do serviço especializado, informações sobre o paciente encaminhado (ROLIM, 2016).

Almeida e colaboradores (2012) mostraram que indicadores de “Coordenação do cuidado” são relacionados à satisfação dos usuários. Os autores realizaram inquérito domiciliar com 3.311 famílias em 2008 em 4 centros urbanos (Aracaju – 800, Belo Horizonte – 900, Florianópolis – 789 e Vitória – 822). Os resultados mostraram que de modo geral, a maior parte dos usuários entrevistados está satisfeito com a ESF nos quatro grandes centros pesquisados, chegando a 74% em Vitória, município que apresenta sistematicamente resultados mais positivos em relação às estratégias para fortalecimento da APS. A articulação das ações e dos serviços de saúde foi considerada atributo de uma APS abrangente e condição necessária para o alcance de um cuidado integral. Destacou-se que a insuficiente oferta de atenção especializada é barreira quase intransponível para a coordenação entre níveis que acarretarão sempre longos tempos de espera e impossibilidade de cuidado oportuno, por mais desenvolvidos que estejam os mecanismos de integração da rede (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2010).

Rodrigues *et al.* realizaram uma revisão integrativa, nas bases de dados MEDLINE, Lilacs e SciELO, no período de 2000 a 2011 sobre o papel da APS como coordenadora da RAS. Foram analisados 18 artigos (dos quais, 89%, n=16, eram brasileiros). Os autores ressaltam que as potencialidades acerca dos serviços de APS se sobressaíram às fragilidades. Algumas das fragilidades encontradas foram: dificuldade de coordenação entre os níveis de atenção; precário funcionamento de mecanismo de referência e contra referência; desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais da APS; baixo financiamento do SUS; dificuldade de cooperação entre profissionais de atenção primária e secundária; deficiência nos processos comunicacionais; e dificuldade de acesso à atenção especializada. Algumas potencialidades destacadas foram: maior envolvimento do ACS; implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos; e implantação de protocolos clínicos. Alguns desafios são: vontade política para maiores investimentos na APS e fortalecimento do papel do generalista na condução dos cuidados; (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Assim, considera-se que no caso de Fortaleza, algumas das possibilidades de melhoria do atributo “Coordenação – Integração de cuidados” seriam a maior oferta de consultas de nível secundário e o uso de um prontuário eletrônico único em todos os níveis da RAS.

O escore médio do atributo “Coordenação – Sistema de Informações” na APS de Fortaleza segundo os usuários adultos foi de 5,87 (mín. 0,0, máx. 10, DP 2,5, IC95% 5,5-6,2) (Tabelas 9 e 14), demonstrando um baixo desempenho ( $\geq 6,6$ ) Nos estudos prévios realizados com profissionais de saúde da APS de Fortaleza, os valores obtidos haviam sido 7,82 (ROLIM, 2016) e 7,68 (SALES, 2013). No estudo realizado com o *PCATool* versão crianças em 2016, o escore médio foi 5,96 (TOMÉ, 2016).

Quanto ao item 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?), 63,5% (n=148) responderam “Com certeza, sim”. Esse número pode-se dar ao fato da não informatização completa de todos os processos envolvendo a APS e o caminho percorrido pelos usuários nos outros serviços de saúde de Fortaleza. Apesar do prontuário eletrônico guardar informações sobre laudos de exames, estes ainda costumam ser impressos. O mesmo acontece com receituário impresso, o paciente não precisa ter a receita em mãos para que o profissional de saúde saiba de suas medicações. Porém, este mesmo receituário, no caso de algumas medicações para doenças crônicas, possui validade de 6 meses. Assim, o paciente precisa a cada mês mostrar o mesmo receituário ao setor de farmácia que irá manualmente assinalar a quantidade de medicação liberada mensalmente. O paciente também necessita ter em mãos impressos de solicitações de exames e encaminhamentos, para que o NAC para conferência de fila de espera. Ter em mãos cartão do SUS, documento de identidade com foto e comprovante de endereço, são também frequentemente solicitados em vários processos nas UAPS.

Em relação ao item F2, 62,7% (n=146) responderam “Com certeza, sim” (Quando você vai ao “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário está sempre disponível na consulta?). Uma possível explicação para este número não ser próximo a 100% seria problemas técnicos como falhas de sistema, quedas de rede de Internet ou falta de eletricidade durante as consultas. Vale ressaltar que o *software* utilizado nas UAPS de Fortaleza não é o padronizado pelo MS.

O MS brasileiro, através da Portaria nº 2.073, de 2011, regulamentou padrões de informações referentes aos atendimentos prestados aos usuários do SUS visando à implementação de um Registro Eletrônico de Saúde (RES) nacional e longitudinal (BRASIL, 2011). Em 2013, foi instituída a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), na intenção de

informatizar a APS no Brasil, a partir de dois sistemas de *software*, o Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), além de toda infraestrutura tecnológica necessária: computadores em todos os pontos de cuidado; acesso qualificado à internet de banda larga; dispositivos móveis para cadastramento; entre outros (CAVALCANTE *et al.*, 2019). Em 2019, o MS, através da Portaria nº 2.983, instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, como forma de financiamento de incentivo à informatização das unidades de APS. O programa faz parte do “Conecte SUS”, composto pela Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e pela Informatização da Atenção à Saúde. O piloto do programa está sendo implementado atualmente em Alagoas (BRASIL, 2019).

Surpreendentemente, 78,5% (n=183) responderam “Com certeza, não” ou “Provavelmente não” ao item F3 (Você poderia ler o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?). Destaca-se que o paciente tem direito ao prontuário médico, sendo dever das instituições de saúde conservar esse documento em arquivo (digital ou físico); e as informações nele inseridas pertencerão exclusivamente a ele (OSELKA, 2001). É vedado ao médico negar ao paciente ou, na sua impossibilidade, a seu representante legal, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão (BEHRENS, 2019; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). No estudo de Rolim (2016), apenas 56,7% dos profissionais de saúde responderam “Com certeza, sim” a pergunta “Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?” (ROLIM, 2016).

## **5.6 Integralidade – Serviços Disponíveis (G) e Serviços Prestados (H)**

O atributo de “Integralidade” (em inglês, *Comprehensiveness*), segundo Barbara Starfield, implica que o serviço de saúde disponha de um amplo conjunto de serviços para a população. O serviço de saúde deve oferecer ações para que os usuários recebam atenção integral, tanto de assistência e cura de doenças manifestas, quanto ações de promoção, prevenção e reabilitação, reconhecendo problemas funcionais, orgânicos e sociais. Inclui também os encaminhamentos para serviços secundários e terciários (STARFIELD, 2002).

Do ponto de vista brasileiro, a Integralidade tem sua origem na história do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, e é um dos princípios e diretrizes do SUS, instituído e assegurado pela Constituição Federal de 1988:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, a “Integralidade” foi definida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Seus objetivos são: a integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação entre ações de promoção, prevenção e reabilitação, trabalho multiprofissional, interdisciplinar e a centralidade do processo de trabalho nos usuários (BRASIL, 2006).

A integralidade adotada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2010) implica em uma concepção ainda mais complexa (SILVA *et al.*, 2018):

[...] articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2010).

Mattos (2009) afirma que a “Integralidade” é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de características e valores do SUS que são desejáveis e pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS; PINHEIRO, 2009). O autor sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a “Integralidade”: prática da boa medicina (Medicina Integral e a necessidade de compreender o indivíduo enquanto um todo holístico, um ser biopsicossocial) (ANDERSON; RODRIGUES, 2017); modo de organizar as práticas; como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Kalichman e Ayres realizaram um estudo, revisão não sistemática sobre Integralidade no campo da Saúde Coletiva brasileira de 1960 à década de 2010, a fim de identificar momentos críticos do debate conceitual em torno do tema no âmbito do SUS. Os autores sistematizam quatro eixos da Integralidade: a) necessidades: no que diz respeito à capacidade e sensibilidade em compreender a demanda de atenção à saúde, de modo a responder de forma mais ampla possível; b) finalidades: oferta de ações integradas entre diferentes níveis do cuidado, com atenção sinérgica, resolutiva e eficiente; c) articulações: trabalho

interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial; d) interações: construção de relações intersubjetivas de qualidade, que se desenvolvam no cotidiano do trabalho em saúde (GASPARINI; FURTADO, 2019; KALICHMAN; AYRES, 2016). Quando se fala da articulação conceitual entre cuidado-integralidade-APS, pensa-se em como superar um modelo de atenção tradicionalmente fragmentado, com serviços de saúde atomizados e o importante papel da APS nesse cenário (CARNUT, 2017).

Kringos *et al.* (2010), em sua revisão sistemática incluem a abrangência do cuidado como dimensão essencial para análise dos processos da APS. Sobre esse tema, os autores chegam a conclusões como: um escopo mais abrangente de ações de APS está associado a melhores resultados em saúde, com menores taxas de internação por condições sensíveis a APS; a importância dos serviços de saúde eficazes voltados à prevenção, cujo impacto ocorre na gravidade da doença, ao mesmo tempo, que intervenções intersetoriais impactam na ocorrência da doença (KRINGOS *et al.*, 2010).

Levando em consideração todo esse arcabouço conceitual, o atributo “Integralidade”, pode ser medido pelo *PCATool* em dois componentes: “Serviços Disponíveis (G)” (elemento estrutura, que reflete a organização do serviço de saúde e a oferta de ações resolutivas) e “Serviços Prestados (H)” (elemento processo, que reflete a assistência integral) (BRASIL, 2010).

Em nosso estudo, o escore médio do atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” na APS de Fortaleza segundo os usuários adultos foi de 5,28 (mín. 2,1, máx. 9,1, DP 1,3, IC95% 5,1-5,5) (Tabelas 10 e 14), e o escore médio do atributo “Integralidade – Serviços Prestados” foi 3,59 (mín. 0, máx. 10, DP 2,2, IC95% 3,3-3,9) (Tabelas 11 e 14), demonstrando um baixo desempenho (<6,6). Nos estudos prévios realizados com profissionais de saúde da APS de Fortaleza, os valores obtidos haviam sido 6,32 e 6,74 (ROLIM, 2016); e 6,18 e 7,36 (SALES, 2013), respectivamente. Mais uma vez, a avaliação dos profissionais foi mais positiva do que dos usuários. No estudo realizado com o *PCATool* versão crianças em 2016 em Fortaleza, os escores médios foram 4,95 e 4,3 (TOMÉ, 2016).

Esses dados assemelham-se a outros estudos nacionais. Na revisão sistemática realizada por Prates *et al.* (2017), o subitem “Serviços Disponíveis” foi considerado adequado em 25% dos estudos e o subitem “Serviços Prestados” em 50% (PRATES *et al.*, 2017). Já uma revisão integrativa quanto ao uso do *PCATool* versão criança no Brasil, com 17 artigos, todos nível de evidência IV (100%), mostrou um valor médio de 4,76 para “Integralidade – Serviços Disponíveis” e 6,23 para “Integralidade – Serviços Prestados” (ARAUJO FILHO *et al.*, 2019). Os autores desta revisão apontam que alguns fatores foram citados pelos estudos para explicar os baixos escores, como a indisponibilidade de serviços que abordem o fenômeno das drogas, a

saúde mental, a avaliação visual e aconselhamento e detecção do HIV. Além disso, citam a possível supervalorização e busca dos usuários por serviços com maiores densidades tecnológicas.

Baixos valores de “Integralidade” tanto sob a ótica de usuários adultos quanto de cuidadores de crianças foram vistos nos últimos anos em várias cidades, como: Guarapuava – PR (379 usuários adultos, “Serviços Disponíveis” 5,47 e “Serviços Prestados” 3,70 (BARATIERI, 2019); Teresina – PI (301 usuários homens, “Serviços Disponíveis” 4,73 e “Serviços Prestados” 3,77 (SILVA *et al.*, 2018); Cascavel – PR (548 cuidadores, “Serviços Disponíveis” 6,0 e “Serviços Prestados” 6,1) (ARAUJO, 2014); zona Norte de Manaus – AM (320 mães de crianças, “Serviços Disponíveis” 5,5 e “Serviços Prestados” 6,1 (SOUZA, 2016).

Em Fortaleza, os itens G4 (Vacinas), G5 (Avaliação da saúde bucal), G6 (Tratamento dentário), G7 (Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais), G16 (Exame preventivo para câncer de colo de útero) e G18 (Cuidados pré-natais) apresentaram alto percentual de respostas “Com certeza, sim”, variando entre 67,8% (n=158) a 95,3% (n=222). Tal achado evidencia a forte presença das ações programáticas referentes Saúde da Mulher e da Criança na APS. Esses dados são semelhantes aos encontrados por Diniz *et al.* (2016). Seu estudo avaliou a presença e a extensão da “Integralidade” na atenção à saúde da criança na ESF de João Pessoa – PB. O *PCATool* foi aplicado a 344 familiares de crianças. O valor médio para “Serviços Disponíveis” foi 5,2 e para “Serviços Prestados” 5,4. Apenas os itens relacionados a orientações alimentares, sobre higiene, disponibilidade de vacinas e programas da assistência social obtiveram altos valores (DINIZ *et al.*, 2016).

Os itens G3 (Programa de suplementação nutricional), G8 (Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas), G9 (Aconselhamento para problemas de saúde mental), G10 (Sutura de um corte que necessite de pontos), G12 (Identificação de problemas auditivos), G13 (Identificação de problemas visuais), G14 (Colocação de tala), G15 (Remoção de verrugas), G17 (Aconselhamento sobre como parar de fumar), G20 (Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento), G22 (Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde) tiveram alto percentual de respostas “Com certeza, não”, variando desde 16,3% (n=38) a 46,8% (n=109), e “Provavelmente, não”, variando desde 38,6% (n=90) a 63,1% (n=147). Ressalta-se que para o cálculo do escore, repostas “Não sei” são transformadas em “Provavelmente, não”. Assim, o baixo escore pode se dar ao fato de os serviços não serem disponíveis ou ao desconhecimento dos usuários da disponibilidade. Salienta-se que todas as UAPS de Fortaleza possuem em sua entrada um quadro como o da figura abaixo listando os serviços disponíveis:



Figura 9 – Serviços Disponíveis em uma UAPS de Fortaleza



Fonte: próprio autor.

Em relação a “Integralidade – Serviços Prestados”, os itens H1 (Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente), H5 (Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você), H6 (Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol) e H7 (Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando) foram os que obtiveram maior percentual de respostas “Com certeza, sim”. Esses resultados demonstram que os profissionais de saúde da APS de Fortaleza tendem a valorizar aspectos preventivos relacionados principalmente a doenças crônicas de risco cardiovascular. A porcentagem de respostas positivas variou de 61,8 (n=114) a 77,3% (n=180).

Em contra partida, todos os outros itens tiveram percentual extremamente alto de respostas do tipo “Com certeza, não”. Por exemplo: 81,1% para H3 (Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro); 77,3% para H4 (Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando); 76,8% para H8 (Possíveis exposições a substâncias perigosas); 93,6% para H9 (Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança); 82% para H10 (Como prevenir queimaduras); e 80,7% para H11 (Como prevenir quedas). Porém, pode-se levar em conta que alguns desses achados sejam próprios do contexto da população usuária do SUS no Brasil, como

pouco acesso meio de transporte do tipo carro próprio ou posse de arma. Resultados semelhantes aos encontrados em Fortaleza foram também vistos por outros pesquisadores em outras cidades.

Em um estudo realizado em Manaus – AM, foram entrevistados 395 usuários adultos da ESF entre outubro de 2018 a março de 2019 utilizando o *PCATool*. O atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” recebeu baixo escore médio (5,92), principalmente devido os itens sobre procedimentos considerados cirúrgicos e invasivos (sutura de um corte, colocação de tal e remoção de verrugas), os quais em sua maioria não são realizados pelas ESF do município. O escore “Integralidade – Serviços Prestados” também recebeu um valor baixo no escore médio (4,79). Nesse atributo os subitens: aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro e se o usuário tem uma arma de fogo e é orientado a como guardá-la com segurança foram, mal avaliados pelos usuários (SÁ, 2019).

Pinto (2012) avaliou a cobertura de quatro práticas de promoção da saúde (orientação sobre parar de fumar, de ingerir bebidas alcoólicas, exercício físico, alimentação saudável) e sua relação com alto escore de APS através do *PCATool*, na visão de 1200 usuários adultos de serviços públicos Porto Alegre – RS, de julho de 2006 a agosto de 2007. O aconselhamento mais prevalente foi sobre alimentação saudável em 40,4% (IC95% 36,9 – 44), seguido de parar de fumar em 31,9% (IC95% 26,2 – 37,6) e exercício físico em 28,7% (IC95% 25,30 - 32,06). A prática menos realizada é a orientação sobre bebidas alcoólicas que ocorreu em apenas 8,1% (IC95% 5,7 – 10,6). Os resultados das análises de regressão demonstraram que os serviços de alto Escore Geral e Essencial realizam mais as quatro práticas de promoção da saúde ( $p < 0,001$ ) (PINTO, 2012).

Sala *et al.* realizaram um estudo em São Paulo – SP utilizando uma adaptação do *PCATool* (com uma escala Likert de 1, nunca, a 6, sempre) para comparar a “Integralidade” em serviços com ESF e serviços chamados de Programação em Saúde (tradicionais), sob o ponto de vista dos usuários dos serviços (90 pessoas de cada serviço). Do elenco de serviços, as atividades preventivas que receberam altas proporções (acima de 95%) de respostas “sempre” foram: imunização de crianças, imunização de adultos, e prevenção de câncer de colo uterino. Das atividades assistenciais programáticas, pré-natal, controle de diabetes e de hipertensão também receberam mais de 95% de respostas “sempre”. Por outro lado, alguns itens receberam baixo percentual de respostas “sempre”: Educação sobre violência doméstica (38,9%), Educação acidentes domésticos (36,4%), Orientação de interrupção de álcool e fumo (55,6%), Problema de saúde mental (46,4%) e Educação sobre preparo higiênico de alimentos (28,3%) (SALA *et al.*, 2011). Mais uma vez percebe-se que na prática, a integralidade se resume a serviços prestados a tradicionais grupos de ações programáticas (saúde materno-infantil e doenças crônicas).

Um trabalho mediu a “Integralidade” na APS em municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, localizada na região central do Estado, composta por 2 regiões de saúde (Verdes Campos e Entre Rios), entre os meses de fevereiro e julho do ano de 2015, por meio de entrevista com a utilização do *PCATool* versão profissional. Participaram da pesquisa 206 profissionais. Ambos os componentes do atributo foram maiores de 6,6 em todas regiões avaliadas. Com relação ao componente “Serviços Disponíveis”: o item que diz respeito ao planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais (saúde da mulher) foi aquele que obteve maior prevalência de respostas positivas (93,20%, média 3,89, numa escala de 0 a 4), seguido do item que se refere a cuidados domiciliares (média 3,85). Já a menor média (2,11) foi atribuída ao item que se refere a remoção de verrugas nos serviços, seguido do item que diz respeito a identificação de problemas visuais com (média 2,19). Quanto ao componente “Serviços Prestados”: 87,86% dos entrevistados referem realizar orientações sobre utilização e armazenamento de medicamentos com seus pacientes, sendo este item o detentor da maior média (3,77), seguido do item que abrange alimentação saudável (3,75). Os itens com as menores médias (1,28; 1,84) se referem a posse de armas de fogo e orientações sobre a saúde/segurança da criança, respectivamente (PUCCI, 2017).

Lima (2016) analisou o alcance dos atributos da APS na prática de 15.668 equipes de saúde brasileiras, na perspectiva dos profissionais e usuários, comparando-se os resultados do PMAQ-AB, entre os ciclos 1 e 2. A “Integralidade” foi avaliada como oferta de serviços preventivos e curativos, com componentes “serviços realizados/escopo de ações” e “resolutividade”. As variáveis selecionadas enfatizaram a percepção dos profissionais e usuários em relação a que serviços são oferecidos (consultas, exames, medicamentos, vacinas) e para tal escolheu-se alguns marcadores como hipertensão, diabetes e pré-natal. E também, em que medida a equipe de atenção básica se organiza para resolver a maior parte das necessidades na própria UBS. Em relação ao escopo de ações, observam-se alguns resultados superiores no ciclo 2, principalmente em relação à disponibilidade de consultas médicas e de enfermagem e solicitação de exames para grupos prioritários, mas melhorias ainda precisam ser feitas. Procedimentos/pequenas cirurgias são realizados por 63,1% das equipes, mas a sutura de ferimentos só é feita por 30,8% (LIMA, 2016; LIMA *et al.*, 2018).

Alguns estudos demonstraram que em geral serviços de saúde com ESF possuem maior presença do atributo “Integralidade”. Por exemplo, um estudo teve o objetivo de comparar a presença e extensão dos atributos da APS entre UBS com ESF e as UBS tradicionais da zona leste de São Paulo – SP, através da aplicação do *PCATool* para profissionais. Foi encontrado um melhor desempenho da ESF em relação aos atributos “Longitudinalidade” ( $p=0,0330$ ),

“Integralidade – Serviços Prestados” ( $p=0,0011$ ), e “Orientação Comunitária” ( $p=0,0017$ ). O atributo “Integralidade – Serviços Disponíveis” não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos estudados (MARTINS *et al.*, 2016). Um outro estudo comparou UBS tradicionais e unidades com ESF quanto à presença e extensão dos atributos da APS utilizando o *PCATool* versão criança em Colombo – PR. Foram entrevistados os responsáveis de 482 crianças (235 de unidades ESF e 247 de UBS), abrangendo todas as unidades de APS do município, entre junho e julho de 2012. As UBS tiveram escores baixos em todos os atributos. No que se refere ao atributo “Integralidade”, as unidades com ESF obtiveram escore 6,2, superior às UBS, que alcançaram 4,7 (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015b).

Percebe-se que grande parte dos estudos apontam para baixa resolutividade da APS quanto a realização de pequenos procedimentos e para assistência em saúde com olhar fragmentado do indivíduo. É importante ressaltar, que todos os itens do atributo Integralidade fazem parte do Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2015) e também estão presentes na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) publicada pelo MS em 2019 (BRASIL, 2019). Reforça-se então a necessidade de investimentos tanto de estrutura (por exemplo, em Fortaleza, as unidades não possuem material de pequenas cirurgias) quanto de capacitação profissional.

40 anos depois da Declaração de Alma-Ata ainda vemos debates sobre uma APS abrangente, integral, e uma APS seletiva. A chamada global para UHC, a demanda por sistemas nacionais de saúde integrados, coordenados pela APS, que atendam às crescentes necessidades de prevenção e tratamento de condições agudas e crônicas em todo o mundo, e os custos crescentes e a fragmentação da assistência apontam para a necessidade de uma abordagem cada vez mais abrangente, integral. Integralidade significa mais do que a amplitude dos serviços técnicos oferecidos. Envolve atenção às necessidades da pessoa como um todo, além de seus órgãos ou doenças, com atenção ao contexto social e vínculos. O desafio é entender melhor como medir a multiplicidade de significados por trás da Integralidade e como promovê-la da melhor maneira para melhoria do sistema de saúde (BITTON, 2018).

### **5.7 Orientação Familiar (I) e Orientação Comunitária (J)**

Barbara Starfield elenca três atributos derivados da APS: a “Orientação Familiar” (conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e aos cuidados das enfermidades); “Orientação Comunitária” (conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato com a comunidade, sua relação com ela, assim

como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços); e “Competência Cultural” (reconhecimento das necessidades especiais que são baseadas em diferentes culturas) (STARFIELD, 2002). Em relação a validação do atributo “Competência Cultural” no *PCATool* Brasil, este foi excluído, já que na análise fatorial não se consolidou uma dimensão com três ou mais perguntas representativas deste atributo (HARZHEIM *et al.*, 2006).

No Brasil, a participação da comunidade e a importância do contexto familiar são marcos importantes do SUS. A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. O CNS é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS que tem a missão de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, levando as demandas da população ao poder público, chamado de controle social. As atribuições do CNS estão regulamentadas pela Lei n.º 8.142/1990, que dispõe sobre a participação social no SUS, preconizada em todas as esferas de governo (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013). O controle da população em relação ao Estado é uma estratégia para garantir o direito à saúde e construir uma sociedade democrática (FERNANDES; SPAGNUOLO; BASSETTO, 2017).

O documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” publicado em 1997 pelo MS apresenta a família como o novo objeto da atenção em saúde em substituição ao indivíduo. A centralidade da atenção está na família uma vez que ela é “o objeto precípuo da atenção”. O contexto familiar é apresentado como espaço inicial de construção de relações, de luta por condições de vida e saúde mais favoráveis e de melhor visibilidade dos determinantes do processo saúde doença, o que justifica ser a família o centro da atenção. São apresentados oito objetivos específicos que contemplam ações para que se alcance o objetivo macro, dentre eles, um está voltado para “eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (BRASIL, 1997). Na PNAB de 2006 a família aparece em duas das cinco atribuições da ESF: cuidar dos indivíduos e das famílias ao longo da vida, antecipando-se aos problemas de saúde-doença da população e ter a família e a comunidade como foco da atenção, sendo necessária a realização do diagnóstico de saúde da comunidade para o conhecimento de indivíduos e famílias e planejamento das ações (BRASIL, 2006).

Em nosso estudo, o escore médio do atributo “Orientação Familiar” na APS de Fortaleza segundo os usuários adultos foi de 4,89 (mín. 0, máx. 10, DP 3,1, IC95% 4,5-5,3) (Tabelas 12 e 14), e o escore médio do atributo “Orientação Comunitária” foi 4,02 (mín. 0, máx. 10, DP 2,3, IC95% 3,7-4,3) (Tabelas 13 e 14), demonstrando um baixo desempenho (<6,6). Nos

estudos prévios realizados com profissionais de saúde da APS de Fortaleza, os valores obtidos haviam sido 7,66 e 6,79 (ROLIM, 2016); e 7,61 e 6,87 (SALES, 2013), respectivamente. Novamente, a avaliação dos profissionais foi mais positiva do que dos usuários. No estudo realizado com o *PCATool* versão crianças em 2016 em Fortaleza, os escores médios foram 4,52 e 3,36 (TOMÉ, 2016).

Essa diferença na opinião de usuários e profissionais foi visto também em outros estudos. Um estudo realizado em 3 municípios de portes diferentes em Pernambuco avaliou a presença e extensão da orientação comunitária e do enfoque familiar na APS em relação a crianças em unidades da ESF, sob a ótica dos usuários e profissionais, 2014. Ambos os atributos foram considerados de baixo escore (<6,6) para os cuidadores das crianças que utilizavam a ESF, diferentemente da avaliação realizada pelos profissionais (escores >6,6). Quando os usuários foram interpelados se seu médico ou enfermeiro lhes perguntava sobre suas ideias e opiniões acerca do tratamento e cuidado de sua criança, estes atribuíram baixos escores (<6,6), diferentemente dos profissionais de saúde. Quando perguntados sobre a realização de pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que eles (serviços, equipes) deveriam conhecer, os usuários atribuíram baixos escores (<6,6), menores que aqueles concedidos pelos profissionais. Os usuários atribuíram baixos escores à questão sobre serem convidados a participarem dos Conselhos Locais de Saúde (KARLA *et al.*, 2017).

Alencar *et al.* (2014), avaliaram os atributos da APS “enfoque familiar” e a “orientação para a comunidade” na ESF de São Luís – MA, com o intuito de comparar se as respostas diferem entre usuários (883), profissionais (80) e gestores (32). Para tanto, utilizaram questionários adaptados partir do *PCATool*. Os entrevistados responderam a cada pergunta segundo uma escala Likert de respostas: de 1= nunca a 6=sempre. Quanto maior o percentual e o escore, melhor a avaliação dos atributos estudados. Os resultados mostraram que o escore do atributo enfoque familiar foi de 2,7; 4,9; e 5,3 para usuários, profissionais e gestores, respectivamente. O escore para orientação para a comunidade foi de 2,9; 3,9; e 4,8 usuários, profissionais e gestores, respectivamente (ALENCAR *et al.*, 2014).

No presente estudo, o item I1 (O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?) recebeu 62,2% (n=145) de repostas “Com certeza, não”. O item I2 (O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família?) recebeu 59,7% (n=139) de repostas “Com certeza, sim”. Já a maioria dos usuários (37,3%, n=87) respondeu “Provavelmente, não” ao item I3 (O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?).

O item J1 (Alguém no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?) recebeu 65,2% de respostas “Com certeza, sim”. Esse resultado deve-se provavelmente ao papel dos ACS. Tal fato foi visto também em um estudo prévio em Londrina – PR. A avaliação da APS em relação a crianças, em 2013, em 39 unidades básicas, mostrou que: o escore para a “Orientação Familiar” foi 5,082 e para “Orientação Comunitária” de 5,462. A única pergunta que atingiu o valor ideal foi sobre a realização de visitas domiciliares (7,057) (DASCHEVI *et al.*, 2015). Outro exemplo, pesquisa no município Oeste do Paraná – PR, com 548 cuidadores de crianças, em 24 unidades de saúde, o escore para “Orientação familiar” foi 4,4 e para “Orientação comunitária” foi 5,1 (ARAUJO *et al.*, 2014). Dados de ciclo 2 do PMAQ-AB de 80 municípios do Estado de São Paulo mostram que 85% dos usuários entrevistados relataram receber visitas regulares dos ACS, mas sobre receberem visita de outros profissionais de saúde, 58% responderam “nunca” ou “quase nunca” (CATANANTE *et al.*, 2017).

A visita domiciliar, quando bem utilizada, é um instrumento usado para que os serviços consigam se aproximar e identificar as necessidades das famílias dentro da comunidade, auxiliando nas medidas que devem ser tomadas (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001). Uma pesquisa qualitativa feita com grupos focais de usuários e profissionais da ESF, em Manaus – AM, mostrou que a abordagem familiar se fez presente em poucas ações tais como: reunião com a família e visita domiciliar realizadas por ACS, e, atividades desenvolvidas por enfermeiros e médicos na intermediação de conflitos familiares. A análise da documentação da família mostrou que os registros sobre o núcleo familiar se dão de forma incompleta e insuficiente, sem interlocução entre os membros da família. O prontuário familiar encontra-se fragmentado com as fichas separadas por programas prioritários e a ficha de cadastro das famílias com dados socioeconômicos sob a guarda do ACS dificultando sua consulta por parte dos demais membros das ESF. A visita domiciliar é por sua vez uma prática mais direcionada aos indivíduos do que às famílias. Seus objetivos foram referidos como: uma atividade administrativa de coleta de dados, uma atividade assistencial para portadores de limitações que os impeçam de ir à unidade de saúde, uma forma de estabelecer vínculos, resgatar faltosos e agendar procedimentos (SILVA, 2010). Assim, observa-se que mesmo realizando visitas domiciliares, estas ainda não são focadas na abordagem familiar.

A maioria das repostas aos itens J2 (O seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?) e J3 (O seu “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?) foram do tipo “Provavelmente, não”, 32,2% (n=75) e 33,9% (n=79) respectivamente. Repostas negativas também prevaleceram aos itens J4 (Faz

pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo as necessidades das pessoas?) e J5 (Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?): 56,7% (n=132) e 53,2% (n=124), respectivamente. Destaca-se que 85,8% (n=200) dos participantes responderam “Com certeza, não) ao item J6 (Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde?). Oliveira (2012) argumenta que a participação dos usuários pode estar sendo restrita ou que a população desconhece a existência dos Conselhos (OLIVEIRA, 2012).

Resultados semelhantes foram vistos em pesquisa realizada com usuários adultos em Juazeiro do Norte – CE. O atributo “Orientação Comunitária” obteve escore médio 3,8. Destaca-se que 57,5% dos usuários afirmaram que desconheciam a realização de pesquisa sobre o nível de satisfação das necessidades das pessoas; 42,5% dos entrevistados asseguraram que “com certeza”, os profissionais desconhecem os problemas de saúde da comunidade. Os usuários, ao serem perguntados se os profissionais escutavam suas opiniões e ideias durante as consultas, 41,6% afiançaram “com certeza, não” e “provavelmente, não”. Apenas 2,9% dos usuários admitiram que foram convidados para participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Apesar de não ter sido avaliado em nosso estudo, alguns pesquisadores mostraram resultados que a orientação familiar e comunitária é maior em relação aos profissionais enfermeiros do que médicos sob a visão dos usuários. Um estudo feito em João Pessoa – PB, com 344 cuidadores de crianças em 53 unidades, evidenciou os valores 3,7 e 5,7 para os atributos “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária”. 46,6% dos entrevistados responderam ter certeza de que o enfermeiro costuma realizar visita domiciliar e 22,9% afirmaram que o médico realiza a visita. No tocante ao conhecimento dos profissionais sobre os problemas de saúde importantes da vizinhança, 16,9% dos entrevistados têm certeza de que os enfermeiros os conhecem e 9,6% estão certos que os médicos conhecem. Em relação à identificação de problemas através de pesquisas na comunidade, 23,8% dos entrevistados não lembraram se o enfermeiro realiza essas pesquisas e 13,4% referem não se lembrar de médico realizá-las (SILVA *et al.*, 2016).

Antunes (2015) realizou uma revisão integrativa de literatura com a questão de pesquisa: “quais fatores interferem na orientação familiar e comunitária da APS?”. Foram incluídos 32 artigos. Evidenciaram-se oito fatores que interferem na “Orientação familiar”: conhecimento do ambiente e das condições psicossociais; atitudes dos profissionais; compreensão da importância do cuidado voltado à família; formação acadêmica adicional; concordância de um membro da família; comunicação; oficina de educação em saúde;



aconselhamento. Quatro fatores interferem na “Orientação comunitária”: visitas domiciliares; estratégias para monitorar a efetividade do serviço; falta de recursos; e interação com o usuário (ANTUNES, 2015).

Apesar do atributo “Competência cultural” não fazer parte do *PCATool* Brasil, entende-se que esta é uma característica importante dos serviços de saúde. A Competência cultural envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características especiais. Se a Integralidade for bem alcançada, estas necessidades especiais deveriam ser reconhecidas e abordadas na variedade de serviços. No Brasil, para produção do cuidado integral, torna-se necessário que os profissionais que atuam na APS considerem o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, visto a grande influência social e cultural sobre a adoção de comportamentos e utilização dos serviços de saúde (DAMASCENO; LEONARDO; SILVA, 2018). Em pesquisa usando dados secundários do primeiro ciclo do PMAQ-AB, realizado entre os anos de 2012 e 2013, Protasio *et al.* encontraram dois fatores principais influenciando a satisfação dos usuários com a APS brasileira: a percepção de que os profissionais de saúde não conseguem responder às suas necessidades e problemas (OR = 0,39; IC 95%: 0,35-0,43) e de que seus hábitos culturais, costumes e religião não são respeitados (OR = 0,44; IC 95%: 0,37-0,52) ou são pouco respeitados (OR = 0,49; IC 95%: 0,45-0,54) (PROTASIO *et al.*, 2017).

Sumariamente, em Fortaleza, os atributos “Orientação Familiar” e “Orientação Comunitária” foram considerados abaixo do ideal na perspectiva dos usuários adultos. Recomenda-se que equipes de saúde família aumentem o vínculo com os usuários e suas famílias, que tornem mais explícitas aos usuários as ações coletivas já desenvolvidas e que ampliem a gama dessas ações, a fim de estreitar o relacionamento com a comunidade, respeitando as necessidades de cada contexto social, econômico e cultural. É de suma importância estimular e fazer valer o direito de participação da comunidade no processo de trabalho das equipes de saúde, através de reuniões e conselhos, o que irá também fortalecer outros atributos da APS.

## **5.8 Influência da Estrutura e Organização das Unidades de Saúde na Qualidade da APS**

Como dito anteriormente, Donabedian propõe a avaliação da qualidade dos serviços de saúde através da análise da estrutura, processos e resultados. A estrutura é conceituada como sendo o lugar em que o cuidado ocorre, ou seja, corresponde aos recursos necessários para o processo assistencial, abrangendo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional e

características do serviço. O processo corresponde às ações por parte dos profissionais na assistência ao usuário, incluindo aspectos técnicos e as relações interpessoais. O resultado é compreendido como alterações nos resultados de cuidado de saúde, incluindo o grau de satisfação (DONABEDIAN, 1988). O *PCATool* versão usuários adultos permite a avaliação da estrutura e do processo dos serviços sob a ótica dos usuários através dos atributos da APS. Por isso, decidiu-se descrever as características estruturais e organizacionais das UAPS que pudessem justificar os valores dos escores encontrados no *PCATool*.

Sobre as 19 UAPS participantes deste trabalho em Fortaleza, as características sobre composição de profissionais, população de cada unidade e tempo de agendamento de consultas estão resumidas na Tabela 4. O número médio de pessoas da população adscrita foi de 15.557, sendo o número médio de eAB menor que 1 e eSF aproximadamente 4. O Ministério da Saúde recomenda que em uma unidade trabalhem, no máximo, cinco eSF, devido às dificuldades de organização de agenda e dos fluxos operacionais que garantem as mudanças de práticas de saúde, necessárias ao modelo de atenção proposto pela estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Apenas 9 UAPS possuem médicos de Família e Comunidade (seja com Residência médica ou título de especialista) compondo suas equipes de saúde (Alarico Leite, Anísio Teixeira, Edmar Fujita, Luís Franklin, Mattos Dourado, Messejana, Waldo Pessoa, Anastácio Magalhães, Irmã Hercília). Percebe-se que a minoria dos médicos atuantes na ESF das unidades da pesquisa (20%, n=16 de total de 77 médicos) possuem formação qualificada, sendo a residência padrão-ouro na formação de especialistas (ANDERSON, 2019) e a MFC a especialidade ideal para a APS (STARFIELD, 2009).

Leão e Caldeira (2011) verificaram a associação entre os atributos da APS e a qualificação profissional de médicos e enfermeiros em Montes Claros – MG. Utilizou-se o *PCATool* versão criança. As equipes onde atuavam profissionais com residência em Saúde da Família ou residência de MFC apresentaram escores dos atributos da APS mais elevados (EG 6,6) do que os escores das equipes onde os profissionais não possuíam tal qualificação (EG 6,2) (p=0,009). No modelo multivariado houve associação de alto escore da APS com profissional ter residência (p<0,001, RP 1,23, IC95% 1,09-1,38) (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

Turci et al. realizaram um trabalho com objetivo de avaliar o desempenho da APS em Belo Horizonte – MG, utilizando o *PCATool* entre 538 enfermeiros e 147 gerentes da ESF, e analisar a influência das características estruturais e organizacionais das unidades. As características estruturais consideradas foram: a existência de equipamentos e insumos na UBS para o desempenho das funções nos últimos 6 meses; o suprimento adequado de medicamentos

essenciais nos últimos 6 meses; e pelo menos 50% dos profissionais da ESF treinados em Saúde da Família. Os fatores organizacionais considerados foram: presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (30 horas semanais) e o número de equipes da ESF por unidade. O Escore Geral da APS foi 7,5. Os fatores associados ( $p < 0,05$ ) à melhor performance da APS foram: disponibilidade de equipamentos e outros insumos, formação dos profissionais em Saúde da Família, presença do médico por mais de 30 horas semanais; e quatro ou mais equipes por UBS (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Uma pesquisa realizada em Goiânia – GO buscou analisar o perfil de formação e qualificação dos profissionais da ESF e os fatores associados com a qualidade da APS medido pelo *PCATool* versão profissionais. Participaram do estudo 48 médicos e 44 enfermeiros. Os resultados apontaram que os médicos apresentaram maior rotatividade no serviço e os enfermeiros maior experiência e qualificação profissional, bem como maior vínculo com a ESF. A avaliação dos atributos da APS indicou baixo Escore Essencial (6,5) e alto Escore Geral (6,7). A regressão logística indicou que a menor rotatividade de médicos e o aperfeiçoamento profissional associaram-se à melhor qualidade dos serviços (OLIVEIRA, 2014).

Seis UAPS (Aida Santos, Anísio Teixeira, Mattos Dourado, Anastácio Magalhães e Carlos Ribeiro) possuem médicos pediatras com pelo menos 20h semanais e sete UAPS possuem médicos gineco-obstetras com pelo menos 20h semanais (Anísio Teixeira, Mattos Dourado, Messejana, Abel Pinto, Gothardo Peixoto, Anastácio Magalhães e Irmã Hercília). Estes especialistas podem consultar também pacientes encaminhados de outras unidades. Esse tipo de organização da APS, com médicos de áreas consideradas básicas, como Pediatria, Gineco-Obstetrícia e Clínica Médica, mas não MFC, remonta o que na literatura brasileira se chama de UBS tradicionais (sem ESF), ou como eram conhecidos nos anos 1970, os Centros de Saúde. Esse modelo é baseado no modelo soviético, onde a equipe básica era constituída por clínico geral ou internista, pediatra, gineco-obstetra, odontólogo, enfermeiras e pessoal auxiliar, em serviços chamados de policlínicas (CAMPOS, 2006; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O número médio de ACS por unidade foi de 18,6 (variando de 7 a 49). Observa-se grande discrepância no número de ACS por equipes e unidades. Por exemplo, a UAPS Osmar Viana, que possui 3 equipes de saúde, com 9.409 pessoas adscritas, possui apenas 7 ACS no total, enquanto a UPAS Gothardo Peixoto, que possui também 3 equipes, com 8.928 pessoas adscritas, contém 14 ACS. Apesar da PNAB de 2017 não estipular um número mínimo de ACS por equipes, sabe-se da importância desde profissional, principalmente em relação aos atributos de Orientação familiar e comunitária da APS, facilitando os trabalhos de vigilância e de promoção da saúde realizados por equipe multiprofissional (KLUTHCOVSKY;

TAKAYANAGUI, 2006). A versão da PNAB de 2011 orienta que equipes sem profissional médico, devem no mínimo 4 e no máximo 12 ACS para cada enfermeiro (BRASIL, 2011).

Três unidades (Mattos Dourado, Anastácio Magalhães e Carlos Ribeiro) possuem médicos de outras especialidades, dentre as seguintes áreas: dermatologia, cardiologia, endocrinologia, otorrinolaringologia e clínica médica. Apesar destes especialistas focais estarem alocados em UAPS específicas, eles podem consultar pacientes encaminhados de outras unidades. É necessário alertar que as condutas dos especialistas focais, quando trabalhando em APS, não terão a excelência requerida se não lhes for oferecida a qualificação específica necessária para este cenário (CASTRO FILHO, 2007). Ainda que não se possa negar que há déficit de oferta de Atenção Ambulatorial Especializada, muitos problemas que se manifestam sob a forma de “vazios assistenciais de média complexidade”, podem ser solucionados por meio de novas formas de organização das relações com a APS, como o uso de telecomunicação, apoio matricial, *colaborative care* e *shared care* (TESSER, 2017), sem aumentar a oferta de serviços ambulatoriais secundários. Há evidências de que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas apresentam quadros de menor complexidade que devem ter sua atenção concentrada na equipe da APS e nas ações de autocuidado porque, em geral, não se beneficiam da atenção especializada (CONASSS, 2015). Mendes afirma que “os especialistas, no modelo de RAS, cumprem, em geral, o papel de interconsultor e de suporte para as ações da equipe de APS. As evidências demonstram que a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles se conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os generalistas” (MENDES, 2011).

A grande maioria das unidades funcionam de 7h as 19h com acolhimento tanto de enfermagem quanto de médicos. Apesar desta característica, como dito e discutido anteriormente, o atributo “Acesso de primeiro contato – Acessibilidade” obteve o pior escore médio dentre todos os avaliados em Fortaleza (Tabela 6).

O número médio de dias de espera para o agendamento de uma consulta eletiva (não caracterizada como urgência de demanda espontânea e nem pertencente a algum programa de grupo específico, como hipertenso, diabético, criança ou gestante) foi de 49,7 dias. Vários trabalhos têm demonstrado que dificuldade de atendimento e longo tempo de espera para consultas são critérios de insatisfação para usuários de serviços de saúde, inclusive em Fortaleza. Uma pesquisa descritiva, com 345 usuários adultos das UAPS de Fortaleza em 2007, mostrou que os serviços mais procurados foram os serviços médicos, sala de preparo (verificação da pressão arterial e curativos) e o serviço de farmácia (dispensação de medicamentos). O atendimento médico foi o mais procurado no dia das entrevistas, com tempo médio de espera de

105,1 minutos. Observou-se um tempo médio de espera para qualquer atendimento das UAPS de 93,4 minutos, variando entre um minuto e 7 horas de espera. 53,3% dos participantes estava “insatisfeito” ou “muito insatisfeito” com a rapidez no atendimento de funcionários (SOARES GONDIM; ANDRADE, 2014).

No Ceará, em 2005, foi realizado um estudo com 2.956 mulheres, em 46 municípios, com o objetivo de explorar possíveis determinantes da satisfação do usuário com base em uma ampla concepção do sistema de saúde, envolvendo variáveis de escala individual e municipal. Foram medidas três percepções de satisfação: percepção quanto a um evento de saúde específico nos últimos 3 meses; percepção geral; e satisfação com o ACS. Foram analisadas 17 variáveis individuais, agrupados em: características sociodemográficas e econômicas; resultado em saúde; prestação de cuidados de saúde; e, conscientização de espaço de voz no planejamento de saúde local. E analisadas 50 variáveis municipais, agrupadas em: organização e gestão formais; organização informal; e cultura política local. Três determinantes foram fundamentais para as três medidas de avaliação do usuário: marcar uma consulta; melhorar da condição de doença; e o tipo de município (rural ou urbano) (ATKINSON; HARAN, 2005).

Todas as unidades tiveram suas estruturas físicas reformadas e aquelas construídas a partir de 2014 seguem em sua grande maioria o mesmo modelo de planta, contendo os mesmos recursos materiais. Essas características estão de acordo com as recomendações do MS (BRASIL, 2008). Apesar de todas possuírem sala de procedimentos, poucas possuem material disponível para pequenos procedimentos e cirurgias, sendo, em muitos casos, esta sala utilizada como sala de curativos. Um estudo com dados dos 1º e 2º ciclos do PMAQ mostrou que as UBS brasileiras em geral tiveram melhoria quanto a prevalência de estrutura adequada (materiais, medicamentos e espaço físico) de 2012 para 2014. Os municípios com mais de 300 mil habitantes, melhor Índice de Desenvolvimento Humano e menor cobertura de ESF foram os que registraram maiores prevalências de UBS adequadas, demonstrando ainda as iniquidades regionais (NEVES *et al.*, 2018).

O presente estudo não investigou características quanto ao ambiente, como limpeza, iluminação e manutenção de materiais, apesar destes aspectos também influenciarem a satisfação dos usuários (BRANDÃO *et al.*, 2013; ROQUE; VELOSO; FERREIRA, 2016). Um estudo avaliou a percepção dos usuários com a qualidade do atendimento nas UBS de Recife – PE, sendo entrevistados 939 usuários. A pesquisa estudou a satisfação dos usuários através da avaliação da estrutura (condições oferecidas pelas unidades de saúde) e processo de trabalho (ação e inter-relação humana na atenção à saúde do usuário). Cada questão avaliada teve atribuído um valor de 0 a 10, em escala Likert. Sobre a estrutura, a porcentagem de satisfação foi

maior em relação a: limpeza da unidade e a conservação dos equipamentos (70%). Os percentuais mais elevados de insatisfação foram relacionados a: possibilidade de participação de atividades educativas no momento de espera da consulta (73,9%); quantidade e o conforto das cadeiras (54,2%); e a temperatura da unidade (46,1%). Quanto mais jovem e com mais escolaridade, maior a insatisfação com as condições oferecidas (SANTIAGO *et al.*, 2013).

Um estudo sobre o desempenho da ESF em Campina Grande – PB e a relação com estrutura e processos foi realizado mediante entrevista com um enfermeiro de 20 unidades de saúde escolhidas aleatoriamente. Informações adicionais, relacionadas às atividades específicas desenvolvidas pela equipe multiprofissional, foram coletadas em reunião com a equipe. Considerando a avaliação da estrutura, a ventilação e as condições de área física foram os parâmetros com maior quantidade de avaliações inadequadas (92,3%), seguidos da dimensão (40%), ruído (30%) e iluminação (10%) (ROCHA *et al.*, 2012).

Entende-se que a estrutura física é importante para a oferta de ações em saúde, resolutividade e na realização de práticas com qualidade. No caso de Fortaleza, constatou-se que, dentre as características estruturais pesquisadas, não houve indisponibilidade de equipamentos. Porém, destaca-se que outros problemas, como falta de materiais e insumos, utensílios cirúrgicos e odontológicos, que comprometem a qualidade do serviço ofertado e impossibilita a execução de ações de forma resolutiva, não foram pesquisados. Foi notável outros problemas organizacionais como: baixa cobertura de ESF, número de equipes inadequado por população adscrita, baixo número de ACS, pouca qualificação profissional em Saúde da Família ou MFC e longo tempo para agendamento de consulta. Desta forma, a avaliação da estrutura constitui instrumento importante na prática gerencial, devendo ser estimulada e discutida.

### **5.9 Fatores que influenciam a Avaliação da APS: Modelagem Multinível**

Características sociodemográficas estão associadas não só com a utilização dos serviços de saúde, mas também com o grau de satisfação dos usuários. Como demonstrado anteriormente, características estruturais e de processo também influenciam a opinião dos usuários. Assim, além da análise descritiva dos escores médios obtidos aos atributos da APS, foi realizada análise sobre a influência tanto das características sociodemográficas e epidemiológicas dos usuários quanto das características estruturais das UAPS com o valor do escores.

As técnicas de análise estatística univariadas são utilizadas quando há uma única medida de cada elemento na amostra ou quando, havendo várias medidas de cada elemento, cada variável é estudada isoladamente (MALHOTRA, 2001). Segundo Hair e colaboradores (2009),

as análises de dados podem referir-se a diversas variáveis, incluindo a análise de relações entre essas variáveis, por meio da análise estatística multivariada. A análise de regressão múltipla é uma técnica multivariada que pode ser utilizada para mensurar a relação entre uma única variável dependente métrica e duas ou mais variáveis independentes, avaliando o grau e o caráter da relação entre as variáveis dependentes e independentes por meio do exame da magnitude, do sinal e da significância estatística do coeficiente de regressão de cada variável independente (HAIR *et al.*, 2009). Quando analisamos variáveis de diferentes níveis hierárquicos, como neste estudo, características de indivíduos com características do serviço, utilizados a modelagem multinível (SANTOS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2000).

Dessa forma, as características dos questionários dos Apêndices A e B que não eram do tipo dicotômicas (Sim e Não) foram agrupadas em categorias de variáveis mais presentes de acordo com os resultados apresentados nas Tabelas 1, 2, 3 e 4.

Assim, sobre as características dos usuários, escolheu-se as categorias: Idade, Raça (Parda e Outras); Sexo (Feminino e Masculino); Frequenta escola (Sim e Não); Escolaridade (Ensino Fundamental, Médio e Superior); Tipo de Domicílio (Casa e Outros); Possui plano de saúde privado (Sim e Não); Tem alguma deficiência (Sim e Não); Tem doença do coração (Sim e Não); Tem doença no pulmão (Sim e Não); Tem ou teve problemas no rins (Sim e Não); Está gestante (Sim e Não); Está fumante (Sim e Não); Faz uso de álcool (Sim e Não); Tem pressão alta (Sim e Não); Tem diabetes (Sim e Não); Internação nos últimos 12 meses (Sim e Não); Diagnóstico de problema mental (Sim e Não).

As tabelas 15, 16 e 17, mostram o comparativo de análise univariada do Escore Geral médio obtido pelo *PCATool* em Fortaleza em relação as características coletadas na pesquisa. Aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis para verificar se o comportamento médio do escore comporta-se de maneira similar ou não entre as categorias das variáveis. Não foi possível detectar diferenças do escore geral entre as categorias das características analisadas, com  $p$ -valor  $> 0,05$ . Porém, quando analisada as mesmas categorias de variáveis, mas em relação não ao Escore Geral médio de Fortaleza e sim a cada um dos atributos do *PCATool* separadamente, foram encontradas diferenças significativas (Tabelas 20, 21 e 22). As características estruturais das UAPS também não tiveram associação estatisticamente significativa na análise univariada com o Escore Geral ou Escore Essencial (dado não demonstrado em tabelas).

Os resultados mostram que a maior idade foi significativamente associada a um escore mais elevado do atributo “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” ( $p=0,018$ ) e a um escore menor do atributo “Orientação familiar” ( $p=0,004$ ). Frequentar escola foi uma característica associada a maior atributo “Grau de Afiliação” (9,9,  $p=0,046$ ), menor atributo

“Acesso de Primeiro Contato – Utilização” (7,1,  $p < 0,001$ ), menor atributo “Longitudinalidade” (5,9,  $p = 0,032$ ) e menor atributo “Orientação Familiar” (3,1,  $p = 0,026$ ). A escolaridade teve influência significativa no atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” ( $p = 0,004$ ), com valores inversamente proporcionais ao número de anos de estudo: 8,4 para usuários com Ensino Fundamental, 7,9 para usuários com Ensino Médio e 6,7 para usuários com Ensino Superior.

Esses resultados corroboram estudos anteriores que mostraram que pessoas com maior escolaridade tem menor satisfação com os serviços de saúde (BRANDÃO, 2011; PASSERO, 2013). Cotta *et al.* (2005) afirmam que a população com menor grau de escolaridade tende a emitir menos juízos de valor e ser mais condescendente com os serviços de saúde que lhe são prestados expressando graus mais elevados de satisfação (COTTA *et al.*, 2005). Outros estudos, pelo contrário, mostraram associação positiva entre alta escolaridade e altos escores da APS ou alta satisfação. Porém, nestes trabalhos, esse fenômeno ocorreu com o aumento da idade. No estudo feito por Augusto *et al.* (2019), idosos com 80 anos ou mais e aqueles de maior escolaridade (8 anos ou mais de estudos) avaliaram melhor o “Acesso” ([RP=1,13 – IC95% 1,00;1,27] e [RP=1,18 – IC95% 1,04;1,33], respectivamente) e a “Longitudinalidade” ([RP=1,32 – IC95% 1,16;1,52] e [RP=1,24 – IC95% 1,05;1,46], respectivamente) (AUGUSTO *et al.* 2019).

O atributo “Longitudinalidade” foi avaliado através do *PCATool* com 1.076 usuários adultos nos diferentes modelos assistenciais na APS de 32 municípios do Rio Grande do Sul em 2015. Foi então verificada a associação, por regressão, do escore com características demográficas, socioeconômicas e de contexto de saúde (variáveis independentes): sexo, faixa etária, escolaridade ( $\leq 8$  anos e  $> 8$  anos), cor/etnia autorreferida, situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), filhos (sim e não), renda ( $\leq$  dois salários e  $>$  dois salários), emprego formal (sim e não), plano de saúde privado (sim e não), transporte utilizado para chegar à unidade de saúde (a pé e bicicleta/carro/transporte coletivo/escolar/próprio), região de saúde (Verdes Campos e Entre Rios) e o modelo de APS. Mostraram-se associadas ao alto escore: ter idade de 60 anos ou mais (RP=1,060; IC95%=1,014-1,108) e ser usuário do modelo de atenção da ESF (RP=1,107; IC95%= 1,061-1,155) (KESSLER *et al.*, 2018).

Um estudo, realizado com dados da PNAD de 2003, teve o objetivo de determinar os fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do SUS da Região Metropolitana de Belo Horizonte – MG. Participaram 8.604 adultos. A satisfação com os serviços e profissionais de saúde foi aferida por meio da recomendação para outra pessoa da atenção recebida. Os resultados mostraram maior satisfação com idade mais alta, sexo feminino e maior escolaridade (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO, 2008).



Como iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 2003 e 2005 foram realizadas no Brasil duas pesquisas, tendo como objetivo principal avaliar o desempenho do SUS. No ano de 2003, essa pesquisa foi realizada em todo território nacional, sendo chamada de Pesquisa Mundial de Saúde (PMS), e em 2005 foi realizada uma nova pesquisa com amostra representativa em dois Estados brasileiros, Rio de Janeiro e Pernambuco, conhecida como Pesquisa Mundial de Saúde com foco na Atenção Básica (PMS-AB). Os dados foram utilizados para identificar fatores associados ao grau de satisfação dos usuários. Enquadraram-se nos critérios de inclusão 3.932 usuários da PMS e 591 da PMS-AB.

Aplicou-se modelo logístico multivariado, tendo como variável dependente a satisfação e, como variáveis independentes, sexo, idade, escolaridade, forma de pagamento de serviço, situação conjugal, auto percepção de saúde, doença de longa duração, diagnóstico de depressão, tristeza, número de moradores por domicílio, tipo de construção, estratos geográficos e indicador de bens. Os resultados revelaram que ser jovem, usuário exclusivo do SUS, ter baixa escolaridade e auto percepção de saúde ruim gerou mais chances de insatisfação dos usuários com o SUS (GOUVEIA *et al.*, 2009).

A idade dos usuários também se mostrou um fator associado a altos escores de atributos da APS em um estudo realizado com população masculina (301 participantes) em unidades básicas de ESF, de Teresina – PI. Em relação à “Longitudinalidade”, quanto maior a idade dos participantes, melhor a avaliação: na faixa etária de 18 a 24 anos o percentual com escore  $\geq 6,6$  foi de 41,18%, e a partir de 60 anos esse percentual foi de 70% ( $p < 0,05$ ). O “Sistema de Informações” também foi avaliado melhor pelos participantes com idade maior: na faixa etária de 18 a 24 anos o percentual com escore  $\geq 6,6$  foi de 82,35%, e a partir de 60 anos esse percentual foi de 94,44% ( $p < 0,05$ ) (SILVA *et al.*, 2018).

No presente estudo, pessoas pardas atribuíram escores mais elevados aos atributos “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” e “Longitudinalidade” (3,0 e 6,6) quando comparados a pessoas de outras raças (2,5 e 6,0) ( $p = 0,018$  e  $p = 0,028$ ), respectivamente. Ressalta-se, porém, o alto percentual de pardos na pesquisa (69.5%), o que pode ter influenciado o resultado. Sugere-se também que pessoas pardas utilizem mais os serviços públicos de APS. Um estudo transversal em Belo Horizonte – MG com idosos mostrou uma melhor percepção da qualidade da “Longitudinalidade” pelos idosos de cor de pele não branca (RP=1,15 – IC95% 1,02;1,30). Segundo os autores, isso sugere que os serviços de saúde avaliados promovem mais equidade (AUGUSTO *et al.*, 2019). Os autores citam também outros estudo realizado nos Estados Unidos entre 1980 e 1995 que mostrou que a maior presença de médicos de família em

serviços de cuidados primários diminui morbimortalidade e iniquidades sociais (SHI *et al.*, 2003).

Em nosso estudo, ter hipertensão esteve associado a um escore menor (4,9) do atributo “Integralidade - Serviços Disponíveis” ( $p=0,039$ ), assim como ter o diagnóstico de um problema de saúde mental (escore 4,9,  $p=0,005$ ). Sabendo-se que indivíduos com condições crônicas, principalmente multimorbidade, tendem a utilizar mais os serviços de saúde (RZEWUSKA *et al.*, 2017), acredita-se que estes indivíduos são mais propensos a serem expostos a experiências ruins e assim emitir críticas quando a qualidade do serviço recebido. Fazer uso de álcool esteve associado a um escore maior (9,1) do atributo “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” ( $p=0,011$ ), talvez por serem indivíduos mais propensos a necessitar de atendimentos por queixas agudas (FONTANELLA *et al.*, 2011).

No estudo feito por Augusto *et al* (2019), os indivíduos hipertensos apresentaram pior percepção sobre a “Coordenação do cuidado” (RP=0,91 – IC95% 0,84;0,99). Além disso, a existência de uma ou mais doenças crônicas, em comparação a nenhuma doença relatada, apresentou associação significativa e independente das condições sociodemográficas e do local de residência, com uma pior avaliação da “Coordenação do cuidado” para uma doença (RP=0,91 – IC95% 0,84;1,00) e para duas ou mais doenças (RP=0,88 – IC95% 0,79;0,98), “Orientação familiar” para uma doença (RP=0,85 – IC95% 0,76;0,96) e para duas ou mais doenças (RP=0,84 – IC95% 0,74;0,95), e “Orientação comunitária” (RP=0,80 – IC95% 0,64;0,99) para uma doença crônica (AUGUSTO *et al.*, 2019).

Ter moradia própria teve associação a um escore mais elevado (4,3) do atributo “Orientação Comunitária” ( $p=0,002$ ). Este resultado pode ser explicado pelo fato de que moradores antigos do território são capazes de avaliar com mais propriedade atividades do serviço de saúde que influenciem a presença da comunidade, como as visitas de ACS.

Na Tabela 23, encontra-se o resultado do modelo linear multinível tratando as informações das UAPS (“Número total de Equipes eAB”, “Número de médicos em ESF”, “Número de ACS” e “Tempo de espera”) no formato de números contínuos. Observa-se que no modelo de regressão multinível a variável “Número total de Equipes eAB” (equipes sem médico) causou um impacto negativo (diminuição de -0,298 pontos no Escore Geral da APS) de forma significativa ( $p=0,007$ ; IC95% -0,5 – -0,1). O “Número de agentes comunitários” foi associado a um alto Escore Geral (aumento de 0,034 pontos,  $p=0,020$ ; IC95% 0,0 - 0,1). A característica da UAPS “Possui Residência de Medicina de Família e Comunidade) teve impacto positivo (aumento de 0,635 pontos no Escore Geral) ( $p=0,005$ ; IC95% 0,2 - 1,1) (Tabela 22).

Comportamento semelhante foi visto quando utilizado o Escore Essencial (que não utiliza os atributos derivados) no modelo multinível. A variável “Número total de Equipes eAB” (equipes sem médico) causou um impacto negativo (diminuição de -0,272 pontos no Escore Geral da APS) de forma significativa ( $p=0,013$ ; IC95% -0,5 - -0,10). A característica da UAPS “Possui Residência de Medicina de Família e Comunidade) teve impacto positivo (aumento de 0,527 pontos no Escore Geral) ( $p=0,018$ ; IC95% 0,1 - 1,0) (Tabela 24).

Assim, percebe-se que unidades de saúde com maior número de equipes de ESF completas com médico, com maior número de ACS e com presença local de programas de Residência médica em MFC tem maior presença e extensão dos atributos da APS. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa realizada por Turci *et al* (2015). Os fatores associados ( $p < 0,05$ ) à melhor performance da APS foram: disponibilidade de equipamentos e outros insumos para o desempenho das funções nos últimos 6 meses (RP = 1,57); formação dos profissionais em saúde da família (RP = 1,44); presença do médico por mais de 30 horas semanais (RP = 1,42); e quatro ou mais equipes por unidade básica de saúde (RP = 1,09) (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

No presente estudo, 6 UAPS contavam com Residência Médica de MFC (Edmar Fujita, Mattos Dourado, Waldo Pessoa, Anastácio Magalhães, Aida Santos, Irmã Hercília). A média do Escore Geral (6,06) e do Escore Essencial da APS (6,35) dessas 6 unidades foi superior ao valor médio considerando todas as UAPS (5,7 e 6,0 respectivamente). Já as UAPS que contavam apenas com Residência Multiprofissional (Flávio Marcílio e Gutemberg Braun) não obtiveram escores de APS mais elevados (Tabelas 14 e 25).

Um estudo comparou o desempenho da APS medido pelo *PCATool* com usuários de unidades sem e com Residência de MFC em Anápolis – GO. O Escore Geral na unidade sem residência foi de 4,5 e o Essencial foi 3,6, enquanto na unidade com residência foram 6,8 e 5,5, respectivamente. Todos os atributos, exceto “Coordenação do Cuidado”, obtiveram maior pontuação na unidade com Residência. Além disso, um grupo focal com gestores mostrou que, embora inicialmente tenha ocorrido certa resistência ao trabalho dos residentes, houve significativa mudança no serviço, que passou a ser mais integral e resolutivo, resultando em satisfação da população e da própria equipe de profissionais (DUTRA *et al.*, 2018).

Herrera (2018) avaliou o impacto da qualidade do Programa de Residência em MFC na melhoria da APS, em Gurupi – TO, de dezembro de 2017 a março de 2018, em 12 unidades de saúde. Participaram da pesquisa, 107 servidores de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que responderam ao questionário QualiAB 2016. Houve diferença significativa entre as unidades com e sem Residência Médica, sendo que os

itens que mais contribuíram foram o de Educação em Saúde e o de Recursos Materiais, Procedimentos e Insumos Básicos. O autor concluiu que o Programa de Residência promoveu melhoria na qualidade dos serviços da APS municipal (HERRERA, 2018).

Avaliação da influência da Residência Médica de MFC e da residência Multiprofissional em Saúde da Família foi realizada pelo monitoramento dos indicadores de qualidade do PMAQ referentes aos indicadores do 1º e 2º ciclos das equipes com residentes e ou egressos da residência na APS de Montes Claros – MG. Fizeram parte desse estudo 17 equipes do 1º e 26 equipes do 2º ciclo que atenderam aos critérios de inclusão. Foram utilizados como variáveis, indicadores de desempenho e padrões de qualidade das equipes de saúde. Observou-se uma melhora significativa do 1º para o 2º ciclo, considerando os indicadores “Acesso à marcação de consulta” e “Acolhimento a demanda espontânea”. Quanto à satisfação do usuário, todas as equipes do 2º ciclo foram avaliadas como acima da média (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Em nossa análise, características dos usuários são foram capazes de formar o modelo para explicar os valores dos escores da APS. Tal fato pode ter ocorrido pelo tamanho da amostra. A influência de características dos usuários foi vista em outros trabalhos.

Entre julho e novembro de 2016, foram entrevistados 6.160 usuários da ESF e 509 médicos das cinco regiões brasileiras utilizando o *PCATool*. Foram utilizadas três categorias: médicos brasileiros do PMM, médicos cubanos do PMM e médicos brasileiros não vinculados ao PMM. Os resultados mostraram que o Escore Geral da APS para o Brasil foi 6,78 e que não houve diferença entre as três categorias de médicos. Na análise multinível, características do usuário, como idade, estrato socioeconômico, presença de uma ou mais doenças crônicas (entre hipertensão, diabetes, depressão e doença pulmonar crônica), e o fato de o médico realizar visita domiciliar influenciaram positivamente o Escore Geral. A variável mais expressiva no modelo foi “o Dr. realiza visita domiciliar”, que produziu um incremento significativo, de 1,17 ponto, no Escore Geral da APS (RECH *et al.*, 2018).

Resultados conflitantes com análise de fatores que influenciem a qualidade da APS foram vistos em um estudo prévio realizado em Belo Horizonte – MG. A pesquisa foi realizada para verificar a associação entre o desempenho APS, medido através do *PCATool* com profissionais, e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência. Essa percepção foi medida com inquérito domiciliar (7.500 domicílios e 24.000 pessoas) que incluiu indicadores de satisfação como: queixa quanto ao serviço de saúde, representada pela dificuldade para marcar consulta; recebimento de orientação médica; acesso a atendimento especializado e generalista; recebimento de exames e procedimentos preventivos.

O Escore Geral da APS foi de 0,75 (numa escala de 0 a 1). A pior pontuação foi para “Acessibilidade” (0,45). O Escore Geral da APS foi associado apenas à falta de queixas referentes aos serviços de saúde recebidos. “Acesso” foi positivamente associado à ausência de queixas e visitas especializadas e negativamente associado a consultas generalistas e medidas de colesterol. A “Longitudinalidade” foi associada à ausência de queixas. A “Orientação Comunitária” esteve associada à medida de pressão arterial e avaliação do colesterol. “Integralidade”, “Coordenação” e “Orientação familiar” não foram associados a nenhum dos indicadores de qualidade avaliados.

Assim, os autores do estudo concluíram que apesar da forte plausibilidade teórica, parece não haver uma correlação clara das experiências dos usuários sobre a qualidade da APS. Destaca-se que isso ocorreu mesmo a pesquisa tendo contado com uma base populacional de enorme representatividade, uso de questionário previamente validado e boa validade interna (TURCI; LIMA E COSTA; MACINKO, 2019).

Com a análise multinível, identificamos que o fortalecimento da APS também pode ser alcançado ao reforçar papéis fundamentais dos médicos que trabalham na APS (como as visitas domiciliares) e aprimorar o acesso das populações de maior vulnerabilidade socioeconômica e de pessoas mais jovens ou sem doenças crônicas.

### **5.10 Limitações do Estudo**

Este estudo possui algumas limitações, dentre elas, o fato de ser um estudo transversal, sujeito às limitações próprias deste tipo de delineamento. O estudo transversal pode ser usado como um estudo analítico, ou seja, para avaliar hipóteses de associações entre exposição ou características e evento. Porém não se pode concluir sobre natureza da relação entre exposição e evento pois os mesmos são avaliados ao mesmo tempo. Este não permite realizar inferências causais dos achados, apenas associações entre as variáveis independentes e o desfecho (ROUQUAYROL; SILVA, 2013). Outra limitação foi a quantidade de participantes, que foi inferior ao número mínimo calculado para a amostra da população. Além disso, não foram coletados dados de nenhuma UAPS da Regional V do município, deixando de fora da pesquisa uma grande área da cidade. O estudo foi realizado em Fortaleza, portanto a generalização dos resultados para outras regiões do estado do Ceará ou país é limitada.

Outra limitação se dá pelo fato de os usuários terem sido entrevistados nas UAPS após atendimento e alguns destes podem ter emitido respostas mais positivas do que as reais.

Este tipo de achado é chamado de viés de cortesia ou gratidão. O viés pode influenciar a resposta dos pacientes no sentido de sobrestimarem o real nível de resolução e de satisfação com o atendimento recebido (LEÓN *et al.*, 2007).

Nesta pesquisa, seguindo o manual do instrumento *PCATool* (BRASIL, 2010), quando um participante respondia “sim”, o entrevistador lia novamente apenas as alternativas “Com certeza sim”, “Provavelmente sim” e “Não sei/Não lembro”, para que ele tem escolhesse a resposta. O mesmo ocorria com as respostas negativas. Tal fato pode levar ao viés da aquiescência, relacionado à enumeração dos quesitos do questionário ou à escala de satisfação, onde há tendência do usuário de concordar com o primeiro item da escala. Esse viés é mais evidenciado entre os usuários mais idosos ou com menor renda (ESPERIDIÃO; VIERA-DASILVA, 2018).

Outra limitação é afirmar sobre a qualidade da APS de Fortaleza baseada apenas na avaliação sob a ótica dos usuários. Alguns autores salientam que há tendência para que usuários avaliem os serviços públicos como de baixa qualidade, uma aceitação implícita por estar dirigido à população carente, por reconhecer o serviço recebido como um favor ou doação e não como um direito, o que representa uma das diferentes interpretações para o gratuito (COSTA *et al.*, 2008; TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou avaliar os atributos da APS em Fortaleza - CE, na perspectiva dos usuários dos serviços públicos da atenção básica municipais, as UAPS. Participaram da pesquisa, 233 adultos, em sua maioria mulheres, da faixa etária de 30 a 59 anos, pardos, com Ensino Médio completo, que não possuem plano de saúde privado, detentores de casa própria e pertencentes a famílias de até 4 integrantes.

Foram avaliados seis atributos da APS através do questionário *PCATool* versão usuários, divididos em 10 componentes, tendo sido o componente “Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade” o que apresentou menor escore médio, 2,8, e o componente “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” o que apresentou o maior escore médio, 8,06. Os outros tiveram o seguinte escore: “Coordenação – Integração de cuidados” 7,0; “Coordenação – Sistema de informações” 5,90; “Integralidade – Serviços disponíveis” 5,3; “Integralidade – Serviços prestados” 3,6; “Orientação familiar” 4,9; e “Orientação comunitária” 4,0.

O Escore Essencial (média dos oito primeiros componentes) ficou com o valor de 6,0, enquanto que o Escore Geral (média de todos os dez componentes) ficou com o valor de 5,7, o que nos leva a concluir que os serviços públicos de Fortaleza apresentam baixa presença e extensão dos atributos da APS sob a ótica dos usuários, pois não atingiram o ponto de corte de 6,60 para ser considerado de alto desempenho.

Observando-se as respostas obtidas aos itens que compõem cada atributo percebeu-se que os principais problemas que levaram aos baixos escores foram: baixa acessibilidade para queixas agudas e consultas de urgência/demanda espontânea, falta de acesso em horários noturnos e aos fins de semana, pouco acesso a cuidados ou informações por vias não presenciais, dificuldades burocráticas e longo tempo para agendamento de consultas, rigidez de agendas, baixo vínculo longitudinal entre usuários e equipes de saúde, falta de abordagem integral dos indivíduos durante a assistência, cuidado pouco centrado na pessoa, falhas na comunicação informacional e integração com outros níveis e redes de assistência, barreias de acesso a atenção especializada, baixa oferta e diversidade de serviços resolutivos nas unidades de saúde, pequena inserção comunitária das ações das equipes de saúde, falta de orientação familiar e baixa participação dos usuários no controle social.

Além disso, com os resultados da análise multinível percebeu-se a influência positiva de equipes de saúde da família completas, maior número de ACS e presença do Programa de Medicina de Família e Comunidade.

Assim uma série de estratégias, baseadas em experiências exitosas e inovadoras prévias e em evidências da literatura (CASTRO *et al.*, 2019; MACINKO; MENDONÇA, 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018; TASCA *et al.*, 2019, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), podem ser implementadas para melhorar a qualidade dos serviços públicos de APS em Fortaleza e conseqüentemente a satisfação dos usuários:

- a) Aumentar o financiamento da APS.
- b) Ampliar formas de acesso à APS, garantindo a porta de entrada do SUS, como acesso avançado, acesso não presencial com incorporação de ferramentas digitais para comunicação entre equipe de saúde e usuários, horário estendido e em fins de semana, além de melhor gestão de agendas.
- c) Ofertar ações e serviços de saúde abrangentes de acordo com as necessidades da população, atuando frente aos determinantes da saúde, mediante estudo da situação de da comunidade, formulando uma carteira de serviços com garantia de recursos (estrutura física e tecnológica, ambiência, conforto, insumos, materiais, equipamentos e medicamentos), além de capacitação profissional para execução plena e eficiente da carteira.
- d) Ampliar e fortalecer a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, principalmente de enfermagem, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível, assumindo a responsabilidade sanitária com a população adscrita.
- e) Expansão da informatização plena da rede assistencial, com utilização de registro eletrônico de saúde único, possibilitando a utilização dos diversos pontos da rede de saúde pelos usuários sem barreiras informacionais.
- f) Aperfeiçoar o sistema de regulação, com centralização na APS, sistemas logísticos adequados e uma governança integrada, melhorando as tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contra referência.
- g) Otimizar a oferta de recursos humanos para a APS com formação qualificada, ampliando estratégias de especialização, educação permanente e plano de carreira, com incentivo a fixação profissional para garantia de cuidado longitudinal.
- h) Facilitar o apoio assistencial às equipes de APS, como estratégias de Matriciamento, cuidado compartilhado, interconsultas e Telessaúde.



- i) Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS de forma contínua e sistemática, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
- j) Favorecer e estimular a participação das pessoas e atores sociais e a avaliação dos serviços (conselhos de saúde, reuniões comunitárias, ouvidoria, etc.), promovendo a transparência das informações sobre ações de saúde desenvolvidas.

Recomenda-se que os resultados desta pesquisa sejam discutidos entre os profissionais de saúde e com os gestores locais, a fim de se buscar estratégias que possam potencializar os atributos que foram bem avaliados e melhorar aqueles que obtiveram baixos escores.

É de suma importância vencer três grandes problemas estruturais que impedem o fortalecimento da APS: o subfinanciamento crônico, a oferta insuficiente de recursos humanos adequadamente capacitados e concepção minimalista e seletiva da atenção básica. É necessário reconhecer que apenas através de uma APS forte é que será alcançado um sistema de saúde universal sustentável capaz de oferecer serviços de saúde de qualidade, custo-efetivos, resolutivos, abrangentes e continuados, e que possa diminuir iniquidades e promover desenvolvimento e justiça social. É preciso um ambiente institucional favorável e de respaldo político permanente, com compromisso dos governantes com os princípios do SUS, expresso em leis, políticas e estratégias intersetoriais.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, Milena Rodrigues *et al.* Self-perceived health of adults users of Primary Health Care Services in Porto Alegre, RS. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 51, p. 9–15, 2010. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/175/128>>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos. **Avaliação da coordenação do cuidado no âmbito da atenção primária à saúde**: estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- ALENCAR, Momyk Neves *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 353–364, fev. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200353&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- ALMEIDA, Erika Rodrigues *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). In: **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–8, 2018.
- ALMEIDA, Patty Fidelis; GIOVANELLA, Lígia; NUNAN, Berardo Augusto. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. In: **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375–391, 2012.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Estratégias de Coordenação dos Cuidados**: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e Integração Entre Níveis Assistenciais em Grandes Centros Urbanos. p. 1–211, 2010.
- ALMEIDA, Patty Fidelis *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244–260, 2018.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; BARRETO, Mauricio L. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. In: **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. [S.l.: s.n.], 2014. p. 699.
- ANDERSON, Maria Inez Padula.; RODRIGUES, Ricardo Donato. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. In: **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, n. 3, p. 242–252, 2017.
- ANDERSON, Maria Inez Padula. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019.
- ANDRADE, M.; MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**: Técnicas de pesquisa 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ANSELL, Dominique *et al.* Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. In: **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 1–9, 2017.
- ANTUNES, Bibiana Sales. **Orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde**

**dos municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados a um serviço especializado.** 2015.

AQUINO, Rosana; DE OLIVEIRA, Nelson F; BARRETO, Mauricio L. **Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities.** *American journal of public health*, v. 99, n. 1, p. 87–93, jan. 2009. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008516>>. Acesso em: 3. fev. 2020.

ARAÚJO, Edna Maria *et al.* **A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública:** possibilidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. [S.l.]: scielo, 2009.

ARAÚJO FILHO, Augusto Cezar Antunes *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica de cuidadores de crianças: revisão integrativa. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03527, 2019.

ARAÚJO, Juliane Pagliari. **Attributes of primary health care for children: review from the perspective of caregivers.** 2014. 192 f. Dissertação (Mestrado em Biologia, processo saúde-doença e políticas da saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Parana, Cascavel, 2014.

ARAÚJO, Juliane Pagliari *et al.* Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. In: **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 440–446, 2014.

ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo *et al.* Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. In: **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521–3532, ago. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 3. fev. 2020.

ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Inequality in access to health services between urban and rural areas in Brazil: A disaggregation of factors from 1998 to 2008. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 6, p. 1–14, 2018.

ASFOR, Ana Tereza Parahyba *et al.* Implantação do acesso avançado como medida resolutiva ao absenteísmo às consultas programadas. In: **IV CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**, 2014, Gramado. An Congr Sul-Bras Med Fam Comunidade. Gramado: Sbmfc, 2014. p. 4 - 29. Disponível em:

<<https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/1664/1654>>. Acesso em: 11 fev. 2020.

ATKINSON, Sarah; HARAN, Dave. Individual and district scale determinants of users' satisfaction with primary health care in developing countries. In: **Social Science and Medicine**, v. 60, n. 3, p. 501–513, 2005.

AUGUSTO, Daniel Knupp *et al.* Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. In: **Epidemiologia e serviços de saude:** revista do Sistema Unico de Saude do Brasil, v. 28, n. 1, p. e2018128, 2019.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. O programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 349–360, 2011.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde. In: **Interface Comunicação Saúde Educação**, p. 1–14, 2010.

AZEVEDO, Paulo Roberto Medeiros De. **Introdução à estatística**. [S.l: s.n.], 2016.

BARALDI, Débora Cristina; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. In: **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 10–17, 2011.

BARATIERI, Tatiane. Avaliação da atenção primária em um município do Sul do Brasil. **Revista Univap**, v. 25, n. 48, p. 32-42, 2019.

BARBOSA, Andrea Tavares; CRISTIANO, José da Silva; SILVA FILHO, José Cláudio Borges; PINTO, Livia Rocha de Miranda *et al.* Desafios enfrentados na implantação do modelo de Acesso Avançado para atendimento médico. In: **Anais do 15º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade**, 2019, Cuiabá. Anais eletrônicos. Campinas, GALOÁ, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbmfc-2019/papers/desafios-enfrentados-na-implantacao-do-modelo-de-acesso-avancado-para-atendimento-medico->>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BARICATI, Crysthianne Cònsolo de Almeida. **A longitudinalidade do cuidado na atenção básica à luz da experiência dos usuários com hipertensão arterial**. 2016. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

BARROS, Marilisa Berti Azevedo *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 911–926, 2006.

BEHRENS, Ronaldo. Segurança do paciente e os direitos do usuário. In: **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 253–260, 2019.

BENEVIDES, Jessica Lima *et al.* Primary care features in child hospitalization: First-contact access and Longitudinality. In: **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 19, p. e3481, 2018.

BERMUDEZ, Bladimir Carrillo. **Three essays on health economics**. Disponível em: <<http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/10458?show=full>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

BEZERRA CAVALCANTE, Ricardo *et al.* Informatização da atenção primária à saúde no Brasil: a rede de atores. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 354–361, 2019.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. In: **J Hum Growth Dev**, v. 26, n. 1, p. 11–16, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/113709>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BITTON, Asaf. **The Necessary Return of Comprehensive Primary Health Care**. Health Services Research. [S.l: s.n.], 2018

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges. Inequities in Healthcare utilization: Results of the Brazilian National Health Survey, 2013. In: **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0444-3>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BORRELLI, Flavia Rezende Gomes. **A Rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: um problema a ser enfrentado**. [S.l.: s.n.], 2004.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares; VASCONCELOS, Suziana Martins. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: Concepções de gestores. In: **Revista de Saude Pública**, v. 44, n. 2, p. 318–324, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000200012>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.]: Scielo, 2017.

BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos. **Avaliação da atenção primária pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros-uma aplicação na comunidade de Manginhos**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.2011.

BRANDÃO, Ana Lucia Da Rocha Bastos Da Silva *et al.* Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros Evaluation of primary care from the perspective of users : adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban. In: **Ciencias e Saude Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103–114, 2013.

BRASIL - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. [S.l.: s.n.], 2006. v. n.19.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento à demanda espontânea Vol. II**. [S.l.: s.n.], 2011. v. I.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: Versão Profissionais de Saúde e Gestores - Resumida. 2019. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_resumida.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. 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

(SUS). In: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde primary care assessment tool pcatool-brasil**. Série a: normas técnicas e manuais. Brasília-DF, DAB/SAS, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de set. 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. In: **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS). In: **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88–93. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. In: **Portaria nº 687 MS/GM**, de 30 de março de 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília: MS; 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde será conectada em todo o Brasil**: Programa Conecte SUS informatizará as unidades de saúde do país. Projeto piloto começa por Alagoas. 2019. Disponível em: <<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45989-saude-sera-conectada-em-todo-brasil>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.508 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. In: **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 28 de junho de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras

providências. In: **Diário Oficial da União**, 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa

BRASIL. **Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil. 2019. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. Lei no. 12871, de 22 de out. de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**; Brasília-DF, 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. [S.l.]: Departamento de Atenção Básica Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. In: **Diário Oficial da União**, Brasília-DF; 2 set. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

BRASIL. Portaria no 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. In: **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-96). In: **Diário Oficial da União**, 1996.

BULGARELLI, Patricia Tavora *et al.* A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. In: **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 216, 2018.

BUNN, F. *et al.* Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction (Review). In: **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, p. 1–3, 2004. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105838091&site=ehost-live>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

CAJAZEIRAS, Alana Edla Pereira; DA SILVA, Cristiano José; DO NASCIMENTO FORTE, Morgana Pordeus. IMPLANTAÇÃO DO ACESSO AVANÇADO POR EQUIPE DE SAÚDE DE FORTALEZA. *Cadernos ESP*, v. 13, n. 1, p. 105–112, 2019.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. In: **Social science and medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611–1625, 2000. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

CAMPOS, André Luiz Vieira. Cooperação internacional em saúde: O serviço especial de saúde

pública e seu programa de enfermagem. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 879–888, 2008.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 131–147, 2006.

CAMPOS, Claudia Valentina De Arruda; MALIK, Ana Maria. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. In: **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 347–368, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301–306, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. In: **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 252–264, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S019>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

CAPILHEIRA, Marcelo F; SANTOS, Iná da Silva Dos. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 436–443, 2006.

CARDOZO, Debora Deus. **Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal** – versão usuários. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. In: **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, 2017.

CARRILLO, B.; FERES, J. More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy. In: **Health, Econometrics and Data Group (HEDG) Working Papers**, n. November, 2017. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/p/yor/hectdg/17-29.html>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

CASSADY, Charlyn E. *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. In: **Pediatrics**, v. 105, n. 4 II, p. 998–1003, 2000.

CASTRO, Marcia C. *et al.* Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future. In: **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019.

CATANANTE, Guilherme Vinicius *et al.* Participação social na atenção primária à Saúde em direção à Agenda 2030. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3965–3974, 2017.

CEARÁ. **Decreto nº 33.018, de 18 de março de 2019**. Regulamenta o programa médico da família Ceará. Fortaleza, CE, 18 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.esp.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/78/2019/04/Decreto-nº-33.018-Regulamenta-Programa-Médico-da->



Fam%C3%ADlia-Ceará.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

CHOMATAS, Eliane *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 294–303, 2013. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

COCHRAN, William G. **Sampling techniques**. John Wiley & Sons, 2007.

COMMITTEE ON THE FUTURE OF PRIMARY CARE. **Primary care: America's health in a new era**. 1. ed. Washington, DC: Institute of Medicine/National Academy Press, 1996.

CONILL, Eleonor Minho. A historical and conceptual model for Primary Health Care: challenges for the organization of primary care and the Family Health Strategy in large Brazilian cities. In: **Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica**, v. 24 Suppl 1, p. S7–S16; discussion S17-S27, 2008.

CONOVER, W J. **Practical nonparametric statistics**. [S.l.]: Wiley, 1980. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=m54s2puW\\_5AC](https://books.google.com.br/books?id=m54s2puW_5AC)>. (Wiley series in probability and mathematical statistics: Applied probability and statistics). Acesso em: 11 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica: Resolução CFM no 2.217, de 27 de setembro de 2018**, modificada pelas Resoluções CFM no 2.222/2018 e 2.226/2019. [S.l.: s.n.], 2019. v. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **O futuro dos sistemas universais de saúde**. p. 116, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **A Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. 2015. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>>. Acesso em: 31 jul. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, set. 2006. v. 11, n. 3, p. 705–711. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

CORREIA, Luciana Cristina. Instituto de Higiene (1918-1929) no estado de São Paulo – a atuação de Geraldo Horácio de Paula Souza e Mário da Costa Galvão. In: **Cadernos de História da Ciência - Instituto Butantan**, v. VII, p. 71–85, 2011.

COSTA, Glaucete Dias *et al.* Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 705–726, 2008.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et al.* A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. In: **Scientia Medica**, v. 15, n. 4, p. 227–234, 2005.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. In: **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514–524, 2015.

CUETO, Marcos. **The origins of primary health care and selective primary health care.** *American Journal of Public Health.* [S.l.: s.n.], 2004

CUNHA, Elenice Machado; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde Brasileiro. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. SUPPL. 1, p. 1029–1042, 2011.

D'AVILA, Otávio Pereira *et al.* O uso do primary care assessment tool (PCAT): Uma revisão integrativa e proposta de atualização. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 855–865, 2017.

D'AVILA, Otávio Pereira. **Avaliação de serviços de saúde bucal na atenção primária a saúde:** análise psicométrica e exploratória. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Doutorado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2016.

DANTAS, Marianny Nayara Paiva. **Iniquidades nos serviços de saúde brasileiros:** uma análise do acesso e da discriminação racial a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. [S.l.]: Brasil. , 2019.

DEAN, A. G.; SULLIVAN, K. M.; SOE, M. M. **OpenEpi:** Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Disponível em: <www.OpenEpi.com>. Acesso em: 11 fev. 2017.

DEUS, Joyce Bezerra Portela. **Prontuário Eletrônico na Estratégia Saúded da Família de Fortaleza:** Contribuições e Limitações para a Atenção e Gestão do Cuidado. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde da Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará em Parceria Com A Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fortaleza, 2014. Disponível em:

<[https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disseraoes/2014\\_UECE\\_Joyce%20Bezerra%20Portela%20de%20Deus.pdf](https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disseraoes/2014_UECE_Joyce%20Bezerra%20Portela%20de%20Deus.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2020.

DIAS, Orlene Veloso *et al.* Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016.

DILÉLIO, A. S. *et al.* Patterns in the use of outpatient care in Brazil by patients treated through the Brazilian Unified National Health System, private health insurance, and out-of-pocket medical care | Padrões de utilização de atendimento medico ambulatorial no Brasil entre. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 12, p. 2594–2606, 2014.

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros *et al.* Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, 2016.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. In: **The Milbank memorial fund quarterly**. v. 44, n. No. 3, Pt. 2, p. 166–203, 1966. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16279964>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

DONABEDIAN, Avedis. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? In: **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 23 set. 1988. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. In: **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

DOS REIS, João Gabbardo *et al.* Creation of the primary health care secretariat and its implications for SUS. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

DOURADO, Ines *et al.* Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. In: **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 577-584, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430576>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

DOURADO, Inês; MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: Data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). In: **International Journal for Equity in Health**. [S.l.]: BioMed Central. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27852265>>. Acesso em: 13 nov. 2018. , 2016

DUTRA, Ana Caroline Ferreira *et al.* **Residência de Medicina de Família e Comunidade: avaliação da implementação do programa no município de Anápolis.** 2018.

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana. **A organização da estratégia saúde da família em Fortaleza-Ce: do processo de implantação ao contexto atual.** 2009. Dissertação (Mestrado em Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.uece.br/ppsac/wp-content/uploads/sites/37/2011/03/GEORDANY-ROSE-DE-OLIVEIRA-VIANA-ESMERALDA.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2020.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; VIERA-DA-SILVA, Lígia Maria. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 331-340, 2018.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users accessible, continuous, and acceptable? In: **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, n. 2, p. S60-S70, 2017.

FERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; BASSETTO, Jamile Gabriela Bronzato. A participação comunitária no Sistema Único de Saúde: revisão integrativa da literatura. In: **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, p. 125–134, 2017.

FERREIRA, Tamiris *et al.* Evaluation of the quality of primary health care for children and adolescents with HIV: PCATool-Brasil. In: **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000300407&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300407&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

FERREIRA, Tainara Lôrena dos Santos *et al.* Avaliação do atributo coordenação do cuidado em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. In: **Rev. Ciênc. Plur**, v. 3, n. 1, p. 98–107, 2017.

FERRER, Ana Paula Scoleze *et al.* The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services-Brazilian evidence. In: **Health Policy and Planning**, v. 29, n. Suppl 2, p. ii107–ii113, set. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25274635>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

FERTONANI, Hosanna Patrig *et al.* The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FIGUEIRA, Maura Cristiane e Silva; SILVA, Wellington Pereira Da; SILVA, Eliete Maria. In: **Integrative literature review: access to primary healthcare services**. Revista Brasileira de Enfermagem. [S.l.]: Scielo, 2018.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros De *et al.* Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 41–48, 2013. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

FIGUEIREDO, Juliana Oliveira *et al.* Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 37–47, 2018.

FILHO, Eno Dias De. Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 11, p. 210–215, 2007.

FINCH, W. Holmes; BOLIN, Jocelyn E; KELLEY, Ken. In: **Multilevel modeling using R**. [S.l.]: Chapman and Hall/CRC, 2019.

FONSECA, J. J. S. *et al.* Metodologia do Trabalho Científico. In: **São Carlos: Serviço de Biblioteca e Informação**, p. 1–48, 2002. Disponível em: <[http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttps://books.google.com/books?id=zUDsAQAAQBAJ&pgis=1%5Cnhttp://materiaprima.pro.br/extensao/pesquisa/metodologia\\_pesquisa\\_cientifica.pdf](http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttps://books.google.com/books?id=zUDsAQAAQBAJ&pgis=1%5Cnhttp://materiaprima.pro.br/extensao/pesquisa/metodologia_pesquisa_cientifica.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2017.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos *et al.* Os usuários de álcool, atenção primária à saúde e o que é “perdido na tradução”. In: **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 37, p. 573–585, 2011.

FONTANIVE, Liége Teixeira. **Adaptação do instrumento Primary Care Assessment Tool-Brasil versão usuários dirigido à saúde bucal**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira *et al.* Utilization of the Brazilian public health system by privately insured individuals: a literature review. In: **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 4, p. e00004118, 2019.

FONTES, Luiz Felipe Campos; CONCEIÇÃO, Otavio Canozzi; JACINTO, Paulo de Andrade. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. In: **Health Economics (United Kingdom)**, v. 27, n. 8, p. 1284–1299, 2018.

FORTALEZA - PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Relatório de Gestão 2006**. Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Disponível em: <<https://issuu.com/sitesms/docs/relgestao2006>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. In: **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2018 - 2021**. 2017. Disponível em: <[https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/\\_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021\\_.pdf](https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2020.

FORTALEZA - PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Fortaleza tem o maior número de postos habilitados para o Programa Saúde na Hora**. 2019. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-tem-o-maior-numero-de-postos-de-saude-habilitados-para-o-programa-saude-na-hora>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida *et al.* Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. In: **Ciência & Saúde coletiva**, v. 19, p. 4851-4860, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>>.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; BERTOLOZZI, Maria Rita. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: **Manual de enfermagem**, 2001.

FRANK, Bruna Regina Bratti *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. In: **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 400–410, 2015.

FREEMAN, George; HUGHES, Jane. Continuity of Care and the Patient Experience. An Inquiry into the Quality of General Practice in England. In: **London: The King's Fund**, 2010.

FUNCIA, Francisco Rózsa. Underfunding and federal budget of SUS: Preliminary references for additional resource allocation. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405–4415, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 434–451, 2018.

FURTADO, Maria Cândida de Carvalho *et al.* A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. In: **Revista Latino-Americana de**

**Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 554–561, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000200554&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200554&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>.

GADELHA, Ana Karina de Sousa; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Integrated residency in health: Perception of the players with emphasis on family and community health. In: **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, p. 1339–1351, 2018.

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: Revisão integrativa. In: **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 35, n. 2, p. 144–149, 2014.

GASPARINI, Max Felipe Vianna; FURTADO, Juarez Pereira. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. In: **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 30–42, 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. [S.l.]: 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: Sinergias e singularidades do contexto brasileiro. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, 2006.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 783–794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697–2708, 2016.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. In: **Cadernos de saude publica**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. [S.l.]: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/c5nm2>>. Acesso em: 5 jan. 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, 2018.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: Configurações e reformas organizacionais na década de 1990. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 22, n. 5, p. 951–963, 2006.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? In: **Cadernos de Saúde Pública**. [S.l.]: Scielo, 2018.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s21–s23, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=pt&tlng=pt)>.

GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty Fidelis De. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. In: **Cadernos de saude publica**, v. 33Suppl 2, p. e00118816, 2017.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impacto do programa mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675–2684, 2016.

GOMES, Luciano Bezerra (org.); BARBOSA, Mirceli Goulart (org.); FERLA, Alcindo Antônio (org.). **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. 2016. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/atencao-basica-olhares-a-partir-do-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-2013-pmaq-ab-pdf/view>>.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAÚJO, Fábio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.

GONÇALVES, Dulce Pimenta *et al.* Análise do desempenho das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da Atenção Primária. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1879, 2019.

GOUVEIA, Giselle Campos *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: Fatores associados e diferenças regionais. In: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 281–296, 2009.

GROL, R. *et al.* Patients in Europe evaluate general practice care: An international comparison. In: **British Journal of General Practice**, v. 50, n. 460, p. 882–887, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313852>>.

GROSSMAN, C.; TAVARES, M. Consultas por telefone como recurso em atenção primária à saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUANAIS, Frederico C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. In: **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 103, n. 11, p. 2000–2006, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028257>>.

GUANAIS, Frederico C.; MACINKO, James. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. In: **Health Affairs**, v. 28, n. 4, p. 1127–1135, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597212>>.

GUIBU, Ione Aquemi *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção

primária à saúde no Brasil. In: **Revista de Saude Publica**, v. 51, n. Supl 2:17s, p. 1s-13s, 2017.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. [S.l.]: Artes Medicas, 2018.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* Continuity of care: A multidisciplinary review. In: **British Medical Journal**, v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003.

HAIR, Joseph F *et al.* **Análise multivariada de dados**. [S.l.]: Bookman Editora, 2009.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. [S.l.: s.n.], 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; POTVIN, Louise; BODSTEIN, Regina. **Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012**. Brasília: Conass; 2014. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/AVALIACAO-EM-PROMOCAO-DA-SAUDE.pdf>>.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. EDUFBA, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. [S.l.]: EDUFBA, 2005. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=eFpgAAAAMAAJ>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

HARZHEIM, Erno *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1399–1408, maio 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501399&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501399&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

HARZHEIM, Erno *et al.* Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1399–1408, maio 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501399&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501399&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

HARZHEIM, Erno *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649–1659, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 9 fev. 2017.

HARZHEIM, Erno *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. In: **BMC health services research**, v. 6, n. 1, p. 156, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17147819>>.

HARZHEIM, Erno *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:



PCATool-Brasil adultos. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/829>>.

HARZHEIM, Erno. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil**. Tese de Doutorado, Saúde Pública, Universidad de Alicante. Alicante, Espanha, 2004.

HARZHEIM, Erno; FELIPE PINTO, Luiz; *et al.* Following the legacy of professors Barbara Starfield and Leiyu Shi in Brazil as health policy: The National Health Survey (PNS), led by the Brazilian National Institute of Geography and Statistics (IBGE) and the Primary Care Assessment Tool (PCAT). In: **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 19–21, 2019.

HARZHEIM, Erno; LIMA, Karine Margarites; HAUSER, Lisiane. **Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro**: avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família: pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca\\_em\\_saude/050\\_material\\_saude\\_liliv\\_reforma\\_aps\\_rj.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/050_material_saude_liliv_reforma_aps_rj.pdf)>.

HARZHEIM, Erno; PINTO, Luiz; *et al.* Brazilian National Institute of Geography and Statistics (IBGE) in partnership with Brazilian Ministry of Health launch the major national household survey using Primary Care Assessment Tool (PCAT) in the world. In: **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 8, n. 12, p. 4042–4043, 2019. Disponível em: <<http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863>>.

HAUSER, Lisiane *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil : versão profissionais de saúde. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244–255, 2013. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821)>.

HERRERA, Sália Denise Carlotto. **Residência de medicina da família e comunidade promove melhoria na atenção básica de saúde?**. Dissertação de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2018.

HONE, Thomas *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. In: **PLoS medicine**, v. 14, n. 5, p. e1002306, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>>.

HONE, Thomas; MACINKO, James; MILLETT, Christopher. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? In: **The Lancet**, v. 392, n. 10156, p. 1461–1472, 2018. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4)>.

IBAÑEZ, Nelson *et al.* Care performance assessment of primary health care services in the State of São Paulo. In: **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683–703, 2006.

INOCÊNCIO, Paloma Regina. **Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde, sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais**.

Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Fortaleza Ceará**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

JEOVÁ, José *et al.* Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. In: **Rev Panam Salud Publica Pan American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 42, p. 1–7, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34893/v42e22018.pdf?sequence=1>>.

JORGE, Bessa; SALETE, Maria. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários. In: **Revista baiana de saúde pública**, v. 31, n. 2, p. 256–266, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a258-268.pdf>>.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: Uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 32, n. 8, p. 1–13, 2016.

KARLA, Weslla *et al.* **Artigo Original Orientação comunitária e enfoque familiar**: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família Community guidance and family focus: evaluation of users and professionals of the family health strategy. v. 25, n. 2, p. 242–248, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020113.pdf>>.

KESSLER, Marciane *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. In: **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 186–193, 2019.

KIRAN, Tara; O'BRIEN, Patricia. Challenge of same-day access in primary care. In: **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, v. 61, n. 5, p. 399–400, 407–9, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25971751><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4430049>>.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 5, p. 23–29, 2006.

KOLLING, João Henrique Godinho. **Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS**: estudo de linha de base. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

KRINGOS, Dionne S *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. In: **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 65, 2010.

LEÃO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4415–4423, 2011.

LEÓN, Federico R. *et al.* Challenging the courtesy bias interpretation of favorable clients' perceptions of family planning delivery. In: **Evaluation Review**, v. 31, n. 1, p. 24–42, 2007.

LEVORATO, Cleice Daiana *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, 2014.

LIMA, Humberto Sérgio Costa *et al.* SUS, health, and democracy: Challenges for Brazil Manifesto of six former Health Ministers on the 16th National Health Conference. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3713–3716, 2019.

LIMA, Juliana Gagno *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 52–66, 2018.

LIMA, Juliana Gagno. **Atributos da atenção primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2016. 244 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 209–215, 2004.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; Loyola Filho, Antônio Ignácio. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 4, p. 247–257, 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n4/v17n4a02.pdf>>.

LOPES, Adriana Santos *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. In: **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 114–123, 2015.

MACDOUGALL, Steven; RANKIN, Elaine. Advanced access appointments: Effects on family physician satisfaction, physicians' office income, and emergency department use. In: **Canadian Family Physician**, v. 56, n. 10, p. 361–367, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; DE FARIA BAPTISTA, Tatiana Vargas; DE LIMA, Luciana Dias. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: Estratégias e instrumentos nos anos 2000. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2367–2382, 2010.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system. In: **Cadernos de saude publica**, v. 33Suppl 2, p. e00129616, 2017.

MACHADO, Márcia Maria Tavares *et al.* Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. In: **Ciênc.saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3125–3133, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100028&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MACIEL FILHO, Romulo. **Estratégias para a distribuição e fixação e médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva - Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva) - Instituto Moreira Sales, UERJ, 2007.

MACINKO, James *et al.* Atenção primária e utilização de serviços de saúde entre idosos brasileiros. In: **Revista de Saude Publica**, v. 52, p. 1–9, 2018.

MACINKO, James *et al.* Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. In: **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, n. 1, p. 13–9, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>>.

MACINKO, James *et al.* Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. In: **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, 1 dez. 2010. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.2010.0251>>.

MACINKO, James *et al.* Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. In: **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 19, n. 4, p. 303–317, out. 2004. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/hpm.766>>.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. In: **Health Services Research**, v. 38, n. 3, p. 831–865, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>>.

MAGALHÃES BOSI, Maria Lúcia; SOARES PONTES, Ricardo José; VASCONCELOS, Suziana Martins. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: Concepções de gestores. In: **Revista de Saude Publica**, v. 44, n. 2, p. 318–324, 2010.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. In: **Revista Cereus**, v. 6, n. 1, p. 3–18, 2014.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing**: Uma Orientação Aplicada. [S.l.]: Bookman Editora, 2001.

MALOUIN, Rebecca A; STARFIELD, Barbara; SEPULVEDA, Martin Jose. Evaluating the Tools Used attributes of primary care . Only one fully met the recommended criteria . In: **Managed Care**, june, p. 44–48, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. In: **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/>>.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; CARRILLO ROA, Alejandra. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. In: **Sistema de saúde no Brasil: organização e**

**financiamento.** [S.l.: s.n.], 2016.

MARTINS, Julie Silvia *et al.* Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool TT - Comparative Study between Health Care Units with and without Family Health Strategy using PCATool TT - Estudio comparativo de las unidades de salud. In: **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–13, 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/53zw8](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/53zw8)>.

MASSERIA, Cristina *et al.* Primary care in Europe. In: **The london school of economics and political science**, v. 42, 2009.

MASSUDA, Adriano *et al.* The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. In: **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, p. 1–8, 2018.

MASSUDA, Adriano; TITTON, César M. S.; NETO, Paulo Poli. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. In: **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–9, 2018.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, Roseni. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** [S.l.: s.n.], 2009. v. 8.

MCWHINNEY, I R; FREEMAN, T. **Textbook of Family Medicine.** [S.l.]: Oxford University Press, 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=iTdzPgAACAAJ>>.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. In: **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204–213, 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307>>.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENDES, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E. V. (org.). **As Redes de Atenção à Saúde. Brasília:** Organização Pan-Americana da Saúde, p. 61–208, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 431–436, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** 2012.

MENDONÇA, Claunara Schilling. Saúde da Família, agora, mais do que nunca? In: **APS EM**

**REVISTA**, v. 1, n. 3, p. 154–161, 2019.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** [S.l.]: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

MERHY, Emerson Elias. São Paulo de 1920 a 1940. **A Saúde Pública como Política: os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais.** Porto Alegre, Editora Rede Unida, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **E-gestor, cobertura da atenção básica.** 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** [S.l.]: Ministério da Saúde Brasília, 2006.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça; OLIVEIRA, Raquel Santos; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. The coalition of health entrepreneurs and their proposals for the reform of the Brazilian health system: Political and programmatic setbacks (2014-2018). In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4479–4488, 2019.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

MURRAY, Mark; TANTAU, Catherine. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. In: **Family Practice Management**, v. 7, n. 8, p. 45–50, 2000. Disponível em: <<http://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>>.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 4, 2018.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE - OPAS. Universidade Federal da Bahia. In: **24º Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde.** 2019. Disponível em: <<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/24/>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Gasto privado em saúde no Brasil. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 7, p. 1–3, 2015.

O'NEILL, Braden *et al.* Identifying top 10 primary care research priorities from international stakeholders using a modified Delphi method. In: **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, p. 1–10, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0206096>>.

OLIVEIRA, Braulio Nogueira De. **Ações da estratégia saúde da família na perspectiva das redes de atenção à saúde: um estudo avaliativo.** 2015. Dissertação, Mestrado, Saúde Coletiva, Universidade estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, Lúcia Conde de *et al.* O processo de implantação das redes de atenção à saúde na atenção primária de Fortaleza: a visão dos trabalhadores. In: **I Seminário Internacional de Redes de Atenção à Saúde**, 2016, Fortaleza, UECE, 2016. Disponível em: <[http://uece.br/eventos/seminariosaudecoletiva/anais/trabalhos\\_completos/263-536-22072016-102801.docx](http://uece.br/eventos/seminariosaudecoletiva/anais/trabalhos_completos/263-536-22072016-102801.docx)>. Acesso em: 10 fev. 2020.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158–164, 2013.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina. **Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária entre os Serviços da Atenção Primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de *et al.* PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. 2013; 8(29):256-63. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)>.

OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comasseto Antunes. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo - Paraná. In: **rededepesquisaaps.org.br**, p. 124, 2012.

OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comasseto Antunes; VERÍSSIMO, Maria de La Ramallo. Children's health care assistance according to their families: A comparison between models of Primary Care. In: **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. 1, p. 30–36, 2015.

OLIVEIRA, Vinicius Gomes *et al.* Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 85–88, 2013.

OMS. **Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals**. Second draft; 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>.

OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Declaração de Alma-Ata. 1978, set. 6-12. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)>.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. [S.l.]: Opas Washington, DC., 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** [S.l.]: OPAS Brasília, 2018. Disponível em: <[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49663/9789275720448\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49663/9789275720448_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.

OSELKA, G. Direitos dos pacientes e legislação. In: **Revista da Associação Médica Brasileira (1992)**, v. 47, n. 2, p. 104–105, 2001.

PAES, Neir Antunes *et al.* Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. In: **Revista panamericana de salud publica/pan american journal of public health**, v. 36, n. 2, p. 87–93, 2014. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84910597177&partnerID=tZOtx3y1>>.

PAES-SOUSA, Rômulo; RASELLA, Davide; CAREPA-SOUSA, Julio. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 172–182, 2018.

PAIM, Jairnilson *et al.* **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** Lancet (London, England), v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 maio 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>>.

PAIM, Jairnilson Souza. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, sociedade e formação profissional em ...**, p. 91–122, 2007. Disponível em: <[http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6234%5Cnhttps://desenvrepositorio.ufba.br/ri32-jspui/bitstream/ri/6234/1/Paim JS. Cap Livro 1.2008.pdf](http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6234%5Cnhttps://desenvrepositorio.ufba.br/ri32-jspui/bitstream/ri/6234/1/Paim%20JS.%20Cap%20Livro%201.2008.pdf)>.

PAIXÃO, Tatiana Monteiro *et al.* Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. In: **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e42655, 2019.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata.** [S.l.: s.n.], 2019. Disponível em: <[https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789275120682\\_eng.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789275120682_eng.pdf)>.

PASSERO, Lúcia Gimenes. **Insatisfação do usuário da atenção básica com o SUS: análise multinível da pesquisa da ouvidoria.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PAULA, Fabiana Angélica De *et al.* Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). In: **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 802–814, 2015.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva *et al.* Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. In: **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242–248, Apr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000200242&lng=en&nrm=iso)>.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva *et al.* Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335–345, abr. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000200335&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200335&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 3 fev. 2017.

PENSO, Jéssica Mazutti *et al.* Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1212>>.

PIERANTONI, Celia Regina *et al.* Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. In:



**Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 637–647, 2015.

PIERI, Flavia Meneguetti. **A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. doi:10.11606/T.22.2013.tde-17012014-162447. Acesso em: 2020-03-16

PIMENTEL, Sylvania Klug *et al.* Análise dos motivos para uso do serviço de urgência e emergência pelo paciente não grave. In: **Revista Médica da UFPR**, v. 3, n. 3, p. 109–113, 2016.

PINHEIRO, Rejane Sobrino *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=pt&tlng=pt)>.

PINTO, Maria Eugênia Bresolin. **Promoção da saúde e atenção primária à saúde em Porto Alegre**. 2012. 113 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000829059&loc=2012&l=7289a083afa93088>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia *et al.* A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de belo horizonte: Problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. In: **Saude e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 211–222, 2013.

POÇAS, Kátia Crestine *et al.* Primeira escolha para utilização de serviços de saúde pela população adulta do Distrito Federal, 2015: um inquérito de base populacional. In: **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 28, n. 2, p. e2018124, 2019.

POLI NETO, Paulo *et al.* O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1–9, 2015.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção primária á saúde: Um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. In: **Physis**, v. 27, n. 2, p. 255–276, 2017.

PRATES, Mariana Louzada *et al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1881–1893, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601881&lng=pt&tlng=pt)>.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de

avaliação externa do PMAQ-AB. In: **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, p. 209–220, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600209%5Cnhttp://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600209%5Cnhttp://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S016)>.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda *et al.* Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017.

PUCCI, Vanessa Rodrigues. **Avaliação do atributo da integralidade na atenção primária à saúde em municípios da região centro-oeste no Rio Grande do Sul**: pcatool-brasil versão profissionais. Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2017.

RAFFOUL, Melanie *et al.* A primary care panel size of 2500 is neither accurate nor reasonable. In: **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 29, n. 4, p. 496–499, 2016.

RASELLA, Davide *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. In: **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 1–20, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>>.

RASELLA, Davide *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. In: **BMJ (Clinical research ed.)**, [s. l.], v. 349, p. g4014, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24994807>>.

RASELLA, Davide *et al.* Mortality associated with alternative primary healthcare policies: A nationwide microsimulation modelling study in Brazil. In: **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, p. 1–11, 2019.

RASELLA, Davide *et al.* Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. In: **Pediatrics**, [s. l.], v. 126, n. 3, p. e534–e540, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20679307>>.

RECH, Milena Rodrigues Agostinho *et al.* Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. In: **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–11, 2018.

REIS, Ademar Arthur Chioro Dos *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. In: **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 122–135, 2016.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). In: **Educar em Revista**, n. spe2, p. 277–290, 2010.

RIBEIRO, Kelen Gomes *et al.* Education and health in a region under social vulnerability situation: Breakthroughs and challenges for public policies. In: **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, p. 1387–1398, 2018.

RIBEIRO, M. T. A. M. **Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em Capital do Nordeste**. 2009. Dissertação -

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/7044>>.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.]: Scielo, 2006.

RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão *et al.* Implantação das Políticas Públicas de Provimento e Fixação de Médicos no Ceará. In: **Cadernos ESP**, v. 12, n. 1, p. 91-103, 2018. Disponível em: <<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/143>>.

RIFKIN, Susan B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All-from consensus to complexity. In: **BMJ Global Health**, v. 3, p. 1–7, 2018.

ROCHA, Ana Carolina Dantas *et al.* Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. In: **Rev. adm. saúde**, v. 14, n. 55, p. 71–79, 2012.

RODRIGUES, Eduarda Maria Duarte *et al.* Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 632–639, 2019.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: Uma revisão integrativa. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, 2014.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**. 3. ed. Atlas, 2005.

ROLIM, Leonardo Barbosa *et al.* Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. [S.l.]: Scielo, 2019.

ROLIM, Leonardo Barbosa. **Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza - CE**: estudo através do PCATool-Brasil, versão profissionais. v. 72, n. 1, p. 24–31, 2016. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF, Fortaleza- CE, 2016.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. In: **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139–147, 2013.

ROQUE, Hugo; VELOSO, Ana; FERREIRA, Pedro L. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: Contributions to the psychometric validation. In: **Revista de Saude Publica**, v. 50, p. 1–7, 2016.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 32, n. 12, p. 1–5, 2016.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

RZEWUSKA, Magdalena *et al.* Epidemiology of multimorbidity within the Brazilian adult general population: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). In: **PLoS ONE**, v. 12, n. 2, p. 1–13, 2017.

SALA, Arnaldo *et al.* Integralidade e atenção primária à saúde: Avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. In: **Saude e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 948–960, 2011.

SÁ, Lenice Ypiranga Benevides Araújo Vieira. A Avaliação da Atenção Primária: um olhar preliminar através do PCATool em Manaus, Amazonas. In: *Aps Em Revista*, v. 1, n. 2, p. 98–111, 2019.

SALES, Nayane Coelho. **Avaliação da qualidade em atenção primária em saúde: comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE.** 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde. Fortaleza, 2013.

SANTOS, C; FERREIRA, L.; OLIVEIRA, N. F. Modelagem multinível. In: **Sitientibus**, n. 22, p. 89–98, 2000. Disponível em:  
<[http://www2.uefs.br:8081/sitientibus/pdf/22/modelagem\\_multinivel.pdf](http://www2.uefs.br:8081/sitientibus/pdf/22/modelagem_multinivel.pdf)>.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. The right to healthcare and fiscal austerity: The Brazilian case from an international perspective. In: **Ciência e Saude Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.]: Scielo, 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues Dos. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.l.]: Scielo, 2013.

SANTOS, Paulo da Silveira. Cinquentenário da Faculdade de Saúde Pública da USP. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 9, n. 2, p. 95–97, 1975.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel Dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 1–18, 2018.

SAULTZ, John W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. In: **Annals of family medicine**, v. 1, n. 3, p. 134–143, 2003.

SAWYER, Diana Oya; LEITE, Iúri da Costa; ALEXANDRINO, Ricardo. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 757–776, 2002.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. In: **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47–74, 2001.

SHI, Leiyu *et al.* The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. In: **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 16, n. 5, p. 412–422, 2003.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. Validating the adult primary care assessment tool. In: **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161, 2001.

SILVA, Abiúde Nadabe e *et al.* Primary care assessment from a male population perspective. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 236-243, Apr. 2018. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200236&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200236&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>.

SILVA, Anamaria Cavalcante e; GRISI, Sandra Josefina Ferraz Ellero. **O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução das crianças menores de cinco de idade no período de 1995-2002**. 2003. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, Mônica de Fátima Freires *et al.* Integralidade na atenção primária à saúde. In: **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, p. 394, 2018.

SILVA, Nair Chase. **Atenção primária em saúde e contexto familiar: análise do tributo centralidade na família no PSF de Manaus**. [S.l./s.n.], 2010.

SILVA, Reichert Altamira Pereira *et al.* Family and community orientation in children's primary healthcare. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 119–127, 2016.

SILVA, Simone Albino da. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais**. 2014. Tese (Doutorado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.7.2014.tde-12122014-111052. Acesso em: 2020-03-16.

SOARES GONDIM, Ana Paula; ANDRADE, João Tadeu. Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: Demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde - Fortaleza, Ceará, Brasil. In: **Revista Portuguesa de Saude Publica**, v. 32, n. 1, p. 61–68, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2015. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2015

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC. **Nota da SBMF sobre nova política de financiamento da atenção primária à saúde – programa Previne Brasil**. 2019. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-sobre-nova-politica-de-financiamento/>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SOUZA, Gisleine Tiemi *et al.* Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à

saúde da criança em Londrina-PR Evaluation of the principle of coordination in primary health care of the child in Londrina-PR. In: **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1, p. 39–46, 2015.

SOUZA, Miriam Francisco. **Avaliação da coordenação do cuidado das equipes de atenção básica**: uma análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SOUZA, Sineide Santos de. **Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Básica em Saúde da Criança: Estudo de Caso no Distrito de Saúde Norte da cidade de Manaus-AM**. 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária** - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Porto Alegre, p. 726p., 2002.

STARFIELD, Barbara. Basic concepts in population health and health care. In: **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 55, n. 7, p. 452-454, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413173>>.

STARFIELD, Barbara. Family medicine should shape reform, not vice versa. In: **Family Practice Management**, v. 16, n. 4, p. 6, 2009.

STARFIELD, Barbara. Is primary care essential? In: **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129–1133, 1994.

STARFIELD, Barbara. **Primary care**: concept, evaluation, and policy. [S.l.]: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. In: **The Milbank quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690145&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>>.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. In: **Revista de Saúde Pública**. [S.l.]: Scielo, 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012.

TASCA, Renato *et al.* Health innovation laboratories: Towards strong primary health care (phc) in the federal district of brasilia1. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2021–2030, 2019.

TASCA, Renato *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. In: **Rev Panam Salud Publica**; 43, January 2020, p. 1–8, 2020.

TESSER, C. D.; NETO, P. Poli; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. In: **Ciênc. saúde coletiva**, p. 3615–3624, 2010.

Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=566033&indexSearch=ID>>.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361–378, 2018.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo. Specialized outpatient care in the unified health system: How to fill a void. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941–951, 2017.

THE FUTURE PROVISION OF MEDICAL AND ALLIED SERVICES: AN INTERIM REPORT OF THE CONSULTATIVE COUNCIL FOR ENGLAND. **The Lancet**, v. 195, n. 5048, p. 1183–1187, 29 maio 1920. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)92440-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)92440-1)>.

THE LANCET. Serão as eleições no Brasil saudáveis, sem um plano para o direito universal à saúde? In: **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. e11, 2018.

TOMÉ, Marcela Ariadne Braga Gomes. **Orientação familiar e comunitária sob a ótica das internações por condições sensíveis em crianças de 0 até 5 anos em Fortaleza**. Dissertação Mestrado, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha; MORAIS, Normanda Araújo. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 80–88, 2004.

TRINDADE, Thiago Gomes. **Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TURCI, Maria Aparecida; LIMA E COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James A. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. In: **Aps Em Revista**, v. 1, n. 1, p. 3–17, 2019.

TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 9, p. 1941–1952, 2015.

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, dez. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

311X2002000600009&lng=pt&nrm=iso>.

UNITED NATIONS. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. In: **General Assembly 70 session**, 2015.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: Comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. In: **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. SUPPL. 1, p. 148–158, 2008.

VASCONCELOS, Suziana Martins; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PONTES, Ricardo José Soares. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2891–2900, dez. 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001200018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 49–54, 2015. Disponível em:  
<[www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem](http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem)>.

VIACAVA, Francisco *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711–724, 2004. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a16v09n3>>.

VIACAVA, Francisco; BELLIDO, Jaime G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. In: **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 351–370, 2016.

VIDAL, Tiago Barra *et al.* Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 1, p. 38–53, 2019.

VIDAL, Tiago Barra. **Modelos de agendamento e sua relação com o desempenho da atenção primária à saúde na percepção dos usuários no município de Florianópolis/sc**. 2018. Tese de Doutorado, Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

VIDAL, Tiago Barra. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. Nota Técnica no 28 - Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. In: **Ipea**, p. 25pgs, 2016a. Disponível em:  
<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado Derecho a la Salud en Tiempos de Crisis Económica, Austeridad Fiscal y Reforma The Right to Health in Times of Economic Crisis , Fiscal Austerity and S. In: **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as América**, v. 10, n. 3, p. 1–28, 2016b. Disponível em:



<<http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860%0AO>>.

VILAÇA MENDES, Eugênio. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. In: **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, v. 31, n. 2, p. 1–3, 2018.

VUORI, Hannu. Primary health care in Europe--problems and solutions. In: **Community medicine**, v. 6, n. 3, p. 221–231, 1984.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The World Health Report 2008** - primary Health Care (Now More Than Ever). World health report. [S.l.]: World Health Organization, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The World Bank**. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. [S.l.: s.n.], 2017. Disponível em: <[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf%0Ahttp://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/anchoring-uhc.pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf;jsessionid=C29E21005A5692511BE2B70BD2D3C941?se](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf%0Ahttp://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/anchoring-uhc.pdf%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf;jsessionid=C29E21005A5692511BE2B70BD2D3C941?se)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **From Alma-Ata to Astana: Primary health care-reflecting on the past, transforming for the future Interim Report from the WHO European Region**. p. 67, 2018. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/384757/AA40-Report-E-FINAL-FOR-WEB.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/384757/AA40-Report-E-FINAL-FOR-WEB.pdf?ua=1)>.

ZILS, Aline do Amaral *et al.* Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 16, p. 270–276, 2009. Disponível em: <[https://doi.org/10.5712/rbmf4\(16\)233](https://doi.org/10.5712/rbmf4(16)233)>.

## ANEXO A – PCATOOL BRASIL VERSÃO ADULTO

### A – GRAU DE AFILIAÇÃO

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

Não

Sim (Por favor, dê o nome)

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

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)

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

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

Não

Sim, mesmo que A1 & A2 acima.

Sim, o mesmo que A1 somente.

Sim, o mesmo que A2 somente.

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

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

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 (A1, A2 e A3), continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

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

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

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

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

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde 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:

\_\_\_\_\_

A5 - Esclareça ao entrevistado que a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a) (“nome do médico/enfermeiro”):

---

(Vá para a Seção B)

**B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO**  
**Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.**

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 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**  
**Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.**

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 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 adoecer 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 marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?  
4 3 2 1 9

C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?  
4 3 2 1 9

C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeiro / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?  
4 3 2 1 9

## **D – LONGITUDINALIDADE**

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

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 não sei/não lembro

D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? 4 3 2 1 9

D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?  
4 3 2 1 9

D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?  
4 3 2 1 9

D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? 4 3 2 1 9

D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? 4 3 2 1 9

D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”? 4 3 2 1 9

D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? 4 3 2 1 9

D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?  
4 3 2 1 9

D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?  
4 3 2 1 9

D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa? 4 3 2 1 9

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)

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

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 não sei/não lembro

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

4 3 2 1 9

E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?

4 3 2 1 9

E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? 4 3 2 1 9

E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta? 4 3 2 1 9

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**

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

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 não sei/não lembro

F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado?

(exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)

4 3 2 1 9

F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?

4 3 2 1 9

F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

4 3 2 1 9

## **G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

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

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

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

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 não sei/não lembro

G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

G4 – Vacinas (imunizações).

4 3 2 1 9

G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).

4 3 2 1 9

G6 – Tratamento dentário.

4 3 2 1 9

G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.

4 3 2 1 9

G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.

4 3 2 1 9

G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

G15 – Remoção de verrugas.

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

4 3 2 1 9

G18 – Cuidados pré-natais.

4 3 2 1 9

G19 – Remoção de unha encravada.

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

## **H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS**

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

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”. Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (*repetir essa frase a cada 3-4 itens*).

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 não sei/não lembro

H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.

4 3 2 1 9

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



4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). 4 3 2 1 9

H11 – Como prevenir quedas. 4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

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

4 3 2 1 9

## **I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

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

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

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 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**

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

Por favor, indique a melhor opção

4 com certeza

3 provavelmente, sim

2 provavelmente, não

1 com certeza não

9 não sei/não lembro

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

4 3 2 1 9

J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

4 3 2 1 9

J3 – O seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e ideias 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

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO PARA  
USUÁRIOS**

1	Data da entrevista	
2	Nome completo do entrevistado	
3	Raça/Cor	Branca
		Preta
		Parda
		Amarela
		Indígena
4	Data de Nascimento	
5	Sexo	Feminino
		Masculino
6	Nome completo da mãe	
7	Nacionalidade	Brasileira
		Estrangeira
		Naturalizado
8	Frequenta escola?	Sim
		Não
9	Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?	Creche
		Pré-escola (exceto CA)
		Classe de Alfabetização
		Ensino Fundamental 1 a 4 séries
		Ensino Fundamental 5 a 8 séries
		Ensino Fundamental completo
		EJA (supletivo 1 a 4 séries)
		EJA (supletivo 5 a 8 séries)
		Ensino Fundamental especial
		Ensino Médio (científico, técnico)
		Ensino Médio especial
		Ensino Médio EJA (supletivo)
		Superior, Pós-graduação
		Alfabetização para adultos

			Nenhum
13	Possui plano de saúde privado?		Sim
			Não
17	Tem alguma deficiência?		Sim
			Não
18	Se sim, qual?		Auditiva
			Intelectual/Cognitiva
			Visual
			Física
			Outra
19	Está gestante?		Sim
			Não
20	Está fumante?		Sim
			Não
21	Faz uso de álcool?		Sim
			Não
22	Faz uso de outras drogas?		Sim
			Não
23	Tem pressão alta?		Sim
			Não
24	Tem diabetes?		Sim
			Não
25	Teve AVC/Derrame?		Sim
			Não
26	Teve infarto?		Sim
			Não
27	Tem doença do coração?		Sim
			Não
28	Se sim, qual?		Insuficiência
			Outra
			Não sabe
29	Tem ou teve problema nos rins?		Sim
			Não
30	Se sim, qual?		Insuficiência

			Outra
			Não sabe
31	Tem doença no pulmão?		Sim
			Não
32	Se sim, qual?		Asma
			DPOC/enfisema
			Outra
			Não sabe
33	Está com hanseníase?		Sim
			Não
34	Está com tuberculose?		Sim
			Não
35	Tem ou teve câncer?		Sim
			Não
36	Teve alguma internação nos últimos 12 meses?		Sim
			Não
37	Teve diagnóstico de algum problema mental por profissional de saúde?		Sim
			Não
			Não
42	Situação de moradia		Própria
			Financiado
			Alugado
			Arrendado
			Cedido
			Ocupação
			Situação de Rua
			Outra
43	Tipo de domicílio		Casa
			Apartamento
			Cômodo
			Outro
44	Número de moradores		

**APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS DAS UNIDADES DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

1. Data: \_\_\_\_\_
2. Regional: \_\_\_\_\_
3. Nome da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_
4. População adscrita desta unidade de saúde: \_\_\_\_\_
5. Número de Equipes de Estratégia de Saúde da Família: \_\_\_\_\_
6. Número de Equipes de Atenção Básica: \_\_\_\_\_
7. Número de profissionais trabalham na Unidade de Saúde:
  - a. Médicos de Família e Comunidade (com residência ou título): \_\_\_\_\_
  - b. Pediatras: \_\_\_\_\_
  - c. Ginecologistas: \_\_\_\_\_
  - d. Generalistas Clínicos: \_\_\_\_\_
  - e. Enfermeiros: \_\_\_\_\_
  - f. Técnicos de Enfermagem: \_\_\_\_\_
  - g. Auxiliares de Enfermagem: \_\_\_\_\_
  - h. Técnicos administrativos: \_\_\_\_\_
  - i. Serviços Gerais: \_\_\_\_\_
  - j. Agentes Comunitários de Saúde: \_\_\_\_\_
  - k. Dentistas: \_\_\_\_\_
  - l. ACD Auxiliar de consultório dentário: \_\_\_\_\_
  - m. Número de outras especialidades médicas: \_\_\_\_\_
8. Quais são as outras especialidades médicas presentes na Unidade de Saúde?  
\_\_\_\_\_
9. A Unidade de Saúde é campo de prática para Instituições de Ensino Superior?  
 Não  Sim
10. A Unidade de Saúde possui Residência de Medicina de Família e Comunidade?  
 Não  Sim
  - a. Se sim, qual o número de residentes?
11. A Unidade de Saúde possui Residência Multiprofissional em Saúde da Família?  
 Não  Sim
  - a. Se sim, qual o número de residentes?
12. A Unidade possui NASF?  
 Não  Sim
13. A Unidade de Saúde possui atendimento médico todos os dias de 7 às 19h?  
 Não  Sim
14. A Unidade de Saúde possui atendimento de enfermagem todos os dias de 7 às 19h?  
 Não  Sim
15. Existem pediatras na UAPS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário?  
 Não  Sim
  - a. Se sim, qual a carga horária total destes profissionais?
16. Existem clínicos na UAPS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário?  
 Não  Sim
  - a. Se sim, qual a carga horária total destes profissionais?
17. Existem ginecologistas na UAPS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário?  
 Não  Sim

- a. Se sim, qual a carga horária total destes profissionais?
18. Existem enfermeiros na UAPS fora da ESF para os quais há acesso direto ao usuário?  
 Não  Sim
- a. Se sim, qual a carga horária total destes profissionais?
19. Quantos dias de visita domiciliar dos profissionais de nível superior são agendados por equipe/mês?
20. No último mês, quantos dias houve disponibilidade de carro para visita domiciliar: \_\_\_\_\_
21. Tempo de espera para consulta agendada na Unidade de Saúde (em dias): \_\_\_\_\_
22. Número de oferta de consulta médicas de saúde da família/mês (*número de vagas de 1 médico por turno, vezes dias da semana, vezes semanas no mês*): \_\_\_\_\_
23. Número de oferta de consultas de enfermagem de saúde da família por equipe/mês (*número de vagas de 1 enfermeiro por turno, vezes dias da semana, vezes semanas no mês*): \_\_\_\_\_
24. Oferta de consulta médicas de clínico/mês: \_\_\_\_\_
25. Oferta de consulta médicas de pediatra/mês: \_\_\_\_\_
26. Oferta de consulta médicas de ginecologista/mês: \_\_\_\_\_
27. Esta UAPS dispõe de um sistema de referência e contra referência para média e alta complexidade?  
 Não  Sim
28. Este sistema possibilita o agendamento prioritário para os casos de maior gravidade?  
 Não  Sim
29. Esta UAPS disponibiliza os medicamentos de lista básica de medicamentos do Ministério da Saúde?  
 Não  Sim
30. No de Consultórios da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_
31. No de Salas de Vacinação: \_\_\_\_\_
32. No de Salas de curativos: \_\_\_\_\_
33. No de Salas de coleta de exames: \_\_\_\_\_
34. No de Salas de administrativo: \_\_\_\_\_
35. No de Expurgo: \_\_\_\_\_
36. No de Sala de procedimentos ambulatoriais: \_\_\_\_\_
37. No de Sala de observação: \_\_\_\_\_
38. No de Sala para educação em saúde: \_\_\_\_\_
39. No de Consultório odontológico: \_\_\_\_\_
40. No de Escovário: \_\_\_\_\_
41. No de Sala/espços de espera: \_\_\_\_\_
42. No de Sala de gerência: \_\_\_\_\_
43. No de Sala específica para descanso dos funcionários: \_\_\_\_\_
44. No de Farmácia: \_\_\_\_\_
45. No de Recepção: \_\_\_\_\_
46. No de Sanitários para pessoas com deficiência: \_\_\_\_\_
47. No de computadores com acesso à Internet: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(TCLE)**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Qualidade dos Serviços Públicos de Atenção Básica em Fortaleza – CE na perspectiva de usuários quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde.

**Endereço do responsável pela pesquisa:**

Nome: Lourrany Borges Costa.  
 Instituição: Universidade Federal do Ceará  
 Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar. Bairro Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará Brasil - CEP: 60.430-140.  
 Telefones para contato: (85)999308846

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, desenvolvida por Lourrany Borges Costa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa irá investigar a avaliação da qualidade dos serviços públicos de Atenção Básica em Fortaleza – CE na perspectiva de usuários quanto aos atributos da Atenção Primária à Saúde. Nós estamos desenvolvendo esta pesquisa porque queremos saber a opinião dos usuários sobre a Atenção Básica de Fortaleza.

**1. POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?**

O convite para a sua participação se deve ao fato de você ser um usuário ou um profissional coordenador de uma Unidade de Atenção Primária de Fortaleza.

**2. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?**

Ao participar desta pesquisa, você irá responder três questionários (de 15 minutos de duração cada, num total de 170 questões) se você for usuário do serviço, dois sobre sua opinião em relação ao serviço de uma Unidade de Atenção Primária de Fortaleza e um sobre seus dados sociodemográficos. Se você for coordenador da unidade, você responderá um questionário sobre a estrutura e processos de trabalho da unidade (de 47 questões, com duração de 15 minutos). Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. Você pode desistir da sua participação a qualquer momento, mesmo após ter iniciado os questionários, sem nenhum prejuízo para você. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

**3. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?**

Somente o pesquisador responsável e sua equipe saberá que você está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua participação.

**4. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE.**

Todos os dados e informações que você nos fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Tudo que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por entrevistas serão utilizadas(os) somente para esta pesquisa. O material da pesquisa com os seus dados e informações será armazenado em local seguro e guardados em arquivo, por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Caso você autorize que sua voz seja publicada, teremos o cuidado de anonimizá-la, ou seja, sua voz ficará diferente e ninguém saberá que é sua.



### 5. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

O(s) procedimento(s) utilizado(s) na pesquisa, apresentam riscos para mínimos. Os procedimentos serão seguidos em risco de perda de sigilo de informações.

### 6. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de guiar os processos de gestão e políticas de saúde pública, aumentando a efetividade e eficácia do uso de recursos financeiros. Não há despesas pessoais para o participante. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

### 7. ESCLARECIMENTOS

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

### 8. CONSENTIMENTO

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

---

Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------

---

Nome do Responsável legal/testemunha (se aplicável)	Data	Assinatura
--	------	------------

---

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
--	------	------------