

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

CASSIANE PRESTES DA SILVEIRA CHAZAN

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAPUCAIA DO SUL:
COMPARAÇÃO ENTRE O MODELO TRADICIONAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA

SÃO LEOPOLDO

2017

Cassiane Prestes da Silveira Chazan

Avaliação da Atenção Primária em Sapucaia do Sul:
comparação entre o modelo tradicional e a estratégia saúde da família

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre, pelo
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-
UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Juvenal Soares Dias da Costa

São Leopoldo

2017

C513a Chazan, Cassiane Prestes da Silveira.
Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul :
comparação entre o modelo tradicional e a estratégia saúde da
família / Cassiane Prestes da Silveira Chazan. – 2017.
25 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.
“Orientador: Professor Dr. Juvenal Soares Dias da Costa.”

1. Cuidados primários de saúde. 2. Saúde pública – Avaliação.
3. Medicina da família. I. Título.

CDU 614

Cassiane Prestes da Silveira Chazan

Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul:
comparação entre o modelo tradicional e a estratégia saúde da família

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre, pelo
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-
UNISINOS

Aprovado em _____ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Dedico a Miguel da Silveira Chazan e Marcio Chazan, meus amores.

Obrigada por existirem e colorirem a minha vida!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Sérgio e Solange por sempre me incentivarem a estudar, que tanto vibram com cada conquista e me fizeram entender que lutar e nunca desistir me levaria a conhecer pessoas e mundos que os acomodados jamais conhecerão.

Às minhas irmãs Franciane e Manoela que sempre torceram e me incentivam a seguir em frente.

Ao meu esposo, Marcio Chazan. Obrigada pelo apoio, pelo incentivo e por me desafiar a fazer o meu melhor. Tu és o meu porto seguro e o amor da minha vida!

Ao pequeno Miguel, meu filho, inspiração dos meus dias! Que durante toda essa caminhada, estive tão próximo (literalmente) de mim, que foi tão presente no desenvolvimento deste trabalho e que, agora, me inspira a querer ser mais que fui até hoje!

Ao menino mais doce do mundo, meu enteado Henrique Chazan que desperta sempre os meus melhores sentimentos.

Aos meus segundos pais Eneida Chazan e Daniel Chazan. Obrigada pela acolhida na vida de vocês, pelo carinho, pelo incentivo e pela torcida de sempre.

Ao Professor Dr. Juvenal Soares Dias da Costa, meu orientador, pelo seu incansável e permanente encorajamento, pela disponibilidade dispensada em todas as situações e pelas suas sugestões que foram preciosas para a concretização deste trabalho;

Aos colegas e amigos da secretaria municipal de saúde de Sapucaia do Sul: Alessandra D'Ávila Rocha, Ana Maria Ribeiro, Maria Cristina de Almeida, Kaciély de Lima Jacino, Stephani Brondani, Angélica Bomm, Roberta Pires Bazzo e Leonardo Piovesan que mais do que entenderem a minha ausência em alguns momentos, foram incansáveis incentivadores para a realização deste trabalho. Um agradecimento ainda mais especial aos queridos José Eloir Wink e Lúcia Gimenez Passero por mais que respeitarem o meu desejo, entenderam o quanto essa formação faria a diferença na minha vida!

Aos meus amigos e familiares tão presentes na minha vida: Tati, Beto, Luiz Henrique, Gilnei, Régio, Enzo, Pedro, Fabiano... Que tenhamos sempre muitos motivos para comemorar!

E novamente o meu muito obrigada ao meu pai Sergio e a minha sogra Eneida por fazerem o papel de mãe com meu pequeno, enquanto eu me dedicava ao mestrado.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção primária à saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de atendimento psicossocial
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
UNISINOS	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
UPA	Unidade de pronto atendimento

SUMÁRIO

PROJETO PÓS-QUALIFICAÇÃO	7
RELATÓRIO DE CAMPO	41
ARTIGO CIENTÍFICO	49

PROJETO PÓS-QUALIFICAÇÃO

SUMÁRIO DO PROJETO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Tema	10
1.2 Questão de Pesquisa	10
1.3 Objetivos.....	10
1.3.1 Objetivo Principal.....	10
1.3.2 Objetivos Específicos	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 A Atenção Primária à Saúde.....	11
2.2 O Sistema Único de Saúde - SUS.....	12
2.3 A Atenção Primária à Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.....	13
2.4 Avaliação dos Serviços da APS no Brasil.....	15
2.5 Estudos que Utilizaram o Instrumento PCATool - Brasil.....	15
3 JUSTIFICATIVA	17
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Delineamento	18
4.2 Local do Estudo	18
4.3 População do Estudo	19
4.4 Instrumento de Coleta de Dados.....	19
4.5 Coleta de Dados	21
4.6 Análise dos Dados	21
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	23
6 ORÇAMENTO	24
7 CRONOGRAMA	25
8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	30
.....	30
ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PCA TOOL BRASIL	31

1 INTRODUÇÃO

Passados quase 40 anos desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (Alma-Ata), o desenvolvimento e a consolidação da atenção primária à saúde (APS) vêm ganhando status de estratégia prioritária para garantir a diminuição das iniquidades em saúde em todo o mundo. (OMS; UNICEF, 1978; OLIVEIRA, 2007).

No Brasil, com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988, definiu-se a saúde como um dever do estado e um direito de todos. Assim, a preocupação com o acesso, a coordenação do cuidado, a integralidade, a longitudinalidade e a participação popular consolidaram-se dia a dia mediante o fortalecimento e expansão da APS. (BRASIL, 2003a).

Em 1994 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), posteriormente expandido para Programa Saúde da Família e institucionalizado como Estratégia Saúde da Família (ESF), que se tornou agenda prioritária do governo para a atenção básica.

Com a implantação da ESF no Brasil verificou-se a redução da mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006) e a diminuição de internações por causas sensíveis (MACINKO et al, 2011). Entretanto, a capacidade das gestões públicas e dos serviços de avaliar e identificar potencialidades e dificuldades, possibilitando o planejamento e ajustes, garantindo que a APS cumpra o papel de fazer a diferença na vida das pessoas, ainda é bastante incipiente. (DIAS-DA-COSTA et al., 1999, 2003; CASTANHEIRA et al., 2011).

Embora o Ministério da Saúde seja o principal incentivador para a implantação de novas equipes de ESF, sabe-se que o investimento necessário por parte do município, para a manutenção dessa modalidade, é superior quando comparado às unidades de saúde que atuam com o modelo tradicional, visto que, pela legislação municipal, o valor agregado aos cargos e salários é expressivamente maior, bem como a quantidade de recursos humanos exigida. Desde a década de 90 o município de Sapucaia do Sul passou a expandir sua rede de saúde, priorizando o desenvolvimento da APS, atingindo cobertura populacional de 69,6%.

Esta realidade é encontrada em diversos municípios brasileiros, motivo pelo qual as discussões em relação à efetividade e o custo benefício da ESF são pautas constantes nas comissões colegiadas.

Este estudo se propôs a verificar se existe diferença na qualidade dos serviços de APS no município de Sapucaia do Sul ao comparar as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família com aquelas com modelo tradicional por meio do Primary Care Assessment

Tool - Brasil (PCATool - Brasil), versão profissionais de saúde. O estudo permitiu também, a identificação dos atributos mais vulneráveis.

1.1 Tema

Atenção Primária à Saúde

1.2 Questão de Pesquisa

Existe diferença na qualidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) no município de Sapucaia do Sul, ao comparar as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família com aquelas com modelo tradicional, por meio do PCATool - Brasil, versão profissionais de saúde?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Principal

- Avaliar a qualidade dos cuidados de saúde das unidades básicas de saúde de Sapucaia do Sul por meio do instrumento PCATool – Brasil, versão profissionais de saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Comparar, por meio do instrumento PCATool – Brasil, versão profissionais de saúde, a qualidade dos cuidados de saúde entre as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família e aquelas com o modelo Tradicional;
- Detectar, por meio do PCATool – Brasil versão profissionais de saúde, quais os atributos com escore mais baixo entre as unidades básicas de saúde em Sapucaia do Sul.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Atenção Primária à Saúde

O conceito amplamente aceito e utilizado para definir a APS teve sua origem, formulação e divulgação durante a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) ocorrida no ano de 1978, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. (OMS; UNICEF, 1978).

A Declaração de Alma-Ata apontou os cuidados primários como parte fundamental da organização do sistema de saúde dos países, com foco principal no desenvolvimento e diminuição das iniquidades. Fundamentada nestas concepções, a Organização Mundial da Saúde propôs como meta “saúde para todos no ano 2000”. (OMS; UNICEF, 1978).

A ideia central baseava-se nos cuidados essenciais à saúde, esses cientificamente bem fundamentados, de forma multiprofissional e socialmente aceitável, colocando ao alcance da população o acesso universal, contribuindo para a melhora do nível de saúde coletiva. A partir deste conceito, os sistemas de saúde buscavam o desafio de otimizar as condições de vida da população e minimizar as iniquidades, de forma que os grupos populacionais menos favorecidos não encontrassem desvantagem sistemática em relação ao acesso e a utilização dos serviços. (STARFIELD, 2002).

Apesar da direção apontada pela OMS, nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde orientados à APS. Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais indicaram que os países com maior orientação para a APS possuíam maior probabilidade de apresentarem melhores níveis de saúde, com custos mais baixos. (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; STARFIELD, 2002). Para os autores, ao investir na APS em detrimento as grandes tecnologias, se obtiveram melhores resultados em saúde.

Ao se considerar sua importância para a diminuição das disparidades entre os grupos sociais, com o objetivo intrínseco de proteção contra as doenças e promoção da saúde, a APS passou a ser a estratégia central para a consolidação do SUS no Brasil à partir da redemocratização do país. (MENDES, 2010; MENDES, 2013).

2.2 O Sistema Único de Saúde - SUS

Com criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal em 1988, emergiu no cenário brasileiro o reconhecimento à saúde como um direito de todos e um dever do estado. Assim, o SUS surgiu como uma política social e econômica que visava a redução das doenças, dos agravos em saúde e buscava minimizar as iniquidades em saúde entre as populações. (BRASIL, 2003a; MENDES, 2013).

O surgimento do SUS foi um marco histórico na mudança do sistema de saúde vigente no país, este anteriormente excludente e que colaborava com as desigualdades, visto que era destinado apenas aos trabalhadores urbanos com vínculos formais de trabalho junto ao Instituto Nacional de Previdência Social.

Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos com a criação da lei 8080 no ano de 1990 e foram definidos como:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como 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;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Embora a criação do SUS tenha emergido como uma política pública e social capaz de aprimorar os cuidados em saúde, um dos maiores desafios a ser vencido pelo próprio sistema é a ampliação do acesso a suas ações e serviços. Nesse sentido, percebeu-se que desde a sua implantação, o SUS trouxe notáveis avanços na qualificação de importantes indicadores assistenciais, como a ampliação do acesso a vacinação, a internações hospitalares, a

implantação do serviço médico de urgência, aumento da realização de exames preventivos de mama e colo do útero e diminuição drástica da mortalidade infantil e materna. (DIAS-DA-COSTA et al., 1999, 2003). Desta forma, eliminar as diferenças no acesso à atenção e no recebimento de cuidados tem sido colocado entre as prioridades dos sistemas de saúde vigentes no Brasil. Por outro lado, estudos mostraram a necessidade de prudência ao garantir que o sistema extingua as disparidades sociais em saúde, remetendo a diversas considerações políticas sobre a falta de justiça social. (DIAS-DA-COSTA et al., 1999, 2003).

Paralelamente às dificuldades de garantir o cumprimento do papel do SUS na vida das pessoas, surge o desafio de avaliar os serviços prestados à população. Em geral, não se costuma avaliar os serviços nem do ponto de vista da gestão, nem do ponto de vista dos usuários e trabalhadores impossibilitando a identificação dos problemas, a eficácia e a efetividade dos serviços. (CASTANHEIRA et al., 2011).

Nesse sentido, a avaliação dos serviços de saúde tem se configurado como etapa fundamental para a reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde. Avaliar a efetividade dos serviços e o seu impacto real na vida das populações pode-se tornar ferramenta imprescindível para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. (CASTANHEIRA et al., 2011).

2.3 A Atenção Primária à Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família

Durante a década de 1990, o fortalecimento da APS no Brasil, ganhou destaque na agenda do governo e passou a ser considerada uma estratégia de consolidação do cuidado coletivo, uma vez que se orientava pelos princípios da acessibilidade, da responsabilidade, da participação social, da humanização e do vínculo entre as equipes de saúde e os seus usuários. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Dentre outras promessas, a APS nasce com a missão de superar o paradigma da assistência médico – hospitalar, as ações exclusivamente curativas e a atenção centrada na doença, vislumbrando um modelo de atenção centrado na pessoa, no coletivo, desenvolvida o mais próximo à vida dos cidadãos por profissionais inteirados da realidade local. (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Com a intenção de facilitar o acesso da população e incrementar as ações de promoção e prevenção, o Ministério da Saúde lançou em 1991 o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Com a implantação do Programa, novos atores, os agentes comunitários de saúde, foram agregados às equipes de atenção básica com o intuito de criar integração com a

comunidade, que até então restringia suas ações no interior das unidades. (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Simultaneamente com o desenvolvimento e fortalecimento do PACS, no ano de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF) como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária. Em 2006, o PSF ganhou status de Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidando-se como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica no Brasil.

Em 2006, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica, acordada entre os gestores na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou-se a atuação da APS e reafirmou-se a Estratégia Saúde da Família como o modelo para reestruturar e orientar a APS no País. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; MENDES, 2013).

A ESF foi definida como um modelo de assistência à saúde que visava desenvolver ações de promoção e proteção à saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, por meio das equipes de saúde que fariam os atendimentos próximos ao local de moradia das pessoas.

Desta forma, a APS passava a ser a porta preferencial de entrada do sistema de saúde, a coordenadora e orientadora da rede de atenção à saúde, garantindo a equidade e a integralidade do cuidado dos usuários. (BRASIL, 2006; CONILL, 2002).

Embora a APS com foco na ESF tenha surgido no cenário brasileiro como estratégia tangente para um modelo de saúde ideal e igualitário, estudos têm mostrado a necessidade de avaliação constante para certificar a qualidade e a presença dos atributos para que a APS cumpra seu papel primordial, o de fazer a diferença na vida das pessoas. (DIAS-DA-COSTA et al., 1999, 2003; MALTA et al., 2013).

Apesar dos esforços despendidos pela comunidade acadêmica e trabalhadores da APS, ainda existe uma utilização indiscriminada dos serviços de urgência e emergência e certa confusão teórica e prática quanto a efetividade da APS na coordenação do cuidado e sua capacidade de ser porta de entrada do sistema, bem como se tem difundido as dificuldades de mensurar a relação custo-benefício com a expansão das equipes em todo o território nacional. (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Entretanto, estudos têm evidenciado crescente associação entre melhores desfechos de saúde e a presença dos atributos da APS. Os mesmos estudos têm sugerido que no Brasil, a expansão do PSF adicionou uma explicação complementar importante para a diminuição da mortalidade infantil, antes atribuída apenas à melhora da qualidade da água e do saneamento básico. (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

2.4 Avaliação dos Serviços da APS no Brasil

A qualidade em saúde envolve inúmeros aspectos, entre eles destaca-se a capacidade dos serviços de atenderem as necessidades da população onde está inserido, contemplando o amplo escopo de atuação voltado para a promoção, a prevenção, a reabilitação e a assistência integral. (CAMPOS, 2005). Os critérios definidos para estabelecer a qualidade dos serviços de saúde não são objetivos, pois consideram que cada sujeito possui uma expectativa em relação ao processo de atendimento e acompanhamento. (CAMPOS, 2005; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Em contrapartida, a necessidade de mensurar a qualidade da APS tem sido amplamente discutida e fomentada, uma vez que o desprendimento orçamentário é altamente relevante e o retorno pouco conhecido. A avaliação da APS torna-se imprescindível para garantir a incorporação e o cumprimento dos atributos essenciais e derivados, oportunizando a melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados.

A garantia do acesso universal por meio dos cuidados primários, tem sido abundantemente discutida em todo o mundo e recomendada como política social e econômica capaz de minimizar as desigualdades em saúde e atender as expectativas e necessidades dos usuários. (CAMPOS, 2005).

Entretanto, o cumprimento das propostas da APS representa um grande desafio no que tange o campo da qualidade. Diante de tal fato, a capacidade da APS de fazer a diferença na vida das pessoas como a política de implantação prevê, tem recebido atenção singular por parte do Ministério da Saúde que constituiu, no ano de 2005, um grupo de trabalho com a incumbência de avaliar a melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2005; CAMPOS, 2005).

2.5 Estudos que Utilizaram o Instrumento PCATool - Brasil

No Brasil, desde 1994, a expansão e consolidação da APS têm acontecido por meio do fortalecimento da ESF. Embora estudos demonstrem a capacidade da APS de sensibilizar indicadores importantes como redução da mortalidade infantil e a redução de internações hospitalares por condições sensíveis a APS, o vasto conhecimento sobre os benefícios entre os modelos de atenção desenvolvidos na APS ainda são incipientes. (DIAS-DA-COSTA et al., 2010; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Diante do cenário de ampliação de investimentos e expansão dos serviços no Brasil, diversos municípios perceberam a necessidade de avaliar a APS a fim de planejar a construção de sistemas de saúde que garantam o acesso, a integralidade e a equidade dos serviços de saúde.

Uma proposta entendida por Starfield (2002) como capaz de avaliar a qualidade dos serviços foi a utilização do instrumento PCATool. Esta ferramenta possui a capacidade de identificar e quantificar objetiva e separadamente os escores atribuídos a cada atributo que devem estar presente nas práticas cotidianas no desenvolvimento da APS. Desta forma, a sua aplicação possibilita a identificação das dificuldades e potencialidades de cada serviço, viabilizando assim, o planejamento, a tomada de decisões e as adequações necessárias para garantir que os serviços sejam orientados pelos princípios da APS. (HARZHEIM et al., 2006).

Estudo realizado na cidade de Chapecó, SC, utilizando o PCATool - Brasil como instrumento, identificou a fragilidade dos serviços quanto ao acesso de primeiro contato, atributo essencial para garantir a diminuição das iniquidades e consolidar a APS como porta de entrada e coordenadora do sistema de saúde. Em contrapartida, foi possível observar que existiam dificuldades dependentes da gestão municipal, uma vez que equipes atuavam com o quantitativo máximo de usuários acima do preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, dificultando o acesso da população. (VITORIA, et al., 2013).

Estudo realizado em Porto Alegre, RS (OLIVEIRA, 2007) apresentou escores abaixo dos apresentados por Chomatas et al. (2013) em Curitiba, PR. Ambos estudos avaliaram a qualidade da APS sob a perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros da rede. O estudo de Curitiba evidenciou melhores resultados quando comparado ao estudo de Porto Alegre. Tal fato pode ser explicado pela formação dos profissionais de saúde de Curitiba, uma vez que a formação específica em medicina de família e comunidade dos médicos e a especialização em saúde pública ou coletiva dos enfermeiros foi significativamente maior no estudo do Paraná.

Resultados similares foram encontrados na pesquisa desenvolvida por Harzhei, Lima e Hauser (2013) no Rio de Janeiro, onde os serviços desenvolvidos pela ESF apresentaram maior orientação à APS e maior qualidade na sua execução. Porém, necessidades como o avanço na cobertura de ESF no município, bem como a formação orientada especificamente para a APS dos profissionais ainda representaram contrariedades a serem superadas.

Desta forma, acredita-se que o instrumento possa revelar um panorama geral da qualidade de saúde prestada pelos serviços do município, assim como, elencar possíveis atributos que mereçam maior atenção e desenvolvimento com o intuito do aprimoramento do sistema de saúde de Sapucaia do Sul.

3 JUSTIFICATIVA

A relevância da APS no contexto atual da saúde pública no Brasil e a notória importância de instituir formas e estratégias capazes de avaliar a efetividade deste nível de atenção com o objetivo de garantir o acesso aos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas, a APS tem se consolidado como reguladora do sistema de saúde, garantindo a diminuição das iniquidades em saúde. Sabe-se que os sistemas de saúde coordenados pela APS qualificam a distribuição de recursos, melhorando a vida das pessoas. (STARFIELD, 2002).

No Brasil, nos últimos anos vem se investindo pesadamente no modelo da ESF com o propósito de mudança e qualificação do modelo de atenção à saúde, entretanto, para verificar se a APS está cumprindo seu papel de garantir a ampliação do acesso, a qualidade e a efetividade dos serviços ofertados, torna-se necessário a sua constante avaliação. (DIAS-DA-COSTA et al., 2003).

Estudos realizados mostraram que a ESF é capaz de sensibilizar indicadores importantes como a diminuição da mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006) a expansão da cobertura vacinal (DIAS-DA-COSTA et al., 1999) e maior qualidade da atenção ao pré-natal e puericultura (PICCINI et al., 2007) contudo, o conhecimento sobre a melhor qualidade dos serviços ofertados pelas equipes de ESF quando comparado ao modelo tradicional ainda é incipiente na maioria dos municípios brasileiros.

Desta forma, torna-se relevante a realização do estudo para comparar a qualidade dos serviços da APS do município de Sapucaia do Sul comparando a ESF e o modelo tradicional e identificar os atributos mais vulneráveis no sistema de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de estudo transversal de avaliação da APS do município de Sapucaia do Sul, no estado do Rio Grande do Sul, mediante a aplicação do instrumento PCATool - Brasil, versão profissionais de saúde.

4.2 Local do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido nas unidades básicas de saúde de Sapucaia do Sul, RS. O município está localizado na região metropolitana de Porto Alegre, situada a 20 km da capital, possui 138.357 habitantes. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010) e uma extensão territorial de 58,6 Km².

Desde 2015, Sapucaia do Sul assumiu a Gestão Plena do sistema municipal. A Gestão Plena garante que o município receba o total dos recursos estaduais e federais programados para o custeio da assistência em seu território. (BRASIL, 2003b).

A rede da APS do município conta atualmente com 24 unidades básicas de saúde, sendo estas, divididas em 24 equipes atuando como estratégia saúde da família (ESF) e quatro serviços operando como unidades básicas de saúde no modelo tradicional, somam-se ainda a essas unidades 18 equipes de saúde bucal. De acordo com os parâmetros estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, as equipes de ESF abrangem 69,6% da população geral do município de Sapucaia do Sul, corroborando com a média nacional, cuja estimativa é de mais de 50% de cobertura. (BRASIL, 2006; MALTA et al., 2016).

O município dispõe de um núcleo de apoio à saúde da família (NASF) composto por equipe multidisciplinar. Atualmente o NASF é composto por profissionais das áreas da psicologia, fisioterapia, educação física, terapia ocupacional e nutrição e atua como referência para oito equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Na rede de atenção secundária, Sapucaia do Sul possui um centro de atendimento psicossocial tipo II (CAPS II), um centro de atendimento psicossocial para usuário de álcool e outras drogas (CAPS AD), um centro de atendimento psicossocial para o atendimento de crianças e adolescentes (CAPS i), uma equipe de apoio em saúde mental responsável pelo matriciamento dos casos de saúde mental das unidades de saúde que não recebem supervisão do NASF. A rede de atenção secundária do município está sob administração direta da

Fundação Hospitalar Getúlio Vargas e atualmente responsabiliza-se pelas seguintes especialidades: medicina interna, gastroenterologia, cirurgia geral, ortopedia, hematologia, urologia, pediatria, reumatologia, proctologia, psiquiatria, dermatologia, geriatria, endocrinologia, ginecologia, pneumologia adulta e pediátrica, cardiologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, neurologia, nutrição, oftalmologia e cirurgia vascular. Os atendimentos especializados são realizados nas dependências do hospital municipal e em uma unidade central de especialidades, situada no prédio do serviço de pronto atendimento.

Em relação à atenção terciária, o município possui um hospital geral desde 1970. O Hospital Municipal Getúlio Vargas conta com 163 leitos para internação, caracterizando-se como de médio porte. O hospital é referência regional em oftalmologia, saúde mental, traumatologia e ortopedia e na linha de cuidado ao paciente com acidente vascular cerebral (AVC) para uma população de 821 mil habitantes. Desde 2009, é administrado pela Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, sendo de caráter público de direito privado. Sapucaia do Sul ainda possui serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), um pronto atendimento 24 horas e uma unidade de pronto atendimento (UPA) em construção com previsão de inauguração ainda em 2016.

4.3 População do Estudo

As UBS em Sapucaia do Sul são coordenadas em sua maioria por profissionais enfermeiros. Entretanto, existem unidades onde o enfermeiro atua como gestor de forma compartilhada com outro profissional com formação no ensino superior. Atualmente são quatro equipes de ESF que adotaram a gestão compartilhada entre os profissionais. Desta forma a população do estudo será composta pelos 33 enfermeiros que coordenam os serviços que compõe a rede de atenção primária.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Para desenvolver este estudo optou-se pelo uso de instrumento validado de avaliação da Atenção Primária, o Primary Care Assessment Tool - (PCATool - Brasil) versão profissionais de saúde.

O PCATool é um instrumento de avaliação da Atenção Primária, desenvolvido no ano de 1997 por Bárbara Starfield e cols na Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Foram desenvolvidas as versões: criança, adulto e profissionais. (BRASIL, 2010).

O PCATool mensura a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e os três atributos derivados da atenção primária definidos por Starfield (2002) e baseia-se no modelo de avaliação da qualidade e na identificação e medida de aspectos ligados a estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde. (DONABEDIAN, 2005).

De acordo com Starfield (2002) os atributos essenciais são definidos como:

Acessibilidade: refere-se ao primeiro contato do paciente com o serviço ou o uso deste serviço a cada novo problema que o usuário vivencia, excetuando as urgências e emergências médicas.

Longitudinalidade: existência de uma relação contínua de cuidado seja pela relação interpessoal com um mesmo profissional ou pelo vínculo estabelecido com o serviço de saúde.

Integralidade: são as ações que garantem que o usuário tenha acesso a todos os serviços que necessita, seja na atenção primária, no nível secundário ou terciário. Inclui-se a atenção não apenas a dispensada para a saúde, mas toda a atenção seja ela para os problemas sociais, orgânicos ou funcionais.

Coordenação da atenção: conjectura a organização da continuidade do cuidado, seja esta realizada pelo mesmo profissional ou que a equipe encontre uma forma de manter a memória dos atendimentos prestados. Os profissionais da atenção primária à saúde devem ser capazes de sistematizar todo o cuidado que o usuário necessita.

Os atributos derivados podem ser definidos como:

Orientação familiar: dentro do conceito de cuidado integral, deve-se considerar o contexto familiar onde o sujeito está inserido e o potencial familiar de cuidado e de ameaça à saúde, utilizando-se de ferramentas para a abordagem familiar.

Orientação comunitária: implica no conhecimento dos dados epidemiológicos e informações relevantes para o planejamento, participação e avaliação dos serviços prestados.

O instrumento, na versão brasileira, não avalia o atributo competência cultural já que na análise fatorial não se consolidou uma dimensão com três ou mais perguntas representativas deste atributo. (HARZHEIM et al., 2006).

O instrumento foi traduzido, adaptado e validado pelos professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Erno Harzheim e Bruce Duncan no ano de 2006, recebendo recebeu o título de PCATool -Brasil. Os resultados obtidos no processo de validação do PCATool - Brasil mostraram que os itens referentes aos atributos da atenção primária possuíam validade e confiabilidade para sua aplicação em outros estudos. (HARZHEIM et al., 2006).

4.5 Coleta de Dados

O município de Sapucaia do Sul organiza um calendário semestral contendo todas as atividades de educação permanente que serão ofertadas ao longo do semestre, o referido calendário é enviado pela equipe de coordenação da APS da Secretaria Municipal de Saúde no início de cada semestre a todas as unidades, garantindo assim que os trabalhadores consigam organizar suas agendas para participar dos encontros promovidos.

Para o segundo semestre de 2016 estava previstos cinco encontros denominados Núcleo de Enfermagem, onde todos os enfermeiros da rede são convidados a participarem.

A coleta de dados ocorreu durante um destes encontros promovidos pela Secretaria de Saúde. A pesquisadora compareceu à reunião com os enfermeiros, apresentou a pesquisa e convidou os profissionais a participarem de forma voluntária.

Os profissionais que aceitaram colaborar com a pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma ficou com o profissional respondente e a outra com a pesquisadora.

Durante o segundo momento do encontro, foi distribuído aos 25 trabalhadores presentes o instrumento de coleta de dados, PCATool - Brasil, na versão “profissionais de saúde”. Foi disponibilizado o tempo de 90 minutos para o preenchimento do instrumento. Durante todo o decorrer da coleta de dados, a pesquisadora ficou à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Os 08 enfermeiros que não estiveram presentes no encontro foram contatados via telefone para participarem da pesquisa. Todos os profissionais que aceitaram integrar-se à pesquisa e receberam a visita da pesquisadora em suas unidades de saúde, receberam o TCLE e foi disponibilizado o tempo de 90 minutos para o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

4.6 Análise dos Dados

O PCATool - Brasil está baseado por escores definidos. A partir dos dados coletados por meio dos questionários foram estabelecidos os cálculos dos escores definidos pelo PCATool - Brasil versão “profissionais de saúde”.

Para cada item do instrumento de coleta de dados há uma tabela tipo Likert com as possibilidades de respostas, e cada resposta com a sua atribuição de valores, a tabela varia entre “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). (HARZHEIM et al., 2006).

O instrumento de coleta de dados PCATool - Brasil versão profissionais de saúde é composto por seis componentes que se referem aos atributos da APS, cada escore é composto pelos itens que correspondem às perguntas respondidas. O valor dos escores foi obtido por meio do cálculo da média aritmética simples. (HARZHEIM et al., 2006).

A análise do item A9, cujo questionamento é se, na média, os pacientes precisam aguardar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pela enfermeira do serviço, sem contar a triagem ou acolhimento, foi elaborado de maneira que quanto maior valor atribuído à resposta, menor é a orientação a APS, deste modo, este item foi invertido antes da sua análise, de modo que se a resposta foi, por exemplo, “com certeza sim” o valor atribuído foi = 1. (HARZHEIM et al., 2006).

Ao final da análise por unidade comparou-se as médias entre ESF e modelo tradicional. Pela ausência de normalidade na distribuição dos dados foram utilizados testes não paramétricos.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) sob parecer número: 1.745.251 e aprovado pelo colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul que expediu uma carta de anuência autorizando a pesquisa no município. Os dados de identificação dos profissionais participantes da pesquisa foram mantidos sob sigilo bem como foram respeitados todos os aspectos éticos.

6 ORÇAMENTO

As despesas necessárias à execução da pesquisa serão custeadas pela pesquisadora e estão descritas a seguir:

Item	Quantidade	Valor Unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Impressões	1000	0,20	200,00
Encadernações	10	4,50	45,00
Materiais de escritório	-	-	300,00
Combustível para Translado	-	3,80	300,00
Computador (não há necessidade de aquisição)	1	--	--
Sub total	-	-	845,00
Imprevistos (20%)	-	-	169,00
Total	-	-	1014,00

8 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão divulgados à Secretaria Municipal de Saúde, ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) e ao Conselho Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul.

O estudo forneceu subsídios para elaboração de dissertação de mestrado e de artigo científico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – AMQ: documento técnico. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/doc_tec_amq_portugues.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmações dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- BRASIL. Política nacional de atenção básica. 2. ed. Brasília, DF: [s.n.], 2006. v. 4. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. 8533411863>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- CAMPOS, Carlos. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, [S.l.], v. 5, p. 63–69, 2005. supl. 1.
- CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 935–947, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400011>. Acesso em: 25 jun. 2016.
- CHOMATAS, Eliane et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Farm Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 294- 306, 2013. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828/587>>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. S191–S202, 2002.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2016.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al. Avaliação das condições de saúde das mulheres em uma unidade de atendimento primário no Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, p. 25–31, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 jun. 2016.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al. Cobertura do exame citopatológico na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 191–197, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 jun. 2016.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.358-364, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014. Acesso em: 18 jun. 2016.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care. how can it be assessed? *J A M A*, [S.l.], v. 260, n. 12, p. 1743-48, 1988.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, MHM. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 783–794, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>>.1413-8123>. Acesso em: 25 jun. 2016.

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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649–1659, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013>. Acesso em: 25 jun. 2016.

HARZHEIM, Erno; LIMA, Karine Margarites; HAUSER, Lisiane. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: UFRGS, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013>. Acesso em: 08 jun. 2016.

MACINKO, James; GUANAIS, Frederico C.; SOUZA, Maria de Fátima Marinho. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health*, [S.l.], v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACINKO, James et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*, Washington, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 25 jun. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, [S.l.], v. 27, n. 78, p. 27–34, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde- Representação Brasil, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PELA INFÂNCIA (UNICEF-BRASIL). *Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde- ALMA ATA, URSS, 6-12 de Setembro de 1978*. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina. *Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada*. 2007. Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Efetividade da atenção pré- natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infanti*, Recife, n. 7, p. 75-82,

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

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, Jame. Contribution of primary care to health systems. *The Milbank Quarterly*, [S.l.], v. 83, p. 457–502, 2005.

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. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000901941&lng=en&nrm=iso> acesso em: 12 jun. 2016.

VIDAL, Selma Vaz; MOTTA, Luís Cláudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Agentes comunitários de saúde: Aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 129–140, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100129>. Acesso em: 25 jun. 2016.

VITORIA, Angela Moreira et al., *Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil*. *Rev Bras Med Farm Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 285-93. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)832)>. Acesso em: 08 jun. 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária em Saúde no município de Sapucaia do Sul: Comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia de Saúde da Família

Esta pesquisa irá avaliar a presença dos atributos essenciais e derivados da APS definidos por Starfield e colaboradores, 2002. O título da pesquisa é: Avaliação da Atenção Primária em Saúde no município de Sapucaia do Sul: Comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia de Saúde da Família. Está sendo realizada pela pesquisadora Cassiane Prestes da Silveira Chazan pertencente ao PPG da Universidade do Vale dos Sinos- Unisinos. Farão parte do estudo os profissionais Enfermeiros que compõe da rede de Atenção primária em saúde do município que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder a um instrumento para avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada no seu serviço de saúde. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será realizada na secretaria municipal de Saúde durante um encontro do núcleo de enfermagem. Ressalto que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar sua condição profissional na Unidade de Saúde em que você trabalha e você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa a pesquisadora garante que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou do conteúdo individual da sua entrevista será divulgado. Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Fui informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos; da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Nome e assinatura do Profissional

Data

Nome e assinatura do pesquisador

Data

ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – PCA TOOL BRASIL

4.2 Instrumento PCATool versão Profissionais

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais					
A - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoce, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A8 - É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A9 - Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

B - LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1 - No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

C - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais D - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1 - Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 - Aconselhamento nutricional.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

E - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E14 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

F - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- de todas as idades
 somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
 somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 - F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Perguntas F4 - F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).

Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes?"

F4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continuação...

F6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

As perguntas F14 - F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G1 - Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais H - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Este relatório de campo tem como objetivo descrever a trajetória percorrida pela pesquisadora, descrevendo as atividades desenvolvidas durante os processos de planejamento, coleta de dados, a análise e interpretação dos dados e a construção do artigo científico. Este documento será apresentado para defesa de dissertação, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, intitulada:

“Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família”.

2 ESCOLHA DA TEMÁTICA DO ESTUDO

A escolha da área temática deste estudo deve-se a atuação profissional da pesquisadora, uma vez que a mesma desenvolve sua atividade profissional como coordenadora de atenção primária no município de Sapucaia do Sul, bem como atua profissionalmente na rede de saúde há 10 anos, atuando primeiramente na assistência direta aos pacientes antes de compor a equipe técnica da gestão municipal.

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família representa o fortalecimento da atenção Primária e que a sua contribuição para a melhora de indicadores de saúde já está comprovada por diversos estudos, porém o desprendimento orçamentário para este modelo de atenção é superior quando comparado com o modelo tradicional.

Uma vez que os desafios enfrentados pelas gestões municipais em relação as dificuldades de gerenciamento e a escassez de recursos destinados à saúde, a necessidade de avaliar os serviços prestados à população, bem como investigar a capacidade dos serviços de fazerem diferença na vida dos usuários motivou a pesquisadora para a realização do presente estudo.

Diante disso, este estudo teve como objetivos:

- a) avaliar a qualidade dos cuidados de saúde das unidades básicas de saúde de Sapucaia do Sul por meio do instrumento PCATool – Brasil, versão profissionais de saúde;
- b) comparar, por meio do instrumento PCATool – Brasil, versão profissionais de saúde, a qualidade dos cuidados de saúde entre as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família e aquelas com o modelo Tradicional;

- c) detectar, por meio do PCATool – Brasil versão profissionais de saúde, quais os atributos com escore mais baixo entre as unidades básicas de saúde em Sapucaia do Sul.

3 SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA E COLEGIADO GESTOR

A pesquisadora primeiramente participou de uma reunião com o secretário municipal de saúde e com o colegiado gestor da secretaria municipal de saúde, solicitando na ocasião, o consentimento para a realização da pesquisa.

Após o primeiro parecer favorável, a pesquisadora recebeu a carta de anuência e este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS, pois a pesquisadora e o orientador estão vinculadas a essa instituição de ensino. O projeto obteve aprovação, em Outubro de 2016, sob o nº 1.745.251.

4 METODOLOGIA EMPREGADA NO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de avaliação que utilizou de técnica de cálculo dos intervalos de confiança (IC 95%) para analisar as diferenças entre as respostas obtidas através do preenchimento pelos profissionais do PCATool - Brasil, versão profissionais de saúde.

5 COLETA DOS DADOS

O presente estudo incluiu um total de 33 enfermeiros que compunham a rede de atenção primária à saúde do município de Sapucaia do Sul. Todos dados foram coletados pela mestrande Cassiane Prestes da Silveira Chazan, no período de Outubro de 2016 a Janeiro de 2017.

Em Outubro, ocorreu uma reunião com os enfermeiros da rede da APS do município. A reunião acontece sistematicamente como espaço de educação permanente. Durante este encontro a pesquisadora realizou a apresentação do projeto de pesquisa, os objetivos, o instrumento utilizado para a coleta dos dados e convidou o grupo a participar a pesquisa. No momento da coleta estavam presentes 25 enfermeiros que responderam o instrumento naquele momento. Outros 8 profissionais que não puderam comparecer ao encontro foram contatos posteriormente via telefone e todos aceitaram participar da pesquisa. Estes, foram visitados em suas unidades de saúde pela pesquisadora para a coleta de dados.

6 BANCO DE DADOS E ANÁLISE DOS DADOS

A digitação dos questionários ocorreu após o término da conferência e revisão de todos os questionários. A digitação foi realizado no mês de março de 2017. Foi utilizado o programa Epidata versão 3.1, por meio de um sistema de entrada dupla para possibilitar a comparação e reparar possíveis erros de digitação.

Após a correção das inconsistências, foi gerado um arquivo em formato EXCEL e enviado para o programa SPSS, versão 23.0. As possíveis diferenças entre os modelos de atenção foram comparadas através do cálculo dos intervalos de confiança a 95% das médias dos escores observados nos atributos. Foram calculados os intervalos de confiança a 95% dos escores médios dos atributos, cujo erro padrão foi estabelecido mediante a fórmula: $DP/(\sqrt{n})$.

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados foram construídos com o intuito de responder aos objetivos do trabalho. A partir desses dados foi elaborado um artigo científico de forma a contemplar os principais resultados encontrados e que será apresentados como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

As tabelas e o quadro a seguir representam os principais resultados encontrados a partir da análise dos dados.

Tabela 1 - Escores dos atributos mediante instrumento PCATool por unidade de saúde, Sapucaia do Sul, RS, 2016

Unidade de saúde	Modalidade	Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação do cuidado (Integração de cuidados)	Coordenação do cuidado (Sistemas de informação)	Integralidade (serviços disponíveis)	Integralidade (serviços prestados)	Orientação familiar	Orientação comunitária	Escore Essencial	Escore Geral
João de Barro Silva	ESF	4,81	7,44	8,33	10,00	8,18	9,56	10,00	7,78	8,05	8,26
Jardim América	ESF	4,07	7,44	6,39	10,00	8,40	9,33	8,33	9,16	7,61	7,89
Carioca	ESF	2,96	8,21	7,78	10,00	6,52	9,33	10,00	6,11	7,47	7,61
Cohab Casas	ESF	3,82	7,61	6,48	9,26	7,97	8,59	9,63	7,03	7,29	7,49
Alcina	ESF	4,07	7,69	6,11	7,78	8,03	8,44	8,89	8,89	7,02	7,49
Primor	ESF	5,56	6,92	7,78	10,00	7,58	8,22	8,89	5,00	7,68	7,49
Terra Nova	ESF	4,07	7,44	7,22	10,00	7,42	9,33	7,78	6,11	7,58	7,42
São Cristovão	ESF	2,59	8,72	7,22	10,00	7,58	9,56	10,00	3,33	7,61	7,37
Itapemirim	ESF	4,07	7,44	7,22	10,00	7,42	8,89	7,78	6,11	7,51	7,37
Capão da Cruz	ESF	2,59	8,46	7,22	10,00	7,88	9,11	7,78	5,56	7,54	7,32
Freitas	ESF	4,07	7,44	5,00	8,89	8,03	7,33	8,89	8,33	6,79	7,25
Bela Vista	ESF	4,07	7,95	7,22	10,00	7,27	7,56	7,78	5,56	7,35	7,18
Fortuna	ESF	3,01	7,31	6,39	8,89	7,88	8,11	10,00	5,00	6,98	7,11
Pasqualine	ESF	4,07	6,66	6,11	9,44	7,50	8,00	8,89	8,56	6,96	7,06
Natal	ESF	3,72	6,53	5,55	10,00	7,08	8,00	8,33	5,28	6,81	6,81
São José	ESF	4,07	7,18	4,44	10,00	7,12	7,56	7,78	5,00	6,73	6,64
Colina Verde	ESF	2,96	6,67	6,11	7,78	6,06	7,56	10,00	4,44	6,19	6,45
Boa Vista	ESF	3,33	6,41	5,60	6,67	7,12	7,78	8,89	5,56	6,14	6,41
Vargas	ESF	3,33	6,41	5,56	6,67	6,67	7,78	8,89	5,56	6,07	6,36
São Caetano	UBS	4,07	7,95	7,22	10,00	7,12	7,56	7,78	5,56	7,32	7,16
Greiss	UBS	4,81	7,69	7,78	6,67	6,82	9,33	10,00	3,89	7,18	7,12
Cohab Blocos	UBS	3,51	7,56	5,55	10,00	6,36	8,00	7,78	4,44	6,83	6,65
Nova Sapucaia	UBS	5,37	4,52	5,55	8,33	6,21	6,55	6,11	3,75	6,09	5,80
Média Total		3,90	7,31	6,56	9,14	7,31	8,38	8,71	6,12	7,09	7,15

Tabela 2 - Escore médio dos atributos com respectivos intervalos de confiança a 95% de acordo com o tipo de serviço. Sapucaia do Sul, RS, 2016

	ESF (IC 95%)	UBS Tradicional (IC 95%)
Atributos Essenciais		
Acessibilidade	3,80 (3,5 a 4,0)	4,44 (3,6 a 4,8)
Longitudinalidade	7,39 (7,1 a 7,6)	6,93 (5,3 a 7,8)
Coordenação do cuidado (Integração do cuidado)	6,52 (6,1 a 6,7)	6,52 (5,4 a 7,1)
Coordenação do cuidado (Sistemas de informação)	9,21 (8,7 a 9,5)	8,75 (7,1 a 9,5)
Integralidade (Serviços disponíveis)	7,45 (7,2 a 7,6)	6,62 (6,1 a 6,8)
Integralidade (Serviços prestados)	8,49 (8,1 a 8,7)	7,86 (6,7 a 8,5)
Atributos Derivados		
Orientação familiar	8,87 (8,5 a 9,1)	7,91 (6,3 a 8,7)
Orientação comunitária	6,46 (5,6 a 6,9)	4,41 (3,6 a 4,8)
Escore Essencial	7,14 (6,8 a 7,2)	6,85 (6,3 a 7,1)
Escore Geral	7,24 (7,0 a 7,3)	6,70 (6,1 a 7,0)

Quadro 1 - Descrição dos itens com menor pontuação entre os componentes/atributos.
Sapucaia do Sul, RS, 2016 (continua)

Componente/ Atributo: Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade	
Item	Total de Respostas positivas: “provavelmente sim/com certeza, sim” (%)
A1: Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	0
A2: Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?)	6 (18,1%)
A5: Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	6 (18,1%)
A6: Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	0
A7: Quando seu serviço de saúde está fechado a noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	1 (3,0%)
Componente/ Atributo: coordenação do cuidado/ integração do cuidado	
C1: Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	13 (39,3%)
C5: Você recebe do especialista do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	2 (6,0%)
Componente/ Atributo: integralidade/serviços disponíveis	
Item: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?	
E9: sutura de um corte que necessita de pontos	5 (15,1%)
E13: colocação de tala	2 (6,0%)
E14: remoção de verrugas	2 (6,0%)
E18: remoção de unhas encravadas	5 (15,1%)
Componente/ Atributo: Integralidade – Serviços prestados	
F9: Pergunta se o paciente possui arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança?	2 (6,0%)

Quadro 1 - Descrição dos itens com menor pontuação entre os componentes/atributos.
Sapucaia do Sul, RS, 2016 (continuação)

Item	Total de Respostas positivas: “provavelmente sim/com certeza, sim” (%)
Componente/ Atributo: Orientação comunitária	
H4: Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?)	3 (9,09%)
H5: Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ela deveria conhecer?	4 (12,1%)
Componente/ Atributo: Longitudinalidade	
B4: Se seus pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	12 (36,3%)
B13: Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	12 (36,3%)

ARTIGO CIENTÍFICO

Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família

Autores:

Cassiane Prestes da Silveira Chazan

Juvenal Soares Dias da Costa

*Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Endereço: Av. UNISINOS, 950. São Leopoldo, RS, 93022 000.

Cassiane Prestes da Silveira Chazan elaborou o Projeto de Pesquisa, coletou os dados, analisou os resultados e redigiu o texto. Juvenal Soares Dias da Costa participou da elaboração do Projeto, analisou os resultados e redigiu o texto.

Resumo: O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS) e comparar os atributos entre as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF) e as unidades de saúde com modelo tradicional, no município de Sapucaia do Sul, RS. O estudo permitiu também a identificação dos atributos mais vulneráveis entre as unidades. Trata-se de estudo transversal de avaliação da APS mediante a aplicação do instrumento PCATool – Brasil, versão profissionais de saúde. A coleta de dados envolveu os 33 profissionais enfermeiros integrantes da rede de atenção primária. As unidades com ESF foram comparadas com as unidades com modelo tradicional mediante o uso de médias dos escores observados nos atributos e seus intervalos de confiança de 95%. Das 24 unidades avaliadas, 20 (83,3%) apresentaram escore geral médio maior que 6,60. Na maioria dos atributos houve melhor desempenho das equipes que atuavam com a ESF, embora a diferença tenha sido constatada nos atributos integralidade – serviços disponíveis e orientação comunitária. O atributo acessibilidade foi o que apresentou desempenho menos satisfatório em ambos os modelos. Apontou-se a necessidade de se melhorar o acesso e de se incrementar o sistema de referência no município.

Palavras- chave: Atenção primária à saúde. Avaliação em saúde. Estratégia saúde da família.

Abstract: The objective of the study was to evaluate the quality of PHC services and compare health units with Family Health Strategy with those with a traditional model, in the town of Sapucaia do Sul, RS. The study also allowed the identification of the most vulnerable attributes among units. This is a cross-sectional study to evaluate PHC through the application of PCATool - Brazil, a version to health professionals. The data collection involved in 33 professional nurses in the primary care network. The units with Family Health Strategy were compared with the traditional model using the scores means observed in the attributes and their confidence intervals of 95%. Of the 24 evaluated units, 20 of them (83.3%) had an average overall score higher than 6.60. In most attributes, the performance of the teams that performed with a FHS was better, although the difference was detected in the integrated attributes - available services and community orientation. The accessibility attribute was the one that presented the least satisfactory performance. It was pointed out the need to improve access and to increase the reference system.

Key words: Primary health care. Health evaluation. Family health strategy.

INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único constatou-se o aumento da utilização de serviços de saúde no Brasil, principalmente no nível da atenção primária¹. Entretanto, a partir da década de 1990 verificaram-se problemas relacionados à qualidade da atenção e resolutividade da rede de unidades básicas de saúde, marcadamente ampliada em sua oferta pelos municípios². Portanto, como tentativa de se aumentar a efetividade e o desempenho da atenção primária foi proposta e organizada a Estratégia Saúde da Família, que se encontra em franca expansão^{3,4}.

Alguns estudos mostraram as vantagens da adoção da Estratégia Saúde da Família como forma de se qualificar o sistema de saúde. Por exemplo, com a implantação da ESF no Brasil verificou-se a redução da mortalidade infantil⁵, aumento do número de consultas de pré-natal⁶ e a diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária⁷.

Embora o Ministério da Saúde seja o principal incentivador para a implantação de novas equipes de ESF, sabe-se que o investimento necessário por parte dos municípios, para a manutenção da Estratégia, é superior quando comparado às unidades de saúde que atuam com o modelo tradicional, visto que, pelas legislações municipais, geralmente os valores agregados aos cargos e salários têm sido expressivamente mais elevados, bem como a quantidade de recursos humanos exigida⁸.

Esta realidade é encontrada em diversos municípios brasileiros, motivo pelo qual as discussões em relação à efetividade e o custo-benefício da ESF são pautas constantes nas comissões colegiadas.

A melhora da qualidade dos serviços de saúde deve ser considerada como oportuna e pode ser acompanhada mediante a incorporação de estudos de avaliação permanente. Entretanto, estudos de avaliação sobre o desempenho da atenção primária à saúde (APS) ainda podem ser considerados incipientes no Brasil^{9,10}.

Sabe-se que avaliação dos sistemas e serviços de saúde permite à gestão identificar potencialidades e dificuldades, possibilitando o planejamento e ajustes, garantindo que a APS cumpra o papel de fazer a diferença na vida das pessoas^{11,12}.

Diversos instrumentos de avaliação da atenção primária estão disponíveis, destacando-se o PCA-Tool, baseado no estabelecimento de escores para os atributos da atenção primária¹³.

Desde a década de 1990 o município de Sapucaia do Sul passou a expandir sua rede de saúde, priorizando o desenvolvimento da APS atingindo cobertura populacional de 69,6% e totalizando investimento médio de 6% da arrecadação municipal nesse nível de atenção.

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade dos serviços de APS e comparar as unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF) com as unidades de saúde com modelo tradicional, no município de Sapucaia do Sul, por meio do PCATool - Brasil, versão profissionais de saúde. O estudo permitiu também a identificação dos atributos mais vulneráveis entre as unidades, como a possibilidade de sugerir ações para melhorar o desempenho da atenção primária.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal para avaliação das unidades básicas de saúde do município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul, mediante a aplicação do instrumento PCATool- Brasil versão profissionais de saúde.

O município está localizado na região metropolitana de Porto Alegre, situado a 20 km da capital e possui 138.357 habitantes. A cidade assumiu a gestão plena dos recursos vinculados à saúde em 2014 e desde 2008 ampliou os investimentos visando a expansão e fortalecimento da APS.

A coleta de dados envolveu todos os 33 profissionais enfermeiros que compunham a rede de atenção primária do município. A escolha da categoria ocorreu devido a coordenação das unidades de saúde ficar a cargo do profissional enfermeiro.

Parte da coleta dos dados ocorreu durante encontro promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, onde foi apresentado o estudo e aplicado o instrumento. Os oito enfermeiros que não compareceram ao encontro foram contatados via telefone e a coleta aconteceu de forma presencial nas unidades de saúde onde atuavam.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2016 e janeiro de 2017. A rede de atenção primária à saúde do município, no momento da pesquisa, era constituída de 24 unidades básicas de saúde, totalizando 24 equipes de ESF (26 enfermeiros respondentes) visto que em duas equipes de ESF haviam 2 enfermeiros atuando na mesma equipe e quatro unidades básicas de saúde atuando com o modelo tradicional (7 enfermeiros respondentes), sendo duas UBS com dois enfermeiros de referência e uma UBS com três enfermeiros responsáveis pela unidade.

PCATool é um instrumento de avaliação da atenção primária nas versões: criança, adulto e profissionais. O instrumento foi baseado no modelo de avaliação da qualidade, na identificação e medida de aspectos ligados a estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde^{14,15} sendo considerado um instrumento capaz de avaliar de forma fidedigna a APS¹⁶. O PCATool mensura a presença e a extensão de quatro atributos essenciais e de três atributos derivados da atenção primária definidos por Starfield¹⁷. Os quatro atributos considerados como essenciais são: a acessibilidade (acesso de primeiro contato), a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade. Os atributos derivados foram definidos como: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A aplicação do instrumento permitiu a construção de escores para cada atributo por meio da estruturação das respostas seguindo uma escala tipo Likert, possibilitando atribuir valores que variaram entre 1 “com certeza não” e 4 “com certeza sim”.

O escore essencial foi obtido mediante o cálculo das médias dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e o escore geral foi estabelecido utilizando a média destes escores incluindo os atributos derivados (orientação

familiar e orientação comunitária). A escala Likert foi transformada em uma escala que variava entre 0 e 10 conforme orientações do instrumento original utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{(Escore - 1)}{(4 - 1)} \times 10$$

Em consonância com as orientações do instrumento original, os escores gerais que apresentaram valores maiores ou iguais a 6,60 foram considerados como alto grau de orientação a APS. Nas UBS onde atuavam mais de um enfermeiro, os escores foram calculados por meio de média aritmética simples.

Os questionários foram digitados em Epidata, versão 3.1. e todas as análises realizadas no programa SPSS, versão 23.0. As unidades com Estratégia Saúde da Família foram comparadas com as unidades com modelo tradicional mediante os intervalos de confiança a 95% das médias dos escores observados nos atributos. Foram calculados os intervalos de confiança a 95% dos escores médios dos atributos, cujo erro padrão foi estabelecido mediante a fórmula: $DP/(\sqrt{n})$.

Foram descritas os itens que alcançaram pior desempenho, de forma que se pudessem identificar necessidades no sistema de saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) com parecer número: 1.745.251 e aprovado pelo colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul que expediu uma carta de anuência autorizando a pesquisa. Todos os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com a participação na pesquisa.

RESULTADOS

Foram analisadas 24 unidades básicas de saúde e a média do escore geral foi de 7,15. Observou-se que a maior pontuação foi 8,26 e a menor foi 5,80. Entre as unidades avaliadas, 20 (83,3%) apresentaram escore geral médio maior que 6,60, sendo 17 unidades que atuavam com equipes de ESF e três unidades caracterizadas como modelo tradicional (Tabela 1).

A análise por domínios demonstrou que o atributo coordenação do cuidado (sistemas de informação) apresentou o maior escore, com média geral de 9,14, enquanto acessibilidade alcançou o menor escore médio: 3,90. Outro atributo com baixo escore geral foi orientação comunitária, atingindo média de 6,12. O atributo coordenação do cuidado/integração do cuidado apresentou escore geral de 6,56 estabelecendo-se como limítrofe na orientação para a APS (Tabela 1).

Foi realizada comparação entre as equipes que atuavam na saúde da família com as UBS modelo tradicional. Observou-se que o escore geral das unidades com ESF foi 7,24 (IC95% 7,0 a 7,3), enquanto a média das UBS tradicionais foi 6,70 (IC 95% 6,1 a 7,0). Na comparação por componentes verificou-se que quase todos os atributos atingiram maior média nas unidades que atuavam com ESF, com exceção de acessibilidade, atingindo 4,44 nas UBS tradicionais e 3,80 nas ESF. Os intervalos de confiança mostraram que os escores nos atributos integralidade (serviços disponíveis) e orientação comunitária foram mais elevados nos serviços com ESF. O atributo coordenação do cuidado/ integração do cuidado obteve baixa pontuação totalizando média de 6,52 em ambos os modelos de atenção (Tabela2).

Em relação ao atributo acessibilidade, na análise dos nove itens que constituíam o componente, observou-se que os itens “A1” (seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?), apresentou média de resposta 1,03, “com certeza, não”, mostrando que os serviços de saúde avaliados se encontravam em funcionamento somente em dias úteis. O item A5 (quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?) dos 33 profissionais que participaram da pesquisa, 26 (78,0%) apontaram como resposta a opção 1 “com certeza, não”, alcançando média de resposta de 1,6. Outro item dentro do componente acessibilidade que apresentou baixo valor atribuído foi “A6” (quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?) a média das respostas

também foi de 1,09 e o item “A7” (quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?) apresentou média de 1,1. Ainda em relação ao componente acessibilidade, o item A2 (seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até às 20 horas?) em apenas 6 (25,0%) unidades de saúde a resposta foi afirmativa “com certeza sim”, demonstrando assim, que 18 (75,0%) das unidades de saúde do município não estavam disponíveis à população após as 17:00 horas (Quadro 1).

No atributo coordenação do cuidado/ integração do cuidado, dos seis itens avaliados pelo instrumento, foi possível observar que o item “C1” (você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?) apresentou média de resposta de 2,3 e “C5” (você recebe do especialista do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?) conteve média de resposta de 1,6 apresentando assim as menores pontuações em relação aos demais itens, contribuindo para o baixo escore apresentado pelo componente (Quadro 1).

Ao se analisar os resultados obtidos para o componente integralidade - serviços disponíveis, os itens E9 (sutura de um corte que necessita de pontos) obteve apenas 5 (15,0%) respostas positivas “com certeza sim”, E13 (colocação de tala) foram 2 (6,0%) afirmações “com certeza sim”, em E14 (remoção de verrugas) 2 (6,0%) respostas positivas “com certeza sim” e E18 (remoção de unhas encravadas) 5 (15,0%) afirmações, apresentando assim escores abaixo do ponto de corte estabelecido pelo instrumento (Quadro 1).

Em relação ao componente Integralidade – serviços prestados, o item F9 (pergunta se o paciente possui arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança) apenas 2 (6,0%) profissionais responderam “com certeza sim” (Quadro 1).

Na análise do atributo orientação comunitária foi possível observar que no item H4 (faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo ou atendendo as necessidades das pessoas?) somente 3 (9,1%) entre os profissionais respondentes, apontaram a

resposta “com certeza, sim”. Em relação ao item H5 (faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ela deveria conhecer) identificou-se que apenas 4 (12,0%) dos 33 profissionais responderam de forma totalmente afirmativa “com certeza sim”.

Em relação ao atributo longitudinalidade, quantidade expressiva de respondentes (36,3%) afirmou a impossibilidade dos pacientes manterem contato por telefone com o médico ou enfermeiro que mais conhecessem. Esses mesmo profissionais admitiram ainda desconhecer todos os medicamentos que seus pacientes utilizavam.

DISCUSSÃO

Ao se analisar os resultados obtidos foi possível observar que a maioria das UBS do município de Sapucaia do Sul apresentaram forte grau de orientação à APS, uma vez que 20 (83,3%) das 24 unidades avaliadas atingiram escore geral maior que 6,60, ponto de corte estabelecido pelo instrumento^{14,18}.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os escores gerais entre ESF e UBS tradicionais. Entretanto, deve-se ressaltar que os resultados apresentados revelaram um melhor desempenho das equipes que atuavam com o modelo de ESF em relação aos atributos da APS, com exceção do atributo acessibilidade, onde o escore foi maior entre as unidades do modelo tradicional.

O escore com pontuação mais baixa foi acessibilidade. O componente foi estruturado para avaliar o acesso a partir de itens de difícil cumprimento por parte das equipes, como a abertura dos serviços apenas em dias úteis, a disponibilização de telefone e pagamento de profissional em horários não comercial e abertura das unidades após as 17:00 horas. Essas questões apresentam um desafio para a gestão municipal, uma vez que garantir a acessibilidade no primeiro contato pode melhorar os resultados em saúde e principalmente, reduzir a procura por outros serviços de saúde como as urgências e os pronto-atendimentos problema atualmente

enfrentado na emergência do único hospital do município. Essa realidade também foi encontrada em diversos municípios brasileiros, onde o fortalecimento da APS se faz necessário a fim de humanizar o atendimento, ampliar a oferta à demanda espontânea e evitar a procura pelas emergências dos hospitais¹⁹.

Diversos estudos realizados no Brasil mostraram que o componente acesso atingiu os escores mais baixos. Em São Luis do Maranhão, os itens A1 (serviços de saúde abertos sábados e domingos) e A2 (serviço de saúde aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 horas) apresentaram mais de 80% de respostas negativas (“com certeza não”)²⁰. Estudo realizado em Chapecó envolvendo médicos e enfermeiros como respondentes alcançou escore de 3,6 no atributo acessibilidade²¹. Investigação realizada em Curitiba apresentou resultado similar, onde o escore médio do atributo acessibilidade foi 4,9²². Contudo, resultados encontrados em estudo desenvolvido em Porto Alegre mostrou o atributo acesso com forte extensão à APS. A ESF atingiu escore de 8,6, enquanto as UBS com modelo tradicional alcançaram 7,6, sendo as diferenças estatisticamente significativas²³.

Ao se considerar a perspectiva dos usuários, estudo desenvolvido em São Paulo apontou que o acesso aos serviços de APS foi dificultado impactando negativamente na avaliação, em especial no que dizia respeito à resolução de queixas agudas²⁴.

Deste modo, estudo realizado por D’Avila et al.²⁵ sugeriu a necessidade de atualização do instrumento PCATool no item acessibilidade, uma vez que a comunicação médico paciente ganhou novas formas nos últimos anos, tais como: e-mails, aplicativos de celulares, software de transmissão de vídeos, formas não contempladas no instrumento original e que poderiam facilitar o acesso dos usuários.

Ao se analisar o atributo coordenação/ integração do cuidado evidenciou-se o baixo grau a APS apresentado pelo componente em ambos os modelos de atenção. Ao se apreciar a composição dos itens utilizados na formação deste atributo, foi possível constatar a marcante

deficiência do sistema de referência e contra referência no município de Sapucaia do Sul. A totalidade dos profissionais que participaram da pesquisa respondeu que não receberam de forma sistemática informações importantes dos especialistas aos quais tinham encaminhado seus pacientes. É imprescindível para a gestão municipal transpor o desafio de informatizar e integrar a rede de saúde municipal, bem como conscientizar os profissionais quanto ao preenchimento adequado dos documentos utilizados como referência e contra referência, uma vez que as dificuldades de comunicação entre os diferentes pontos da rede geram encaminhamentos desnecessários, custos operacionais que poderiam ser evitados e que causam grande impacto na vida da população.

No presente estudo, os intervalos de confiança dos atributos: integralidade – serviços disponíveis e orientação comunitária nas ESF apresentaram valores superiores aos encontrados nas UBS com modelo tradicional.

Na avaliação de integralidade - serviços disponíveis destacou-se a forte extensão apresentada pelas equipes de ESF, enquanto no modelo tradicional observou-se escore limítrofe. Para essa avaliação, foram realizadas 22 perguntas aos profissionais de saúde, contudo vale ressaltar que em relação aos procedimentos de cirurgia ambulatorial houve um número expressivamente pequeno de respostas positivas que podem ser atribuídas a falta de material disponível em todas as unidades ou de treinamento para a realização dos referidos procedimentos. Deve-se ressaltar que a disponibilização dos insumos necessários para a realização de tais procedimentos implica em investimento pouco expressivo e pode contribuir para o aperfeiçoamento do atributo.

O atributo orientação comunitária referiu-se aos conhecimentos dos profissionais em relação às necessidades da comunidade a qual a unidade de saúde estava inserida. O melhor desempenho apresentado pelas equipes de ESF foi relacionado principalmente à realização de visitas domiciliares e ao estímulo do controle social através da organização de conselhos locais.

Apenas 2 profissionais que atuavam em UBS tradicional afirmaram realizar visitas domiciliares em sua prática assistencial. Estudo desenvolvido por Van Stralen²⁶ corroborou com o achado e mostrou que a orientação comunitária foi melhor desempenhada pelas equipes de ESF, atribuindo esse melhor resultado à presença dos agentes comunitários de saúde nas equipes de ESF.

Os escores observados para o atributo longitudinalidade atingiram valores classificados entre os que apresentaram forte grau de extensão à APS. Embora, encontraram-se itens no componente que apresentaram baixo valor atribuído nas respostas. A correção dessas medidas aparentemente não implicaria em gastos financeiros e aperfeiçoaria a qualidade do acompanhamento dos indivíduos pelas unidades. Sabe-se que garantir o atendimento longitudinal prestado pelos mesmos profissionais e nos mesmos serviços proporcionava melhor entendimento e aceitação por parte dos pacientes às orientações médicas, tendendo a diminuir a procura por outros tipos de serviços²³.

O componente denominado coordenação – sistemas de informação recebeu melhor avaliação, apresentando escores com elevados em ambos os modelos de atenção. Esse achado foi também evidenciado em outros estudos que utilizaram o PCATool – Brasil, versão profissionais de saúde^{22,27,28}.

O atributo integralidade/serviços prestados se caracteriza por avaliar o processo, ou seja, o desempenho de atividades desenvolvidas pelos profissionais¹⁸. No presente estudo o escore obtido foi considerado altamente orientado à APS. Embora o atributo tenha apresentado expressivo valor atribuído, se faz necessário trabalhar questões relativas a ações de prevenção de agravo, como, por exemplo, a orientação quanto à guarda segura de armas de fogo. Estudo desenvolvido por Silva et al.²⁹ em Alfenas, MG e Castro et al.²⁸ em Porto Alegre, RS ratificaram o achado, uma vez que também apresentaram alto grau de extensão à APS no referido atributo, entretanto, estudos de Motizuki³⁰; Oliveira³¹ e Rolim³², mostraram resultados não favoráveis.

A orientação familiar também atingiu alto valor, demonstrando que os serviços da APS do município de Sapucaia do Sul, apresentavam forte orientação para a APS, no que se referiu a este atributo. Para Starfield¹⁷ a orientação familiar estava relacionada ao reconhecimento de fatores familiares relacionados à gênese e ao tratamento da doença. Desta forma, evidenciou-se que a preocupação com a dinâmica e organização das famílias estão incorporadas às práticas dos profissionais da rede da APS do município, denotando a compreensão dentro do contexto social a qual a equipe está inserida. Estudo de Chomatas²² mostrou alto desempenho para APS no atributo orientação familiar. Em contrapartida, estudos de Elias et al.⁸; Ibáñez⁹, Van Stralen²⁶ e Turci; Lima-Costa; Macincko³³, mostraram resultados não favoráveis ao atributo.

Entre as limitações do presente estudo pode-se ressaltar que foi conduzido a partir da visão dos profissionais enfermeiros, o que possivelmente estimou positivamente os resultados alcançados. Alguns estudos compararam a avaliação dos usuários com a dos profissionais de saúde. Os resultados mostraram a avaliação dos usuários menos positiva para quase todos os atributos da APS pesquisados^{26,34,35}.

O presente trabalho identificou ações que precisam ser implantadas para a qualificação da APS no município de Sapucaia do Sul. Embora existam diferenças entre os modelos de atenção, a consolidação da ESF como estratégia capaz atender integralmente as necessidades de saúde dos usuários mostrou-se controversa, uma vez que o desempenho apresentado em ambos os modelos mostraram-se similares. O investimento despendido para o financiamento, manutenção e ampliação das equipes de ESF no município deve avançar simultaneamente com a qualificação do atendimento prestado à população.

REFERÊNCIAS

1. Paim J et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779): 1778-97.
2. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc Saúde Colet* 2007;12(2):429-435.
3. Barreto ML et al. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. *PLoS Med* 2014;11(9):1-3.
4. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health* 2012;11(33).
5. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(1):13-19.
6. Anversa ETR, Dal Pizzol TS, Bastos GAN, Nunes LN. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4): 789-800.
7. Macinko J et al. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011;101(10):1963-1970.
8. Elias PE et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Colet* 2006;11(3):633-641.
9. Ibañez N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Colet* 2006;11(3):683-703.

10. Fracolli LA et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc Saúde Colet* 2014;19(12):4851-4860.
11. Castanheira ERL et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc* 2011;20(4):935-947.
12. Costa NR. A estratégia de saúde da família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* 2016;1(5):1389-1398.
13. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001;50:161-175.
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Donabedian A. The Quality of CareHow Can It Be assessed?. *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.
16. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT 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. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):244-55.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
18. Harzheim E et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006;22(8):1649-1659.

19. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* 2011;29(2):84–95.
20. Reis RS et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Colet* 2013;18(11):3321-3331.
21. Vitoria AM et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013;8(29):285-93.
22. Chomatas E et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Farm comunidade* 2013;29:294-306.
23. Cunha CRH, Harzheim E, Duncan BB. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
24. Sala A et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc* 2011;20(4):948-960.
25. D’avila OP et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc Saúde Colet* 2017;22(3):855-865.
26. Van Stralen CJ et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24: S148-S158. Sup. 1.

27. Araujo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate* 2015;39(105):387-399.
28. Castro RCL et al. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services. *Cad Saúde Pública* 2012;28(9):1772-1784.
29. Silva SA et al. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm* 2014;48(n.ºesp):126-132.
30. Motizuki LAC. Análise dos atributos da atenção primária através do primary care assessment tool (pcatool- Brasil). Campo Grande [Dissertação]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2016.
31. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada. [Dissertação]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
32. Rolim LB. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde de Fortaleza-CE: estudo através do pcatool-brasil, versão profissionais [Dissertação]. Fortaleza: Fundação Oswaldo Cruz, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF); 2016.
33. Turci MA, Lima Costa MF, Macinko J. 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. *Cad Saúde Pública* 2015;31(9):1941-1952.

34. Carneiro MSM et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate* 2014;38(n.ºesp.):279-295.
35. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino Am Enfermagem* 2015;23(5):979-87.

Tabela 3 - Escores dos atributos mediante instrumento PCATool por unidade de saúde, Sapucaia do Sul, RS, 2016

Unidade de saúde	Modalidade	Acessibilidade	Longitudinalidade	Coordenação do cuidado (Integração de cuidados)	Coordenação do cuidado (Sistemas de informação)	Integralidade (serviços disponíveis)	Integralidade (serviços prestados)	Orientação familiar	Orientação comunitária	Escore Essencial	Escore Geral
João de Barro	ESF	4,81	7,44	8,33	10,00	8,18	9,56	10,00	7,78	8,05	8,26
Silva	ESF	4,81	7,95	6,67	8,89	7,42	9,78	8,89	7,78	7,59	7,91
Jardim América	ESF	4,07	7,44	6,39	10,00	8,40	9,33	8,33	9,16	7,61	7,89
Carioca	ESF	2,96	8,21	7,78	10,00	6,52	9,33	10,00	6,11	7,47	7,61
Cohab Casas	ESF	3,82	7,61	6,48	9,26	7,97	8,59	9,63	7,03	7,29	7,49
Alcina	ESF	4,07	7,69	6,11	7,78	8,03	8,44	8,89	8,89	7,02	7,49
Primor	ESF	5,56	6,92	7,78	10,00	7,58	8,22	8,89	5,00	7,68	7,49
Terra Nova	ESF	4,07	7,44	7,22	10,00	7,42	9,33	7,78	6,11	7,58	7,42
São Cristovão	ESF	2,59	8,72	7,22	10,00	7,58	9,56	10,00	3,33	7,61	7,37
Itapemirim	ESF	4,07	7,44	7,22	10,00	7,42	8,89	7,78	6,11	7,51	7,37
Capão da Cruz	ESF	2,59	8,46	7,22	10,00	7,88	9,11	7,78	5,56	7,54	7,32
Freitas	ESF	4,07	7,44	5,00	8,89	8,03	7,33	8,89	8,33	6,79	7,25
Bela Vista	ESF	4,07	7,95	7,22	10,00	7,27	7,56	7,78	5,56	7,35	7,18
Fortuna	ESF	3,01	7,31	6,39	8,89	7,88	8,11	10,00	5,00	6,98	7,11
Pasqualine	ESF	4,07	6,66	6,11	9,44	7,50	8,00	8,89	8,56	6,96	7,06
Natal	ESF	3,72	6,53	5,55	10,00	7,08	8,00	8,33	5,28	6,81	6,81
São José	ESF	4,07	7,18	4,44	10,00	7,12	7,56	7,78	5,00	6,73	6,64
Colina Verde	ESF	2,96	6,67	6,11	7,78	6,06	7,56	10,00	4,44	6,19	6,45
Boa Vista	ESF	3,33	6,41	5,60	6,67	7,12	7,78	8,89	5,56	6,14	6,41
Vargas	ESF	3,33	6,41	5,56	6,67	6,67	7,78	8,89	5,56	6,07	6,36
São Caetano	UBS	4,07	7,95	7,22	10,00	7,12	7,56	7,78	5,56	7,32	7,16
Greiss	UBS	4,81	7,69	7,78	6,67	6,82	9,33	10,00	3,89	7,18	7,12
Cohab Blocos	UBS	3,51	7,56	5,55	10,00	6,36	8,00	7,78	4,44	6,83	6,65
Nova Sapucaia	UBS	5,37	4,52	5,55	8,33	6,21	6,55	6,11	3,75	6,09	5,80
Média geral		3,90	7,31	6,56	9,14	7,31	8,38	8,71	6,12	7,09	7,15

Tabela 4 - Escore médio dos atributos com respectivos intervalos de confiança a 95% de acordo com o tipo de serviço. Sapucaia do Sul, RS, 2016

	ESF (IC 95%)	UBS Tradicional (IC 95%)
Atributos Essenciais		
Acessibilidade	3,80 (3,5 a 4,0)	4,44 (3,6 a 4,8)
Longitudinalidade	7,39 (7,1 a 7,6)	6,93 (5,3 a 7,8)
Coordenação do cuidado (Integração do cuidado)	6,52 (6,1 a 6,7)	6,52 (5,4 a 7,1)
Coordenação do cuidado (Sistemas de informação)	9,21 (8,7 a 9,5)	8,75 (7,1 a 9,5)
Integralidade (Serviços disponíveis)	7,45 (7,2 a 7,6)	6,62 (6,1 a 6,8)
Integralidade (Serviços prestados)	8,49 (8,1 a 8,7)	7,86 (6,7 a 8,5)
Atributos Derivados		
Orientação familiar	8,87 (8,5 a 9,1)	7,91 (6,3 a 8,7)
Orientação comunitária	6,46 (5,6 a 6,9)	4,41 (3,6 a 4,8)
Escore Essencial	7,14 (6,8 a 7,2)	6,85 (6,3 a 7,1)
Escore Geral	7,24 (7,0 a 7,3)	6,70 (6,1 a 7,0)

Quadro 1 - Descrição dos itens com menor pontuação entre os componentes/atributos.
Sapucaia do Sul, RS, 2016 (continua)

Componente/ Atributo: Acesso de Primeiro Contato- Acessibilidade	
Item	Total de Respostas positivas: “provavelmente sim/com certeza, sim” (%)
A1: Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	0
A2: Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?)	6 (18,1%)
A5: Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	6 (18,1%)
A6: Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	0
A7: Quando seu serviço de saúde está fechado a noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	1 (3,0%)
Componente/ Atributo: coordenação do cuidado/ integração do cuidado	
C1: Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	13 (39,3%)
C5: Você recebe do especialista do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	2 (6,0%)
Componente/ Atributo: integralidade/serviços disponíveis	
Item: Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-lo no seu serviço de saúde?	
E9: sutura de um corte que necessita de pontos	5 (15,1%)
E13: colocação de tala	2 (6,0%)
E14: remoção de verrugas	2 (6,0%)
E18: remoção de unhas encravadas	5 (15,1%)
Componente/ Atributo: Integralidade – Serviços prestados	
F9: Pergunta se o paciente possui arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança?	2 (6,0%)

Quadro 1 - Descrição dos itens com menor pontuação entre os componentes/atributos.
Sapucaia do Sul, RS, 2016 (continuação)

Item	Total de Respostas positivas: “provavelmente sim/com certeza, sim” (%)
Componente/ Atributo: Orientação comunitária	
H4: Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?)	3 (9,09%)
H5: Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ela deveria conhecer?	4 (12,1%)
Componente/ Atributo: Longitudinalidade	
B4: Se seus pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	12 (36,3%)
B13: Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	12 (36,3%)