

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO  
ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**ANA HONORATO**

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE COM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA  
ZONA SUL DE SÃO PAULO**

**São Paulo  
2020**

**ANA HONORATO**

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE COM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA  
ZONA SUL DE SÃO PAULO**

**Trabalho Final de Curso apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação Superior em  
Saúde, da Universidade Municipal de São  
Caetano do Sul como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre em Saúde**

**Área de concentração: Inovação no Ensino  
Superior em Saúde**

**Orientador: Prof. Dr. Eder Viana de Souza**

**São Paulo, SP  
2020**

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO  
ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**Ana Honorato**

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA  
PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
COM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA SUL DE SÃO PAULO**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em xx/xx/xxxx pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Eder Viana de Souza (orientador) - (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Regina Mota Ortiz (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS)

Prof. Dr. Lucio Omar Carmignani (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS)

#### **FICHA CATALOGRÁFICA**

HONORATO, Ana

Avaliação dos Atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família da Zona Sul de São Paulo/Ana Honorato – São Paulo – USCS. 2020. 58f.

Orientador: Prof. Dr. Eder Viana de Souza

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Mestrado Profissional em Educação, 2020.

Dedico este trabalho aos meus filhos Gabriel e Eduardo e a minha companheira Monica por estarem sempre ao meu lado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por estar sempre me abençoando e permitindo grandes realizações, a minha companheira Monica, meus filhos Gabriel e Eduardo e a minha amiga Márcia por toda paciência, companheirismo, incentivo e amor sempre presente. Também agradeço aos meus pais por acreditarem no meu potencial e terem investido nos meus estudos, ao Paulo Capucci por contribuir no meu aprendizado e pelo voto de confiança, aos profissionais da UBS Varginha que prontamente concordaram em participar da pesquisa, a todos da equipe e docência da USCS pelo apoio na caminhada e por último porém não menos importante meu orientador Eder que esteve me orientando com tanta competência e dedicação.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a presença dos Atributos Essenciais e Derivados da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde com 08 equipes de Estratégia Saúde da Família na Zona Sul de São Paulo. Tratou-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem do tipo quantitativa. Participaram deste trabalho 90 trabalhadores que responderam aos questionários com variáveis sociodemográficas – idade, sexo, escolaridade, função exercida e tempo no serviço e as variáveis presentes no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool – *Primary Care Assessment Tool*, versão profissionais que verificou os escores médios dos Atributos Essenciais e Derivados. Como resultado constatou-se que o Atributo Acesso de primeiro contato – Acessibilidade foi o único que pontou baixo escore médio (4,85) conforme Escala de *Likert*, que atribui escores de 0 a 10, onde médias acima de 6,6 são consideradas alto padrão, e abaixo deste valor, baixo padrão. Os demais Atributos alcançaram o escore acima de 6,6 – Longitudinalidade (7,10), Coordenação - Integração de Cuidados (7,23), Coordenação - Sistemas de Informações (8,31), Integralidade - Serviços Disponíveis (8,94), Integralidade - Serviços Prestados (8,90), Orientação Familiar (8,60) e Orientação Comunitária (8,45). Conclui-se com os resultados deste estudo que na perspectiva dos trabalhadores os atributos essenciais e derivados estão presentes representam uma APS consiste pois garantem os cuidados qualificados em tempo oportuno.

**Palavras chaves:** Atenção Primária à Saúde, Atenção à Saúde, Acesso aos serviços de saúde, Avaliação dos Serviços de Saúde, Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

This study aimed to assess the presence of the Essential and Derivative Attributes of Primary Health Care from the perspective of the workers of the Basic Health Unit with 08 Family Health Strategy teams in the South Zone of São Paulo. It was a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. 90 workers participated in this work, who answered the questionnaires with sociodemographic variables - age, sex, education, function and time in the service and the variables present in the Primary Care Assessment Tool, PCATool - Primary Care Assessment Tool, professional version that verified the scores of Essential and Derivative Attributes. As a result it was found that the Attribute Access of first contact - Accessibility was the only one that scored low average score (4.85) according to the Likert Scale, which assigns scores from 0 to 10, where averages above 6.6 are considered high standard, and below this value, low standard. The other Attributes reached a score above 6.6 - Longitudinality (7.10), Coordination - Integration of Care (7.23), Coordination - Information Systems (8.31), Comprehensiveness - Available Services (8.94) , Integrality - Services Provided (8.90), Family Orientation (8.60) and Community Orientation (8.45). It is concluded with the results of this study that in the workers' perspective the essential and derived attributes are present represent a PHC because they guarantee qualified care in a timely manner.

**Key words:** Primary Health Care, Evaluation of the Attributes of Primary Health Care, Continuing Care, Family Health Strategy.

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas dos trabalhadores segundo idade, sexo.....                          | 31 |
| <b>Tabela 2</b> - Características sociodemográficas dos trabalhadores escolaridade e função exercida.....               | 32 |
| <b>Tabela 3</b> - Características sociodemográficas dos trabalhadores segundo função exercida.....                      | 33 |
| <b>Tabela 4</b> - Características sociodemográficas dos trabalhadores segundo o tempo de serviço.....                   | 33 |
| <b>Tabela 5</b> - Presença e extensão dos Atributos Essenciais e Derivados da APS na perspectiva dos profissionais..... | 34 |

## LISTA DE SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AB      | Atenção Básica                               |
| AP      | Atenção Primária                             |
| APS     | Atenção Primária à Saúde                     |
| CEP     | Comitê de Ética em Pesquisa                  |
| CIT     | Comissão Intergestores Tripartite            |
| CONEP   | Comissão Nacional de Ética                   |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                  |
| MS      | Ministério da Saúde                          |
| NASF    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família           |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde                 |
| OPAS    | Organização Pan-americana de Saúde           |
| PCATool | Primary Care Assessment Tool                 |
| PNAB    | Política Nacional de Atenção Básica          |
| PNH     | Política Nacional de Humanização             |
| PSF     | Programa Saúde da Família                    |
| RAS     | Rede de Atenção à Saúde                      |
| STS     | Supervisão Técnica de Saúde                  |
| SNS     | Sistema Nacional de Saúde                    |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                       |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde                      |
| UCSP    | Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados |
| USF     | Unidade de Saúde da Família                  |

## Sumário

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....                                    | 12 |
| 1.1 Referencial Teórico .....                          | 14 |
| 1.2 Hipótese .....                                     | 22 |
| 2. OBJETIVOS .....                                     | 23 |
| 2.1 Objetivo geral .....                               | 23 |
| 2.2 Objetivos específicos .....                        | 23 |
| 3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS .....                   | 24 |
| 3.1 Tipo de estudo .....                               | 25 |
| 3.2 Local .....  | 25 |
| 3.3 Amostra .....                                      | 25 |
| 3.3.1 Critério de Inclusão .....                       | 25 |
| 3.3.2 Critérios de Exclusão .....                      | 25 |
| 3.4 Procedimentos de Coleta de dados .....             | 26 |
| 3.5 Análise de Dados .....                             | 26 |
| 3.6 Variáveis .....                                    | 27 |
| 3.7 Método estatístico .....                           | 28 |
| 3.7.1 Cálculo do tamanho da amostra .....              | 28 |
| 3.7.2 Análise estatística .....                        | 28 |
| 3.8 Aspectos éticos .....                              | 28 |
| 3.8.1 Análise dos riscos e benefícios .....            | 28 |
| 3.8.2 Medidas para minimização dos riscos .....        | 28 |
| 3.8.3 Medidas para proteção da confidencialidade ..... | 29 |
| 4. RESULTADOS .....                                    | 30 |
| 5. DISCUSSÃO .....                                     | 34 |
| 6. PRODUTOS ESPERADOS .....                            | 37 |
| 7. CONCLUSÃO .....                                     | 42 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                       | 43 |

|   |    |
|---|----|
| APÊNDICES:.....   | 46 |
| APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PERFIL SÓCIODEMOCRÁTICO .....   | 46 |
| APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....  | 47 |
| APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA.....   | 50 |
| ANEXOS .....  | 51 |
| ANEXO 01 – Instrumento de coleta de dados: Questionário PCATool – Brasil<br>versão Profissionais..... | 51 |

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil o modelo existente é o Sistema Único de Saúde (SUS) que juntamente com outros setores deve promover avanços na assistência à saúde de toda população e foi resultado de lutas de movimentos sociais para garantir direitos aos cidadãos (BRASIL, 2011).

Os movimentos sociais se reuniram para discutir de que maneira o acesso aos sistemas de saúde pudessem ser equânimes e retratassem a realidade das comunidades. Eles lutaram por uma organização que estivesse ligada concretamente com a realidade. A Reforma Sanitária do Brasil iniciou nos anos 70 e foi responsável pela transformação do SUS (BRASIL, 2011).

A Conferência de Alma-Ata ocorrida no ano de 1978 colocou em discussão por diversos estudiosos o significado da Atenção Primária à Saúde (APS). No ano de 1980 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde que resultou na criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária sendo uma vitória para beneficiar o contexto da saúde existente no Brasil. E mesmo tendo muitas diferenças e com muitas lutas foi possível garantir na Constituição Federal Brasileira de 1988 que a saúde a partir daí passaria a ser direito de todos os brasileiros e a responsabilidade seria do Estado assim como a formação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida no ano de 1990 com a introdução do SUS foi possível organizar uma estratégia nacional, universal, respeitando os princípios e as diretrizes acessíveis para todos os cidadãos através da assinatura da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) (BATISTA e GONÇALVES, 2011).

Coutinho, Barbieri e Santos (2015) verificaram que em todas as nações a Atenção Primária à Saúde (APS), quando usada como modelo primordial, converge para um sistema de saúde eficaz apresentando melhores possibilidades de comportamento graças à preocupação na manutenção da acessibilidade e da integralidade e garantindo o uso adequado e organizado de todos os meios que resulta na melhoria das condições de saúde, com diminuição da morbimortalidade, com otimização da arrecadação ampliando a cobertura para a população.

Sousa et al. (2014) constataram que o serviço de saúde pode construir vínculos sólidos entre os envolvidos ao garantir o acesso de primeiro contato aos usuários, conseguindo fazer uma escuta qualificada e na medida do possível ser resolutivo. Mas

é preciso compartilhar o cuidado e corresponsabilizar os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a APS foi estabelecida como um grupo de importantes conceitos para estruturar e garantir o atendimento universal e equânime. Foram definidos os atributos: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010a).

Sousa et al. (2014) corroboram afirmando que a APS foi ampliada ao confirmar o Programa Saúde da Família como primordial na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Nesses documentos ficou definido que o principal acesso dos usuários seria os serviços com Programa Saúde da Família (PSF) de maneira a ordenar o cuidado na RAS.

Coutinho, Barbieri e Santos (2015) reconheceram o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) que começou no ano de 1994 no Brasil para melhorar a assistência e se tornou um modelo a ser seguido devido ao eixo estratégico reorganizador do SUS estruturando a APS.

Segundo Reigada (2017) em 2006 a ESF foi consolidada como estratégia para efetivação da APS. O atendimento da ESF então estava mais presente da realidade da população, pensando com visão ampliada do processo saúde-doença, podendo ser mais resolutiva ao conhecer de perto as necessidades focando no trabalho em equipe. Reigada (2017), ainda referiu que para que o cuidado aconteça é preciso que os usuários possam ter acesso sem dificuldades com a equipe de referência, opinando quando terá necessidade de atendimento. Portanto quando não existem barreiras para a chegada dos usuários o cuidado acontece de maneira oportuna.

Na RAS espera-se que a APS possa se constituir como primeiro acesso, onde os usuários tenham suas necessidades atendidas e que o cuidado seja continuado (MENDES, 2015).

## 1.1 Referencial Teórico

No Brasil, há alguns anos, a APS operacional é definida e sistematizada por Starfield em Brasil (2010b) onde foram conceituados os atributos essenciais e derivados e tem sido diversas vezes usada pelo Ministério da Saúde (MS):

- Acesso de primeiro contato do sujeito no serviço: significa o quanto os serviços de saúde estão disponíveis para atender e acolher os usuários a cada necessidade apresentada.

- Longitudinalidade: o cuidado deve ser continuado durante a vida dos usuários com vínculos estabelecidos entre os membros da equipe de saúde e população.

- Integralidade: a APS deve garantir aos usuários um olhar holístico para todos seus problemas de saúde e assim ter atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitações de maneira integrada com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

- Coordenação da atenção: a partir do momento que o usuário chega ao serviço de saúde, a APS deve garantir a atenção integral de maneira ordenada e fazer as costuras necessárias para coordenar o cuidado.

- Atenção à saúde focada na família: existe a necessidade de entender que as pessoas fazem parte de nichos familiares que interferem nas decisões a serem tomadas na construção do cuidado.

- Orientação comunitária: a APS precisa entender o contexto sócio, ambiental e epidemiológico onde os usuários estão inseridos para assim contribuir no entendimento do processo saúde-doença dos indivíduos.

- Competência cultural: não se pode desconsiderar o contexto cultural da comunidade local e assim se fazer comunicar de maneira efetiva.

Segundo o MS os atributos podem ser analisados isoladamente, ainda que estejam correlacionados no cotidiano do trabalho pessoal ou comunitário na APS. Para assegurar que o atendimento nos equipamentos seja encarregado da atenção primária é fundamental que os atributos essenciais sejam comprometidos com os usuários somados aos atributos derivados. Ao fortalecer os atributos nos equipamentos de saúde fica possível garantir um atendimento total baseado nas reais necessidades da população da área de cobertura (BRASIL, 2010a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em Brasil (2017) estabeleceu que a Atenção Básica (AB) dever ser organizada e otimizada respeitando os princípios do SUS onde seus processos sejam resolutivos, abrangentes, levando a mudanças significativas para a população em geral respeitando suas particularidades e assim certificar assistência de qualidade, assegurando o uso de tecnologias leves e reitera que:

*A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).*

O acolhimento discutido em Brasil (2004) ressaltou a importância da especificidade dos diversos atores e comprometimento dos profissionais com os usuários. Reigada (2017) verificou que o acesso não tinha fluxos prontos mesmo sendo fundamental para a ESF e não ficou claro que o acesso era adequado mesmo tendo metas estabelecidas, tempo de espera adequado para consulta ou maneiras de avaliação contínua do processo de trabalho e da qualidade dos profissionais da ESF.

Batista et al. (2016) corroboram dizendo que a coordenação do cuidado através dos sistemas de informação garante que os registros da série histórica de atendimentos dos usuários contribuam para identificar e dar seguimento à queixa atual apresentada. Assim a ampla gama de movimentos e atores sociais que atuam na APS exige o entrelaçamento de ações multiprofissionais, a abertura ao diálogo horizontal, comprometido com resultados epidemiológicos, de baixo custo, com a centralidade e o comprometimento pelas ações permanentes e completas assim como a construção coletiva entre as diversas esferas e equipes (PORTELA, 2017).

Deste modo, a AB deve ampliar sua prática de cuidado, com diferentes combinações tecnológicas e diversas finalidades, para a resolução e suporte de problemas de saúde (FERTONANI et al. 2015) e atuação nos diagnósticos locais levando a diminuir agravos aos moradores em seus territórios e comunidades (PAIM, 2003). De outra forma, deve assegurar a atenção integral à saúde dos moradores da área de abrangência, realizando atividades de promoção, proteção e recuperação da

saúde; com linhas de cuidados priorizadas com os atendimentos oportunos e humanizados, levando-se em conta os princípios do SUS (MENDES, 2015). O acesso dos usuários às unidades de saúde é condição fundamental para qualidade do serviço abrangendo dimensões do cuidado no âmbito individual e populacional de forma que sejam garantidos o acesso, a efetividade, a equidade e a eficiência (BRASIL, 2010a).

Para a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o desenvolvimento de redes na saúde permite a valorização do processo de comunicação através da retroalimentação de informações, saberes e experiências entre seus atores; a conversão dos debates para os princípios básicos do SUS; a articulação com novas parcerias; a sistematização de resultados, evidências e enfrentamentos que legitimam políticas, programas e prioridades; a apropriação de novas tecnologias digitais, apresentando-se como importante ágil e solidário instrumento às práticas institucionais inovadoras e às ações efetivas em saúde pública (OPAS, 2007).

Sousa et al. (2014), validaram afirmando que os serviços das redes em saúde devem se complementar e realizar a coordenação do cuidado entre todos os envolvidos e para isso é preciso vencer barreiras dos sistemas. Sendo assim é necessário fortalecer o cuidado continuado garantindo a integralidade e longitudinalidade quebrando o paradigma da fragmentação do cuidado. Sousa et al. (2014), também afirmaram que a AB deve ser vista preferencialmente como o primeiro contato dos usuários nas unidades de maneira oportunamente e assim realizar a coordenação do cuidado agindo na promoção, na prevenção e na recuperação e assim contribuir fundamentalmente na construção da RAS.

Para os pacientes crônicos, é cada vez mais iminente, irão procurar os serviços da RAS em todos os ciclos de vida e terão suas necessidades atendidas. Por isso a APS precisa estar preparada para garantir equanimemente os atendimentos sempre que for acionada, além disso, deve pensar nas ações de promoção, prevenção dos danos da população. (BOUSQUAT, 2017) bem como se espera que a APS possa se constituir como primeiro acesso, onde os usuários tenham suas necessidades atendidas e que o cuidado seja continuado (MENDES, 2015).

Para Merhy (2002) o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, deve criar mecanismos para acolhimento, responsabilizando, resolvendo e promovendo autonomia. Portanto, para trabalhar no cuidado dos usuários na saúde

devem-se usar as tecnologias leves garantindo a escuta qualificada e a criação de laços entre trabalhadores e usuários (SOUSA, 2014).

Segundo Penso et al. (2017), a orientação familiar é fundamental no processo do cuidar e precisa ser vista pelos profissionais de maneira muito particular e assim fortalecer vínculos com os usuários. Batista et al. (2016) também verificaram que a orientação familiar influencia a maneira com que os usuários lidam com seus problemas de saúde. Os profissionais da ESF precisam considerar todos os aspectos que interfiram no processo saúde doença.

Para Balasubramaniam et al. (2014) a qualificação dos cuidados ofertados pela APS pode ser verificada quando os usuários podem ser atendidos em sua integralidade e em tempo adequado. No cotidiano deve-se levar em conta que os serviços de saúde devem estar preparados para que os usuários possam ser atendidos nos agravos agudos e tenham garantido o cuidado continuado, visando ao desenvolvimento de uma relação duradoura com os profissionais e, conseqüentemente, cuidado individual e holístico.

A APS tem ganhado reforços fundamentais para atender um número maior de usuários, mas ainda está aquém das reais necessidades da população. (ROCHA et al., 2016). A PNH surgiu a partir da necessidade de humanizar os serviços de saúde indo ao encontro das novas formas de dialogar com os usuários respeitando suas peculiaridades e ela busca fortalecer os vínculos entre os usuários e os trabalhadores através de exercícios cotidianos para que ao procurar as unidades de saúde os atendimentos estejam disponíveis e sejam ofertados com qualidade (BRASIL, 2010c). Segundo Rocha et al. (2016) o acesso ao sistema deve estar disponível com diminuição das filas e menor tempo de espera possível.

Para garantir atendimentos qualificados, humanizados e oportunos é fundamental que todos se envolvam no cotidiano das unidades. Ainda é muito desafiador encontrar o equilíbrio entre as demandas dos usuários e a capacidade instalada da APS. (ROCHA et al., 2016).

Segundo Brasil (2010c), acolher permite pensar nas maneiras de trabalhar nos serviços de saúde porque consegue criar vínculos consistentes entre a população e trabalhadores, pois estão conectados aos princípios do SUS. E para Coutinho, Barbieri e Santos (2015) a maneira de realizar o acolhimento é que possibilita organizar de maneira resolutiva os problemas da população. Eles referem também

que o acolhimento é um mecanismo fundamental na APS, mas demorou a se fortalecer nas dinâmicas cotidianas na ESF. Ainda é preciso conhecer profundamente de que maneira o acolhimento foi implementado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Santos et al. (2015) ao estudar a APS, verificaram que nos países da Europa, principalmente aqueles que utilizam os Sistemas Nacionais de Saúde, os serviços de primeira linha são integrados a uma rede de serviços e funcionam também como porta de entrada obrigatória, centrada no médico generalista que assume também a longitudinalidade e o cuidado continuado ao longo da vida da população, integralmente. O atendimento aos usuários é ambulatorial priorizando as questões clínicas atendendo individualmente, acolhendo as queixas e se responsabilizam por todas as demandas complexas ou não.

Santos et al. (2015) constataram que Portugal organiza a APS para coordenar os cuidados e foi apontada pela OMS como exemplo de reforma a servir de inspiração para vários países. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português possui características de organização muito parecidas SUS do Brasil, ou seja, o sistema é público com muitos equipamentos pensando no usuário de forma integral e a arrecadação de impostos é responsável por custear os gastos e também consideram o primeiro contato através da APS. No SNS de Portugal o Ministério da Saúde é o único responsável na gestão dos recursos assim como o planejamento das atividades com certo apoio em alguns institutos por regiões sem contribuição dos entes municipais.

Assim como no Brasil, segundo Santos et al. (2015) no SNS de Portugal não existem número suficientes de Unidade de Saúde da Família (USF), portanto o usuário preferencialmente é registrado em uma lista médica, mas podem ser atendidos em unidades tradicionais da APS. Os médicos são especialistas em Medicina Geral e Familiar o que aumenta a possibilidade de ofertas para atendimentos qualificados. Na APS portuguesa e em certos locais da Europa, o médico de família é o responsável pela gestão do cuidado em saúde dos usuários. (SANTOS et al., 2015)

No que se refere à coordenação e continuidade do cuidado, as equipes das USF e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Portugal são a porta de entrada e quando tem necessidade podem encaminhar os usuários aos outros níveis de atenção cujo tempo de espera também se assemelha com o Brasil e

em alguns casos dificultam o cuidado continuado e integral da assistência sendo possível fazer contato com o hospital por meio eletrônico e telefone para esclarecer questões e antecipar a assistência necessária. Os atendimentos e exames específicos (secundários) são nos hospitais, assim como os outros procedimentos (nível terciário) que precisam de atendimentos mais complexos (SANTOS et al., 2015).

Para Vidal et al. (2019) são necessárias mudanças organizacionais para lidar com a questão do tempo alto de espera por um atendimento na APS, pois significa dificuldade resolutiva dos serviços de saúde em oferecer acesso oportuno aos usuários e assim alcançam avaliações ruins para os serviços. Quando as pessoas não têm certeza do atendimento elas se sentem inseguras e angustiadas na medida em que seu problema de saúde se agrava. E com isso no sistema de saúde brasileiro a utilização dos serviços de Urgência e Emergência fica mais cheia com usuários apresentando queixas que deveriam ser acolhidas pela Atenção Primária (AP).

Para Ferreira et al (2016) a APS no Brasil ainda enfrenta grandes dificuldades para definir um novo modelo assistencial, com desafios para garantir totalmente as necessidades da população e as diversas questões apresentadas pela PNAB, discutidas pelo MS (FERREIRA et al., 2016).

Diante dos desafios do SUS em atender todas as complexidades é fundamental a avaliação dos serviços como mecanismos para realizar transformações, pois ao analisar as particularidades inerentes à APS legitimam-se seus primordiais obstáculos e decidindo qual o melhor caminho para mantê-la e avançar na qualidade assistencial (FERREIRA et al., 2016).

Barra (2019) corroborou constatando que diante às discussões é fundamental criar maneiras para verificar a consolidação dos processos nas realidades do trabalho. Todos os profissionais envolvidos precisam ter devolutivas das suas ações através de monitoramentos e acompanhamentos. E assim é possível acompanhar todas as esferas para garantir a qualidade da APS e conseqüentemente consolidar os princípios do SUS e favorecer a implementação de políticas públicas.

Barra (2019) ainda afirmou que ao medir a qualificação dos serviços de saúde os dispositivos precisam ser confiáveis e autênticos permitindo a transparência, exatidão e plenitude das informações colhidas a respeito dos serviços prestações aos usuários dos serviços de saúde. Barra (2019) contribuiu também dizendo que apesar da ESF ter sido criada pensando no cuidado continuado, vínculo, acolhimento

humanizado pela equipe multiprofissional não é possível ter garantias de que todos os princípios do SUS e os atributos da APS estão sendo efetivos. Portanto se faz necessário analisar permanentemente de que maneira a população está recebendo os cuidados necessários através de indicadores validados por órgãos internacionais, ou seja, a quantidade de ser precedida de qualidade.

Para Oliveira (2014), para coordenar o cuidado dos usuários, famílias e comunidade é primordial que o sistema de informações esteja alinhado com realidade dos indivíduos e que os registros realizados pela equipe multiprofissional sejam feitos com muita responsabilidade em tempo oportuno. Através destes registros podem-se elencar as demandas levantadas assim como o planejamento das ações.

Barra (2019) confirmou que os sistemas de informação fazem parte da integração dos cuidados prestados aos usuários em todos os serviços da rede de atenção. Portanto todas as informações registradas pelos diversos profissionais devem ser compartilhadas para que a continuidade do cuidado seja preservada. Estes registros fazem parte do projeto terapêutico dos usuários onde todos os envolvidos têm plenas responsabilidades pelos dados anotados.

Os atributos da APS são avaliados no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool – *Primary Care Assessment Tool*, versão profissionais (BRASIL, 2010b). Ele teve origem em versões autoaplicáveis indicadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), as profissionais de saúde e, também, aos gestores das unidades de saúde. Ele foi criado pela escritora Starfield e colaboradores e mensura a existência e o desdobramento dos atributos da APS que são quatro essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado) e três atributos derivados (Centralização na Família, Competência Cultural e Orientação para a Comunidade) (BRASIL, 2010b).

Segundo Brasil (2010b), o PCATool teve a elaboração baseado na modelagem de avaliação da qualidade de serviços de saúde apontado por Donabedian. O questionário tem como proposta medir aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde e principalmente as relações existentes entre a população e os trabalhadores moderadas por toda estrutura das unidades de saúde. Portanto o instrumento PCATool ocupa lugar de destaque, pois consegue proporcionar a dimensão de cada sujeito sobre as questões estruturais assim como a respeito das

formas de garantir a atenção qualificada na APS. Cada atributo essencial evidenciado no questionário PCATool-Brasil é feito por um item associado à estrutura e outro ao processo de atenção (BRASIL, 2010b).

Para ser aplicado nos serviços de saúde do Brasil, cada modelo primário do questionário foi adaptado em um instrumento aplicado por pessoas treinadas que fizeram o procedimento de tradução e tradução reversa, ajuste, e validação das questões e do resultado, e analisaram a confiabilidade (BRASIL, 2010b).

O PCATool -Brasil versão Profissionais é constituído por 77 itens separados em oito componentes da seguinte forma em relação aos atributos da APS:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. Contendo 9 questões.
2. Longitudinalidade. Contendo 13 questões.
3. Coordenação – Integração de Cuidados. Contendo 6 questões.
4. Coordenação – Sistema de Informações. Contendo 3 questões.
5. Integralidade – Serviços Disponíveis. Contendo 22 questões.
6. Integralidade – Serviços Prestados. Contendo 15 questões.
7. Orientação Familiar. Contendo 3 questões.
8. Orientação Comunitária. Contendo 6 questões.

Barra (2019) afirmou que ao medir os atributos é possível verificar a qualidade da APS sendo possível avaliar a situação dos equipamentos de saúde e de que maneira suas atividades alcançam verdadeiramente os objetivos propostos impactando na qualificação do cuidado ofertado. À medida que se mensura a qualidade dos serviços ofertados garante-se para os gestores subsídios para orientar elaborar projetos baseados nos atributos da APS e assim garantir custos-benefícios reais, otimizando a capacidade instalada e por fim garantir o acesso oportuno dos usuários na APS.

Frente ao exposto despertou-se o desejo de verificar se os trabalhadores de saúde da UBS da Zona Sul da cidade de São Paulo fortalecem a porta de entrada prioritária da APS tornando os serviços acessíveis à população, em tempo oportuno, respondendo as reais demandas do território.

## 1.2 Hipótese

Na APS o esperado é que os atributos estejam presentes garantindo o cuidado continuado, o acolhimento, o acesso oportuno, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Diante do exposto este presente estudo buscou entender de que maneira os atributos essenciais e derivados da APS estão presentes nos profissionais da UBS da Zona Sul da cidade de São Paulo?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de Saúde da UBS da Zona Sul da cidade de São Paulo

### **2.2 Objetivos específicos**

Medir a presença dos atributos essenciais e derivados da APS por profissionais da UBS da Zona Sul da cidade de São Paulo com base no Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool (*Primary Care Assessment Tool*).

### **3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS**

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul sendo aprovado com número CAAE 18311119.2.0000.5510 em 13/08/2019 e tendo como instituições coparticipantes a Organização Social Associação Saúde da Família e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem do tipo quantitativa.

### **3.2 Local**

O local do estudo foi a UBS Varginha com 08 equipes de Estratégia Saúde da Família. Esta UBS pertence à RAS Capela do Socorro, Zona Sul da cidade de São Paulo/SP.

### **3.3 Amostra**

#### **3.3.1 Critério de Inclusão**

Foram convidados a participar da pesquisa 110 trabalhadores da Unidade de Básica de Saúde (UBS) Varginha com Estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Capela do Socorro, Zona Sul da cidade de São Paulo/SP independente do tempo de trabalho na função: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Agente Comunitários de Saúde, Auxiliares Técnicos Administrativos, Dentistas, Auxiliares de Saúde Bucal, Técnicos de Saúde Bucal, Agente de Promoção Ambiental, Farmacêuticos, Técnicos de Farmácia, Gerente da UBS e Profissionais do Núcleo de Apoio da Estratégia Saúde da Família (NASF) - Médico Especialista, Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico, Fisioterapeuta, Nutricionista e Fonoaudiólogo.

#### **3.3.2 Critérios de Exclusão**

Os critérios de exclusão foram os trabalhadores que não pertenciam as equipes avaliadas que foram os vigilantes e auxiliares de limpeza contratados por empresas terceirizadas, profissionais que estavam de férias ou em licença médica e aqueles que se recusaram a participar.

### 3.4 Procedimentos de Coleta de dados

A organização da coleta de dados aconteceu após o levantamento do quadro de profissionais da unidade e dos horários das reuniões das 08 equipes de ESF. Inicialmente foi feito um contato telefônico prévio com os representantes de cada equipe referida. Logo em seguida, após o contato com a gestora da unidade, a pesquisadora compareceu nos horários previamente combinados com as equipes. Após explicação das questões do instrumento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os profissionais foram convidados a responder ao questionário proposto. A pesquisadora esteve próxima ao local para elucidação de possíveis questionamentos e dúvidas. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 a janeiro de 2020.

Para obtenção dos dados referentes às variáveis eleitas e definidas para o presente estudo, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro refere-se a um questionário (Apêndice A) para verificar o perfil sociodemográfico composto por 5 itens: idade, sexo, nível de escolaridade, tempo de formação acadêmica e tempo de atuação no serviço.

O segundo instrumento contempla as variáveis relacionadas aos atributos da APS denominado Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool – *Primary Care Assessment Tool*, versão profissionais (ANEXO 1)

### 3.5 Análise de Dados

Para a avaliação dos domínios do PCATool, considerou-se a aplicação da Escala de Likert, que atribui escores de 0 a 10, onde médias acima de 6,6 são consideradas alto padrão, e abaixo deste valor, baixo padrão.

O processo de análise de dados foi feito em quatro etapas, conforme orientação presente no próprio instrumento PCATool (BRASIL, 2010b):

- 1ª Etapa - Escore de cada atributo por indivíduo e geral:

Para cada atributo (A - Acessibilidade, B - Longitudinalidade, C - Coordenação de integração de cuidados, D - Coordenação de sistemas de informação, E - Integralidade dos serviços prestados, F - Integralidade dos serviços disponíveis, G - Orientação familiar e H - Orientação comunitária) foram somados os escores

correspondentes a cada questão e divididos pelo número total de questões de cada atributo, obtendo-se assim a média dos escores de cada um destes. Em seguida, para cada atributo, somou-se os escores de todos os indivíduos e dividiu-se pelo número de indivíduos, obtendo-se a média de cada atributo para o grupo todo.

#### - 2ª Etapa - Transformação dos escores

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

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

Ou Seja:

$(\text{Escore obtido} - 1) \times 10 / 3$

#### - 3ª Etapa - Escore Essencial

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais divididos pelo número de componentes.

#### - 4ª Etapa - Escore geral

O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais aos componentes que pertencem aos atributos derivados divididos pelo número de componentes.

Após o cálculo dos escores, os resultados foram tabulados, analisados e apresentados na forma de tabelas. As informações foram manipuladas em planilha Excel onde foram calculadas média, o desvio padrão e elaborados as tabelas.

### **3.6 Variáveis**

As variáveis primárias foram os componentes observados no PCATool - Brasil versão Profissionais:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade. Contendo 9 questões.
2. Longitudinalidade. Contendo 13 questões.
3. Coordenação – Integração de Cuidados. Contendo 6 questões.
4. Coordenação – Sistema de Informações. Contendo 3 questões.
5. Integralidade – Serviços Disponíveis. Contendo 22 questões.

6. Integralidade – Serviços Prestados. Contendo 15 questões.

7. Orientação Familiar. Contendo 3 questões.

8. Orientação Comunitária. Contendo 6 questões.

As variáveis secundárias foram: escolaridade, função exercida e tempo de atuação na função.

### **3.7 Método estatístico**

#### **3.7.1 Cálculo do tamanho da amostra**

Foram utilizados os 90 questionários aplicados aos participantes da pesquisa.

#### **3.7.2 Análise estatística**

Os dados foram analisados com cálculo de frequência absoluta e relativa com intervalo de confiança de 95%, média e desvio padrão. Os dados estão apresentados através de tabelas.

### **3.8 Aspectos éticos**

#### **3.8.1 Análise dos riscos e benefícios**

- Riscos:

Os participantes do estudo tiveram riscos mínimos.

- Benefícios:

Com base nas informações coletadas de cada participante foi possível fornecer subsídios e orientações que provocaram o deslocamento das práticas e capacidades de atuação dos profissionais e conseqüentemente garantiu a melhora do cuidado qualificado e oportuno aos usuários no serviço de saúde.

#### **3.8.2 Medidas para minimização dos riscos**

Esta pesquisa não associou os resultados do questionário ou seu desempenho com as atribuições profissionais. Diante do possível incômodo em ter suas colocações

expostas, a presente pesquisa não realizou identificação específica de cada questionário e possibilitou a entrega do questionário em momento distinto da entrega a cada participante.

### **3.8.3 Medidas para proteção da confidencialidade**

Neste trabalho as identidades dos entrevistados foram mantidas em sigilo e nenhuma informação foi dada a outras pessoas e os nomes não foram registrados no questionário assim como não foi possível identificá-los durante a análise e divulgação dos resultados.

#### 4. RESULTADOS

Os trabalhadores elegíveis das equipes de Estratégia Saúde da Família para este estudo foram 110, entretanto participaram do estudo 90 profissionais (81,81%). Os demais trabalhadores (18,19%) estavam de férias ou em licença médica. Não houve perda ou recusa da pesquisa.

Na tabela 1 observa-se que na distribuição das idades as faixas etárias preponderantes ficaram entre 31 – 40 anos (27,77%) e 36 – 40 anos (27,77%). A maioria dos participantes foram do sexo feminino (85,55%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos trabalhadores segundo idade, sexo

| <b>Variável</b> | <b>Categoria</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-----------------|------------------|----------|----------|
| <b>Idade</b>    | 20 a 25 anos     | 7        | 7,77%    |
|                 | 26 a 30 anos     | 12       | 13,34%   |
|                 | 31 a 35 anos     | 25       | 27,77%   |
|                 | 36 a 40 anos     | 25       | 27,77%   |
|                 | 41 a 45 anos     | 14       | 15,56%   |
|                 | 46 a 50 anos     | 4        | 4,45%    |
|                 | Acima de 51 anos | 3        | 3,34%    |
| <b>Sexo</b>     | Feminino         | 77       | 85,55%   |
|                 | Masculino        | 13       | 14,45%   |

Fonte: elaborada pela autora (2020)

Na tabela 2 verifica-se a escolaridade correlacionada com a função exercida dos participantes da pesquisa havendo o predomínio de trabalhadores com ensino médio (76,67%):

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos trabalhadores escolaridade e função exercida

| <b>Variável</b>        | <b>Categoria</b>                | <b>n</b>  | <b>%</b>      |
|------------------------|---------------------------------|-----------|---------------|
| <b>Ensino Médio</b>    | Agente Comunitário de Saúde     | 40        | 44,44%        |
|                        | Auxiliar de Enfermagem          | 11        | 12,22%        |
|                        | Agente de Promoção Ambiental    | 1         | 1,11%         |
|                        | Auxiliar de Saúde Bucal         | 3         | 3,34%         |
|                        | Auxiliar Técnico Administrativo | 10        | 11,11%        |
|                        | Técnico de Farmácia             | 3         | 3,34%         |
|                        | Técnico de Saúde Bucal          | 1         | 1,11%         |
|                        | <b>Total</b>                    | <b>69</b> | <b>76,67%</b> |
| <b>Ensino Superior</b> | Cirurgião Dentista              | 3         | 3,34%         |
|                        | Educador Físico                 | 1         | 1,11%         |
|                        | Enfermeiro                      | 8         | 8,88%         |
|                        | Farmacêutico                    | 1         | 1,11%         |
|                        | Fisioterapeuta                  | 1         | 1,11%         |
|                        | Fonoaudiólogo                   | 1         | 1,11%         |
|                        | Gerente                         | 1         | 1,11%         |
|                        | Médico                          | 3         | 3,34%         |
|                        | Nutricionista                   | 1         | 1,11%         |
|                        | Psicóloga                       | 1         | 1,11%         |
|                        | <b>Total</b>                    | <b>21</b> | <b>23,33%</b> |

Fonte: elaborada pela autora (2020)

Na tabela 3 observa-se a distribuição da função exercida pelos participantes do estudo e a os Agentes Comunitários de Saúde foram a maioria (44,44%):

Tabela 3 - Características Tabela sociodemográficas dos trabalhadores segundo função exercida

| Variável                          | Categoria                       | n     | %      |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------|--------|
| <b>Função exercida no serviço</b> | Agente Comunitário de Saúde     | 40    | 44,44% |
|                                   | Auxiliar de Enfermagem          | 11    | 12,22% |
|                                   | Agente de Promoção Ambiental    | 1     | 1,11%  |
|                                   | Auxiliar de Saúde Bucal         | 3     | 3,34%  |
|                                   | Auxiliar Técnico Administrativo | 10    | 11,11% |
|                                   | Cirurgião Dentista              | 3     | 3,34%  |
|                                   | Educador Físico                 | 1     | 1,11%  |
|                                   | Enfermeiro                      | 8     | 8,88%  |
|                                   | Farmacêutico                    | 1     | 1,11%  |
|                                   | Fisioterapeuta                  | 1     | 1,11%  |
|                                   | Fonoaudiólogo                   | 1     | 1,11%  |
|                                   | Gerente                         | 1     | 1,11%  |
|                                   | Médico                          | 3     | 3,34%  |
|                                   | Nutricionista                   | 1     | 1,11%  |
|                                   | Psicóloga                       | 1     | 1,11%  |
|                                   | Técnico de Farmácia             | 3     | 3,34%  |
| Técnico de Saúde Bucal            | 1                               | 1,11% |        |

Fonte: elaborada pela autora (2020)

Na tabela 4 observa-se que o tempo no serviço dos trabalhadores com mais de 04 anos corresponde a 57,77%:

Tabela 4 - Características sociodemográficas dos trabalhadores segundo o tempo de serviço

| Variável                | Categoria        | n  | %      |
|-------------------------|------------------|----|--------|
| <b>Tempo de serviço</b> | até 01 ano       | 26 | 28,89% |
|                         | 01 a 03 anos     | 12 | 13,34% |
|                         | 04 a 07 anos     | 22 | 24,44% |
|                         | 08 a 10 anos     | 18 | 20,00% |
|                         | Acima de 10 anos | 12 | 13,33% |

Fonte: elaborada pela autora (2020)

A presença e a extensão dos atributos da APS são avaliadas considerando os escores médios e a presença de alto escore de APS ( $\geq 6,6$ ) para cada atributo, escore essencial, escore derivado e escore geral da APS.

Na tabela 5 nota-se que o conjunto dos trabalhadores da UBS que participaram do estudo seguiu os mesmos resultados. Dentro dos Atributos essenciais o Atributo de Acesso de primeiro contato permanece em destaque por estar abaixo do escore (4,85). Em geral os resultados mostraram que os serviços prestados pela UBS garantem para os usuários uma APS forte principalmente o Atributo Integralidade – serviços disponíveis (8,94).

Tabela 5 - Presença e extensão dos Atributos Essenciais e Derivados da APS na perspectiva dos profissionais

| Atributos da APS          |  | Escore      | Desvio Padrão |
|---------------------------|--|-------------|---------------|
| Essenciais                | Acesso Primeiro Contato – Acessibilidade | 4,85        | 0,14          |
|                           | Longitudinalidade                        | 7,10        | 0,04          |
|                           | Coordenação - Integração de Cuidados     | 7,23        | 0,06          |
|                           | Coordenação - Sistemas de Informações    | 8,31        | 0,08          |
|                           | Integralidade - Serviços Disponíveis     | 8,94        | 0,23          |
|                           | Integralidade - Serviços Prestados       | 8,90        | 0,19          |
|                           | <b>Escore Médio Essencial</b>            | <b>7,55</b> | <b>0,06</b>   |
| Derivados                 | Orientação Familiar                      | 8,60        | 0,03          |
|                           | Orientação Comunitária                   | 8,49        | 0,41          |
|                           | <b>Escore Médio Derivado</b>             | <b>8,55</b> | <b>0,19</b>   |
| <b>Escore Médio Geral</b> |  | <b>8,05</b> | <b>0,50</b>   |

Fonte: elaborada pela autora (2020)

## 5. DISCUSSÃO

Com relação aos atributos da APS, na avaliação do escore geral, o estudo apresentou um resultado satisfatório conforme Escala de *Likert*, que atribui escores de 0 a 10, onde médias acima de 6,6 são consideradas alto padrão, e abaixo deste valor, baixo padrão.

De acordo com os critérios destacou-se o baixo escore para a Acessibilidade (escore médio 4,85) e alto escore para todos os outros atributos, principalmente para a Integralidade – Serviços disponíveis (escore médio 8,94).

Em relação ao atributo Acesso de primeiro contato – Acessibilidade o estudo evidenciou o escore médio baixo (4,85). Coutinho, Barbieri e Santos (2015) constataram que para melhoria das condições de saúde e conseqüentemente a morbimortalidade o acesso da população aos serviços de saúde deve ser organizado e qualificado. Starfield em Brasil (2010b) também afirmou que o acesso de primeiro contato de qualidade está presente quando os serviços de saúde estão disponíveis quando o usuário necessita. Sousa et al. (2014) contribuíram afirmando que a escuta qualificada deve ser sempre que possível e resolver as necessidades do usuário durante o acesso de primeiro contato. Reigada (2017) corroborou afirmando que o atendimento aos usuários não deve ter barreiras e o atendimento deve ser oportuno.

A avaliação do Atributo Longitudinalidade apresentou escore médio (7,10) e embora tenha sido considerado escore alto segundo a Escala de *Likert* este resultado ficou muito próximo do limite (6,6). Starfield em Brasil (2010b) afirma que os usuários devem ser cuidados através de vínculos com a equipe garantindo cuidado continuado. Sousa et al. (2014), corroboraram afirmando que os cuidados aos usuários não podem ser fragmentados e descontinuados. Santos et al. (2015) concordaram verificando nos países da Europa que o cuidado continuado de ser feito na APS em todos os ciclos de vida.

O Atributo Coordenação - Integração de Cuidados trouxe como resultado da avaliação do escore médio (7,23). Starfield em Brasil (2010b) ao definir o atributo corroborou afirmando que os usuários devem ser cuidados de forma integral, organizada sempre coordenando estes cuidados. Sousa et al. (2014), também afirmaram que na Atenção Básica a coordenação do cuidado deve agir na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação dos usuários. SANTOS et al. (2015) verificaram no sistema de saúde de Portugal que as equipes de USF e as equipes de

UCSP também são a porta de entrada dos usuários e através deles estes usuários são direcionados, caso necessitem, a outros serviços da rede.

Quanto ao atributo Coordenação - Sistemas de Informações o estudo constatou que a avaliação na perspectiva dos trabalhadores o escore médio foi avaliado em 8,31. Oliveira (2014) afirmou que a coordenação dos cuidados prestados é favorecida quando se tem sistemas de informações fidedignos e disponíveis para todos que atendem os usuários. Por meio dos registros é possível planejar o cuidado. Barra (2019) também confirmou que as informações devam servir para embasamento do cuidado continuado a medida em que as unidades de saúde compartilhem as anotações feitas no atendimento. Batista et al. (2016) asseguraram que os registros progressos dos atendimentos aos pacientes garantem que não haverá descontinuidade dos cuidados propostos.

Neste estudo foi possível verificar que o atributo Integralidade - Serviços Disponíveis foi o mais bem avaliado (8,94). Em consonância com a PNAB em Brasil (2017) os resultados deste atributo retrataram a essência da APS cujo objetivo maior é promover o cuidado qualificado e oportuno aos usuários do território. Contribuindo com o resultado Fertoni et al. (2015) afirmaram que a AB tem por premissa expandir o escopo dos atendimentos prestados lançando mão de variados aportes resolvendo e respaldando as necessidades apresentadas pela comunidade. Reigada (2017) também verificou que o trabalho das equipes da ESF possibilitou o reconhecimento das necessidades dos usuários através da clínica ampliada onde a multidisciplinaridade possibilita olhares diversos sempre respeitando o processo-saúde doença de cada indivíduo. Brasil (2014) também corroborou afirmando que os profissionais que trabalham na APS precisam reconhecer que todas as atividades e ações estão interligadas e que não há espaço para informações verticalizadas, sem debates e que a população tem a expectativa de que estes profissionais tenham a responsabilidade com respostas reais baseados nos diagnósticos locais, sem grandes gastos cujo produto seja fruto da elaboração conjunta de todos os envolvidos.

O atributo Integralidade - Serviços Prestados foi avaliado no estudo com o escore médio (8,90) e ficou muito próximo do atributo Integralidade - Serviços Disponíveis (8,94). Para o conjunto de trabalhadores este resultado pode consolidar que os serviços disponíveis são prestados pelos profissionais de maneira satisfatória. Barra (2019) afirmou que ao avaliar os serviços é possível verificar se os atendimentos

prestados são qualificados, respeitando os princípios do SUS e atendendo os atributos da APS.

Quanto ao atributo Orientação Familiar o estudo apresentou o escore (8,60). Este atributo foi muito bem avaliado. Starfield em Brasil (2010b) afirmou que as condições de saúde dos indivíduos interferem nas suas famílias assim como não se pode dissociar os agravos existentes nas relações familiares que direta ou indiretamente agravam os problemas de saúde. Portanto a ESF precisa pensar em projetos de intervenções que envolvam também a família dos usuários. Penso (2017) confirmou que os usuários irão aderir aos cuidados propostos se houver vínculos transparentes. Batista et al. (2016) avaliaram o atributo Orientação Familiar com escore alto semelhante ao resultado deste estudo. Eles afirmaram que a família deve ser o centro das equipes da ESF e que ela está inserida em um contexto social e sofre interferências positivas e negativas e, portanto, influenciam na qualidade de vida dos usuários. Os trabalhadores da ESF precisam reconhecer as potencialidades dos membros da família assim como estarem atentos nas fragilidades apresentadas na família.

O atributo Orientação Comunitária também recebeu boa avaliação apresentando o escore médio de 8,49. Segundo Starfield em Brasil (2010b), a APS tem o dever de reconhecer que os indivíduos vivem em comunidade por isso o processo saúde-doença precisa ser respeitado de acordo com as particularidades de cada território e assim os cuidados sejam realizados pela equipe em cada contexto social.

## 6. PRODUTOS ESPERADOS

As equipes da ESF precisam a todo momento buscar mecanismos para ampliar seus conhecimentos. No cotidiano do trabalho nas unidades os profissionais por vezes apresentam limitações ao avaliar seus próprios processos com relação a qualificação do cuidado. Portanto este estudo contribuiu para que as equipes pudessem repensar e ressignificar suas ações sempre voltadas a garantir a presença e extensão dos atributos da APS.

Acredita-se que a educação permanente em serviço seja o caminho para preencher as lacunas que e assim qualificar os processos de trabalho dos profissionais e provocar as mudanças das práticas de fragmentação do cuidado.

Sendo assim o produto esperado deste estudo procurou oferecer aos trabalhadores da UBS/ESF Varginha reflexões que possam agregar nos processos de cuidar dos usuários daquele território.

Foram formulados dois produtos para problematização e sensibilização sobre o papel da ESF na APS:

### **PRODUTOS**

- 1 - Oficinas de trabalho (OT) com metodologia ativa a fim de desenvolver novas práticas e capacidades segundo os referenciais apresentados no estudo
- 2 - Cartilha com os atributos da Atenção Primária à Saúde para trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF)

### **OBJETIVO GERAL**

Discutir o papel da ESF na APS e seus atributos

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Mobilizar os trabalhadores para a discussão sobre cuidado, equipe, território, necessidades de saúde
- Discutir gestão do cuidado, individual e familiar, utilizando a concepção da clínica ampliada e conceitos a serem apreendidos sobre acolhimento, escuta, ferramentas de organização do cuidado

## **CARTILHA SOBRE OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

### **O QUE É ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?**

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

### **QUAIS SÃO OS PRINCÍPIOS DO SUS?**

**Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

**Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

## QUAIS SÃO OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE?

### 1 - ESSENCIAIS:

**Acesso de primeiro contato do sujeito no serviço:** significa o quanto os serviços de saúde estão disponíveis para atender e acolher os usuários a cada necessidade apresentada.

**Longitudinalidade:** o cuidado deve ser continuado durante a vida dos usuários com vínculos estabelecidos entre os membros da equipe de saúde e população.

**Integralidade:** a APS deve garantir aos usuários um olhar holístico para todos seus problemas de saúde e assim ter atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitações de maneira integrada com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

**Coordenação da atenção – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados:** a partir do momento que o usuário chega ao serviço de saúde, a APS deve garantir a atenção integral de maneira ordenada e fazer as costuras necessárias para coordenar o cuidado.

### 2 - DERIVADOS:

**Atenção à saúde focada na família:** existe a necessidade de entender que as pessoas fazem parte de nichos familiares que interferem nas decisões a serem tomadas na construção do cuidado

**Orientação comunitária:** a APS precisa entender o contexto sócio, ambiental e epidemiológico onde os usuários estão inseridos para assim contribuir no entendimento do processo saúde-doença dos indivíduos

**Competência cultural:** não se pode desconsiderar o contexto cultural da comunidade local e assim se fazer comunicar de maneira efetiva

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.

## OFICINA ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**1 - Os participantes serão separados por equipe onde cada um fará uma narrativa com o tema:**

“Minha experiência em relação aos serviços de saúde”

- Como foram meus atendimentos como usuário dos serviços de saúde?
  - O que eu vivenciei? Como eu me senti?
  - O atendimento realizado atendeu minhas expectativas? Como foi realizado?
- Você se sentiu cuidado?

**2 - Após o grupo escolhe uma narrativa e discutem os seguintes temas:**

- O que é APS?
- Existem características na narrativa que se identificam com o papel da sua equipe de ESF na APS?

**3 - No grupo geral as equipes irão compartilhar o produto das discussões:**

|       |  |
|-------|--|
| ESF 1 |  |
| ESF 2 |  |
| ESF 3 |  |
| ESF 4 |  |
| ESF 5 |  |
| ESF 6 |  |
| ESF 7 |  |
| ESF 8 |  |

4 - Quais são as fragilidades e potencialidades elencadas na narrativa que podem ajudar no nosso processo de trabalho?

| CARACTERÍSTICAS, FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES APRESENTADAS PELAS EQUIPES ESF |  |
|--|--|
| ACESSO DE 1º CONTATO   |  |
| INTEGRALIDADE  |  |
| LONGITUDINALIDADE  |  |
| COORDENAÇÃO DO CUIDADO   |  |

5 - Pensando nos atributos da APS e na RAS do nosso território discuta com seu grupo onde os usuários se sentem contemplados/atendidos pelos serviços:

|                        | UBS | AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES | HOSPITAL | PS/AMA | CAPS |
|------------------------|-----|-------------------------------|----------|--------|------|
| ACESSO DE 1º CONTATO   |     |                               |          |        |      |
| INTEGRALIDADE          |     |                               |          |        |      |
| LONGITUDINALIDADE      |     |                               |          |        |      |
| COORDENAÇÃO DO CUIDADO |     |                               |          |        |      |

## 7. CONCLUSÃO

O estudo atingiu o objetivo geral proposto que foi avaliar a presença dos Atributos essenciais e derivados na perspectiva dos trabalhadores avaliados na UBS da Zona Sul da cidade de São Paulo.

O resultado constatou que o Atributo Acesso de primeiro contato – Acessibilidade foi o único que pontou baixo escore médio (4,85) conforme Escala de *Likert*, que atribui escores de 0 a 10, onde médias acima de 6,6 são consideradas alto padrão, e abaixo deste valor, baixo padrão. Os demais Atributos alcançaram o escore acima de 6,6 – Longitudinalidade (7,10), Coordenação - Integração de Cuidados (7,23), Coordenação - Sistemas de Informações (8,31), Integralidade - Serviços Disponíveis (8,94), Integralidade - Serviços Prestados (8,90), Orientação Familiar (8,60) e Orientação Comunitária (8,45) portanto foram considerados alto padrão no que diz respeito à presença desses atributos, ou seja, o conjunto de trabalhadores entendem seu papel APS ao reconhecerem que a UBS é o lugar onde cuidados qualificados devem ser realizados oportunamente e continuamente. Com estes resultados entende-se que na APS os usuários são acolhidos em suas necessidades e terão grande parte de seus problemas resolvidos.

O atributo que mais se destacou no resultado foi Integralidade - Serviços Disponíveis (8,94) seguido do atributo Integralidade - Serviços Prestados (8,90) levando a concluir que na perspectiva dos trabalhadores os serviços ofertados atendem as necessidades dos usuários do território e que eles são prestados em tempo oportuno.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALASUBRAMANIAN, Hari e colab. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Management Science*, v. 17, n. 1, p. 31–48, 3 mar 2014.

BARRA, Jhayne Fonda. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2019.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 884–899, dez 2011.

BATISTA, Valéria Cristina Leal et al. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *Sanare Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n.2, p. 87-93, jun/dez. 2016.

BOUSQUAT, Aylene e colab. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010a; 31 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 21 set.

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

FERREIRA, Vanessa Duque e colab. Assessment of Primary Healthcare attributes in one Municipality of Minas Gerais State. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 20, n. 4, jan 2016.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&nrm=iso)>. acessado em 21 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Editora Hucitec, 3ª Ed. São Paulo, 2002.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de. Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado Ensino em Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2014.

OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C.: [s.n.], 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 2003.

PENSO, Jéssica Mazzutti et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1-9, 22 jun. 2017.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 29 abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima. Repensando acesso, qualificando o cuidado: relato do trabalho em duas equipes de saúde da família. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1–7, 22 Mai 2017.

ROCHA, Suelen Alves e colab. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 26, n. 1, p. 87–111, Mar 2016.

SANTOS, Adriano Maia Dos e colab. Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 39, n. 3, p. 359–369, Set 2015.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva e colab. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1283–1293, Abr 2014.

VIDAL, Tiago Barra e colab. Scheduling models and primary health care quality. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 38, 16 Mai 2019.

**APÊNDICES:****APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO****1. DADOS PESSOAIS:**

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

**2. ESCOLARIDADE**

NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

ÁREA DE FORMAÇÃO:

TEM GRADUAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO

SE SIM QUANTO TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA:

**3. ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO:

QUAL A FUNÇÃO EXERCE NA UNIDADE:



## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Avaliação do Acesso à Saúde na perspectiva dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família**

Ana Honorato

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foram elaboradas em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma e, aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você NÃO sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar em participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e Objetivos**

A Atenção Primária à Saúde precisa satisfazer plenamente as necessidades do usuário e para isso precisa refletir sobre as formas de acesso dos usuários no Sistema Único de Saúde e com isso tornou-se uma importante tarefa a ser desempenhada em vistas a fortalecer a porta de entrada preferencial do serviço por meio da Atenção Básica se tornando acessível à população, em tempo oportuno, respondendo as reais demandas do território através do empoderamento dos trabalhadores de saúde. Portanto este estudo tem como objetivo avaliar o acesso à saúde na perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

#### **Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a preencher um de questionário durante a reunião de equipe na sua Unidade Básica de Saúde com duração aproximada de 01 (uma) hora.

#### **Desconfortos e Riscos**

Esta pesquisa não associará os resultados do questionário ou seu desempenho com as atribuições profissionais. Neste sentido você poderá ter riscos mínimos. Diante do possível incômodo em ter suas colocações expostas, a presente pesquisa não realizará identificação específica de cada questionário e possibilitará a entrega do questionário em momento distinto da entrega a cada participante.

#### **Benefícios**

Espera-se que com base nas informações coletadas de cada participante seja possível compreender as lacunas que dificultam o acesso oportuno dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família que implantaram o modelo de Acesso Avançado. Nesse sentido esperamos fornecer subsídios e orientações que provoquem o deslocamento das práticas e capacidades de atuação dos profissionais e conseqüentemente garantir o acesso qualificado dos usuários nos serviços de saúde.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_



### **Acompanhamento e Assistência:**

Você terá direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. O participante da pesquisa terá direito ao acesso aos resultados de pesquisa, exames e do tratamento sempre que solicitado.

### **Sigilo e Privacidade:**

Neste trabalho as identidades dos entrevistados serão mantidas em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da minha equipe de pesquisadores. Os nomes não serão registrados no questionário e nem será possível identificá-los durante a análise e divulgação dos resultados.

### **Ressarcimento e Indenização:**

Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

### **Contato**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador: Ana Honorato, Assessora Técnica da Associação Saúde da Família, situada à Avenida Paschoal da Rocha Falcão, 313, Jd. Helena, (11) 98445-0021, honoratogab@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, das 8h às 12h e das 14h às 18h, através do telefone (11) 42393282.

|   |
|---|
| Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Profa. Dra. Celi de Paula Silva                           |
| Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Arquimedes Pessoni                          |
| Telefone do Comitê: (11) 42393282   |
| Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul                                |
| e-mail do Comitê de Ética em pesquisa: <a href="mailto:cep.uscs@uscs.edu.br">cep.uscs@uscs.edu.br</a> |

### **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):**

O CEP tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas. Consentimento Livre e Esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_



Nome do (a) participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa)

### **Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Assinatura do pesquisador)

## APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA



### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a realização do projeto "Avaliação do Acesso à Saúde na Perspectiva dos Trabalhadores da Estratégia Saúde da Família", sob responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Ana Honorato**, mestrando profissional em inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

A pesquisa será realizada com os trabalhadores dos serviços de saúde, administradas pela Associação Saúde da Família (ASF), na zona Sul de São Paulo, regiões de Capela do Socorro e Parelheiros.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela resolução 510/16 e suas complementares.

Antes do início da coleta dos dados, o (a) pesquisador (a) responsável deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

São Paulo, 02 de julho de 2019



Paulo Fernando Capucci  
Coordenador Regional  
ASF - SUL

---

Paulo Fernando Capucci  
Coordenador Regional ASF Sul

## ANEXOS

**ANEXO 01 – Instrumento de coleta de dados: Questionário PCATool – Brasil  
versão Profissionais**
**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais  
A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE**

| Por favor, indique a melhor opção:   | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei/não lembro         |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?   | 4 <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 adoece 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 julgam 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 atende no mesmo dia?         | 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**

| 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"/> |

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

| Por favor, indique a melhor opção.  | <b>Com certeza, sim</b>    | <b>Provavelmente, sim</b>  | <b>Provavelmente, não</b>  | <b>Com certeza, não</b>    | <b>Não sei/não lembro</b>  |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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**

| Por favor, indique a melhor opção  | <b>Com certeza, sim</b>    | <b>Provavelmente, sim</b>  | <b>Provavelmente, não</b>  | <b>Com certeza, não</b>    | <b>Não sei/não lembro</b>  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

| Por favor, indique a melhor opção  | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei/não lembro         |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

| 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**

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

| 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"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

| Por favor, indique a melhor opção   | Com certeza, sim           | Provavelmente, sim         | Provavelmente, não         | Com certeza, não           | Não sei/não lembro         |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| E12 – Identificação (Alguns tipos 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"/> |
| 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**

Você atende pacientes:

de todas as idades

somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)

somente adultos

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

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

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

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas as faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?

.

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais  
F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS**

|  | <b>Com certeza, sim</b>    | <b>Provavelmente, sim</b>  | <b>Provavelmente, não</b>  | <b>Com certeza, não</b>    | <b>Não sei/não lembro</b>  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais  
F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS**

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

|   | <b>Com certeza, sim</b>    | <b>Provavelmente, sim</b>  | <b>Provavelmente, não</b>  | <b>Com certeza, não</b>    | <b>Não sei/não lembro</b>  |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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"/> |
| 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 à 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   |                            |                            |                            |                            |                            |
| 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**

|  | <b>Com certeza, sim</b>    | <b>Provavelmente, sim</b>  | <b>Provavelmente, não</b>  | <b>Com certeza, não</b>    | <b>Não sei/não lembro</b>  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais  
H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

|   | <b>Com certeza, sim</b>    | <b>Provavelmente, sim</b>  | <b>Provavelmente, não</b>  | <b>Com certeza, não</b>    | <b>Não sei/não lembro</b>  |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 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?         | 4 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |