UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

VANESSA LUZIA QUEIROZ SILVA

A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família por usuários, em uma cidade brasileira

VANESSA LUZIA QUEIROZ SILVA

A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família por usuários, em uma cidade brasileira

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, deste que citada a fonte.

Catalogação na Publicação Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Silva, Vanessa Luzia Queiroz.

A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família por usuários, em uma cidade brasileira. Ribeirão Preto, 2019.

177 f.: il.

Tese de Doutorado, apresentada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Cassanho Forster, Aldaísa.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. 4. Programa Mais Médicos

Nome: SILVA, Vanessa Luzia Queiroz

Título: A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação da Estratégia de Saúde da Família por usuários, em uma cidade brasileira.

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências.

Aprovado em:/	/			
Banca Examinadora				
Prof. Dr	Instituição:			
Julgamento:	Assinatura:			
Prof. Dr	Instituição:			
Julgamento:	Assinatura:			
Prof. Dr	Instituição:			
	Assinatura:			
Prof. Dr.	Instituição:			
	Assinatura:			

DEDICO ao meu filho, Davi, em especial, que, ainda no meu ventre, participou dos momentos mais difíceis desta trajetória. Obrigada por me apresentar o amor mais perfeito e sublime que uma pessoa pode ter: o amor de mãe! E obrigada por encher minha vida de esperança e fé.

Ao meu marido, amigo e companheiro, Marcus. Com amor e gratidão pelo carinho, apoio, compreensão pelas ausências ao longo do processo de elaboração deste trabalho. Você é especial!

Aos meus queridos pais, Rita e Sebastião, que sempre me apoiaram e acreditaram em minha capacidade. Minha admiração, respeito e amor.

Aos meus queridos irmãos, Rogério e Rodrigo, e amadas sobrinhas, Anna Luiza e Maria Júlia, que, me demonstram tanto carinho e me fazem acreditar em um futuro melhor. Obrigada pela alegria e sinceridade de seus sorrisos.

À minha querida orientadora Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, com quem convivi esses anos e aprendi a confiar e admirar. Descrevê-la como especial é pouco. Minha gratidão pela credibilidade, apoio, carinho, paciência e confiança.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado paciência, perseverança e força para a realização deste sonho.

Às amigas Yácara e Janaína, pelo incentivo, credibilidade e por me inspirarem.

À Profa. Me. Camilla Borges Lopes, pela troca de ideias e colaboração indispensáveis para a produção deste estudo.

À Elexandra Helena Bernardes, que atuou como Secretária Municipal de Saúde de Passos - MG, no período de realização do estudo e que tão prontamente concordou que o mesmo pudesse ser desenvolvido com as pessoas cadastradas nas Unidades de Saúde da Família.

À equipe de Tecnologia e de Coordenação da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Passos - MG, que me ajudaram prontamente nas etapas de coleta dos dados necessários para a elaboração deste trabalho.

Aos usuários de saúde das Estratégias de Saúde da Família, que concordaram em participar deste estudo. Obrigada pela atenção e colaboração.

Aos queridos alunos e pesquisadores de campo Ana Gabriela, Ana Luiza, Célio, Luciana, Viviane e Dayane pela ajuda na coleta de dados, carinho e apoio.

Aos professores Jobe e Vinicius Muzetti que realizaram com tanto zelo, a correção linguística e de formatação desta tese.

À amiga Denize, pelo companheirismo, carinho e acolhimento em seu lar.

À equipe administrativa e aos colegas docentes da Faculdade Atenas, pela credibilidade, apoio e ajuda durante a realização da pesquisa.

Aos estimados alunos e orientandos Bruno, Isabella e Daniella pela dedicação, colaboração, paciência e credibilidade.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela contribuição ao meu crescimento profissional.

Aos meus cunhados e cunhadas Mateus, Túlio, Antônio Paulo, Deise, Taisa, Eliana, Fernanda, Marina, Natália e Vanessa, aos meus sobrinhos e sobrinhas,

Isabella, Nicole, Vitória, Giovana, Lucca e Theo, e em especial, ao meu sogro (*in memorian*) e minha sogra, Dona Cida, pelo carinho, apoio e incentivo.

A todos os meus amigos que sempre estiveram ao meu lado acreditando em minha capacidade, sempre me incentivando e compreendendo as ausências.



RESUMO

SILVA, Vanessa Luzia Queiroz. **A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos:** avaliação da Estratégia de Saúde da Família por usuários, em uma cidade brasileira. 2019. 177 fl. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto direito humano fundamental e como modelo essencial para a organização da assistência à saúde e dos sistemas de saúde, se qualifica pela presença e extensão dos atributos de acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e orientação comunitária. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como modelo de APS. No entanto, desafios precisam ser superados. Na perspectiva de enfrentamento dos mesmos, e, para o fortalecimento da APS, o Ministério da Saúde implantou no ano de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM). Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a qualidade das ESF's, a partir de sua participação ou não do PMM. Tratou-se de um estudo avaliativo, descritivo, de inquérito populacional, realizado em 19 ESF's da cidade de Passos, MG. A coleta de dados foi realizada por pesquisadores de campo, mediada por dois instrumentos: questionário contendo as variáveis sociodemográficas dos usuários e inquérito de avaliação dos atributos essenciais e derivados da APS, o Primary Health Care Assessment Tool (PCATool). Para a análise, utilizou-se estatística descritiva. Foram aplicados os testes t, visando determinar a diferença entre as médias dos grupos (ESF's com médicos participantes e ESF's com médicos que não participam do PMM) e o teste de Tukey para a comparação múltipla das médias. Os resultados mostraram que houve a prevalência de usuários adultos com média de idade de 53 anos, sexo feminino, com menos de oito anos completos de estudo, renda familiar menor que três salários mínimos, que não possuíam plano de saúde suplementar e eram casados. Esses participantes atribuíram a pior avaliação ao atributo "Integralidade - Serviços Prestados" com média de escore de 3,333 (±2,150), seguido de Orientação Comunitária, com média de 3,779 (±2.316). Ao passo que o atributo "Acesso de Primeiro Contato-Utilização" foi o mais bem avaliado, com escore médio de 7,844 (±2,567). O Escore Essencial alcançou a média de 6,002 (±1,727) e ao Escore Geral foi atribuída pontuação de 4,801 (±1,382). Esse valor do Escore Geral representa que as ESF's do município de Passos não são provedoras de APS, na perspectiva dos usuários de saúde entrevistados. Também não se evidenciou diferença estatisticamente significativa, ao se comparar as médias de escores entre os dois grupos de análise. Verificou-se que nos dois grupos (ESF's com médicos participantes e ESF's com médicos que não participam do PMM) somente obtiveram escores médios superiores a 6,6, valor de corte recomendado pelo PCATool, o componente do Atributo "Acesso de Primeiro Contato - Utilização" e o "Grau de Afiliação", o que denota que o PMM não produziu impacto na qualidade das ESF's do município de Passos, MG, na perspectiva dos usuários de saúde adultos, até o momento de realização desta pesquisa. Frente aos resultados, recomenda-se a promoção de espaços de discussão entre o gestor de saúde e agentes envolvidos na APS do município de Passos/MG, para se traçar estratégias efetivas de intervenção junto às ESF's que versam ao alcance de maior orientação aos atributos da APS e à obtenção de maior efetividade do PMM, no que diz respeito ao cumprimento de seu propósito de fortalecimento da APS e contribuição para o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Programa Mais Médicos.

ABSTRACT

SILVA, Vanessa Luzia Queiroz. **The quality of Primary Care, from More Doctors Program**: evaluation of Family Health Strategy by users in a Brazilian City. 2019. 177 page. Thesis (PHD). Medical School, São Paulo University, Ribeirão Preto, 2019.

The Primary Health Care (PHC), as a fundamental human right and as an essencial model for the organization of health care and health systems it qualifies for the presence and extension of the atributes of first contact acess, longitudinality, integrity, coordination family orientation and community orientation. In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) was adopted as the PHC model. However, challenges such as the scarcity of human resources in health. deficiencies in medical training, low qualifications of professionals, underfunding of the actions and precariousness of physical structures need to be overcame. In order to face some of these challenges and to strengthen PHC, the Health Ministry implemented in 2013 the More Doctors Program (MDP). Thus, the objective of the study was to evaluate the quality of the FHS, from their participation or not in the MDP. It was an evaluative, descriptive study of population survey, conducted in 19 Health Family Strategies of Passos, MG. Data collection was performed by field researchers, mediated by two instruments: a questionnaire containing the sociodemographic variables of users and Primary Health Care Assessment Tool (PHC Tool). For the analysis, we used descriptive statistics. T Tests were applied to determine the difference between the mean scores obtained by each analysis group (FHS with participating doctors and FHS with non-participating of MDP doctors) and the Tukey test for multiple comparison of the means of each group. The results showed that there was a prevalence of adult users with an average age of 53 years old, female, with less than eight complete years of schooling, family income lower than three minimun salaries, who had no suplementary Health Plan and were married. These participantes attributed the worst evaluation to the attribute "Integrity-Services Provided" with a mean score of 3,333 (±2,150) followed by Community Guidance, with a mean of 3,779 (±2,316). While the attribute "First Contact Access-Use" was the highest rated, with an average score of 7,844 (±2,567). The Essencial score averaged 6,002 (±1,727) and the General Score was assigned a score of 4,801 (±1,382). This value of the General Score represents that the FHT's in Passos are not PHC providers. from the perspective of the interviewed health users. There was also no statistically significant difference when comparing the mean scores obtained between the two analysis groups. It was found that in both groups (FHS with participanting doctors and FHS with non participanting in the MDP) only obtained average scores higher than 6,6, cut off value recommended by PCATool, the component of the attribute "First Contact Acess-Use" and "Affiliation Degree", which denotes that the MDP did not have an impact on the quality of the FHT's in Passos, MG, from the perspective of adult health users, until the momento f this research. In view of the results, it is recommended to promote discussion spaces between the health manager and agents involved in PHC of Passos, MG outline effective strategies for intervention with FHS with a view to achieving greater orientation towards PHC attributes and obtaining greater effectiveness of MDP, regarding the fulfillment of its purpose of strengthening PHC and contributing to the Single Health System.

Key Words: Health Assessment. Primary Attention to Health. Family Health Strategy. More Doctors Program.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos usuários de saúde adultos, adstritos às Es Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas. Pa Gerais, 2018	assos, Minas
Tabela 2 - Distribuição da média dos escores de qualidade das Estratégi da Família, representada pelos componentes dos atributos derivados da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerai	essenciais e
Tabela 3 - Distribuição da média dos escores essencial e geral da Atençã Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018	
Tabela 4 - Distribuição da média dos escores de qualidade das Estratégi da Família, representada pelo grau de afiliação e pelos atributo e derivados da Atenção Primária à Saúde, segundo a particip dos médicos no Programa Mais Médicos. Passos, Minas Gera	os essenciais pação ou não
Tabela 5 - Distribuição dos valores de escores essencial e geral dos Atenção Primária à Saúde, nas Estratégias de Saúde da Famia a participação ou não dos médicos no Programa Mais Médicos Minas Gerais, 2018.	ília, segundo cos. Passos,
Tabela 6 - Comportamento das médias dos escores em cada grupo, médicos participantes Programa Mais Médicos e com ma participantes do Programa Mais Médicos e respectivo o considerando do maior escore para o menor. Passos, Minas Considerando do maior escore para o menor.	médicos não ordenamento, Gerais, 2018.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da região de Passos, MG, 201854
Figura 2 -	Mapa da região de saúde PASSOS/PIUMHI, MG, 201854
_	Mapa de territorialização das Estratégias de Saúde da Família do município de Passos, MG57
(Distribuição Média dos escores (escala de 0 a 10) e desvio padrão, para os componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 201871
Figura 5 -	Média dos escores do grau de afiliação e dos componentes dos Atributos da Atenção Primária à Saúde (escala de 0 a 10), comparativa entre as Estratégias de Saúde da Família com médicos do Programa Mais Médicos e com médicos que não são do Programa Mais Médicos. Passos, Minas Gerais, 2018
Figura 6 -	Comportamento dos escores obtidos pelo grupo de Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes do PMM para cada um dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018
Figura 7 -	Comportamento dos escores obtidos pelo grupo de Estratégias de Saúde da Família com médicos não participantes do PMM para cada um dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

AE Avaliação Externa

AIS Ações Integradas de Saúde

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS Atenção Primária à Saúde

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CFM Conselho Federal de Medicina

CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

DATASUS Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DCNT Doenças Crônicas não Transmissíveis

EPS Educação Permanente em Saúde

ESF Estratégia de Saúde da Família

GTES Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEP Instituição de Ensino e Pesquisa

MEC Ministério da Educação

MGFC Medicina Geral de Família e Comunidade

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan Americana de Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool Primary Care Assessment Tool

PCPC Primary Care Policy Center

PDR Plano Diretor de Regionalização

PMAQ-AB Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção

Básica

PMMB Projeto Mais Médicos para o Brasil

PMM Programa Mais Médicos

PNAD Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar

PNH Política Nacional de Humanização

PRMMFC Programa de Residência Médica em Medicina de Família e

Comunidade

PROVAB Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF Programa de Saúde da Família

RAS Rede de Atenção à Saúde

Requalifica Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde - UBS

RENASES Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RSB Reforma Sanitária Brasileira

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

SES Secretaria de Estado de Saúde

SRS Superintendência Regional de Saúde

TI Tecnologia da Informação

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCT Teoria Clássica de Teste

UBS Unidade Básica de Saúde

UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2. Objetivos específicos	23
3 REVISÃO TEMÁTICA	25
3.1 Atenção Primária à Saúde (APS): conceitos e evolução	25
3.2 O contexto da Estratégia de Saúde da Família	27
3.2.1 Do Programa à Estratégia	27
3.2.2 Interdisciplinaridade e integralidade na prática da ESF	
3.2.3 Avanços e desafios no contexto da ESF	
3.3 Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde	
3.3.1 Primary Care Assessment Tool (PCATool)	41
3.3.2 PCATool- Brasil: versão usuários adultos	43
3.4 O Programa Mais Médicos	45
3.4.1 Programa Mais Médicos: origem e objetivos	45
3.4.2 Repercussão do Programa Mais Médicos	
3.4.3 O Programa Mais Médicos e a cobertura universal	
4 MATERIAIS E MÉTODO	53
4.1 Delineamento do estudo	53
4.2 Local e período do estudo	53
4.3 População e amostra do estudo	58
4.3.1 População base	58
4.3.2 Critérios de inclusão	58
4.3.3 Critérios de exclusão	58
4.3.4 Cálculo do tamanho da amostra	
4.3.5 Amostra do estudo	
4.4 Variáveis do estudo	
4.4.1 Variável dependente	
4.4.2 Variáveis independentes	
4.5.1 Instrumento de coleta de dados	61

4.5.2 Recrutamento e treinamento dos pesquisadores de campo para a coleta de dados62
4.6 Análise dos dados63
4.7 Aspectos éticos67
5 RESULTADO 69
5.1 Caracterização dos usuários de saúde adultos, adstritos às Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo as variáveis sociodemográficas69
5.2 Caracterização das Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo a presença e extensão dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde70
5.3 Comparação da qualidade entre as Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, segundo a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde72
5.4 Apresentação do comportamento dos atributos da Atenção Primária à Saúde em cada grupo, ESF's com médicos participantes e não participantes do PMM74
6 DISCUSSÃO
6.1 Caracterização dos usuários de saúde, adstritos às Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo as variáveis sociodemográficas78
6.2 Caracterização das Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo a presença e extensão dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde
6.2.1 Grau de Afiliação81
6.2.2 Acesso de Primeiro Contato "Utilização" e "Acessibilidade"82
6.2.3 Longitudinalidade86
6.2.4 Coordenação: "Integração de Cuidados" e "Sistemas de Informação"88
6.2.5 Integralidade "Serviços disponíveis" e "Serviços prestados"91
6.2.6 Orientação Familiar94
6.2.7 Orientação Comunitária96
6.2.8 Escore Essencial e Escore Geral98
6.3 Comparação da qualidade entre as Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, segundo a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde99
6.4 Apresentação do comportamento das médias dos escores dos atributos da Atenção da Atenção Primária à Saúde em cada grupo, ESF's com médicos participantes e não participantes do PMM
7 CONCLUSÕES 117

8 REFERÊNCIAS1	21
APÊNDICES1	41
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO1	42
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS I1	44
APÊNDICE C - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL I SAÚDE DE PASSOS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA1	ЭЕ 45
ANEXOS 1	47
ANEXO A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS <i>PCATooL</i> BRASIL - VERSA USUÁRIOS DE SAÚDE ADULTOS1	
ANEXO B - BASE CONCEITUAL DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE SEGUNDO BÁRBARA STARFIELD1	
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP1	57
ANEXO D - COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGO APRESENTADO NEXAME DE QUALIFICAÇÃO1	60 10
ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO RELACIONADO TESE1	
ANEXO F - ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO1	63

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), cuja noção inicial é atribuída ao Relatório Dawson, publicado em 1920 pelo Ministério da Saúde (MS) do Reino Unido ganhou força enquanto discurso de mudança nos sistemas de saúde e nos modelos assistenciais, na década de 1970, a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978; INSTITUTE OF MEDICINE, 1978).

Para Starfield (2002), a compreensão de APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: uma estratégia de organização e reorganização do sistema de saúde e, também, uma mudança na prática clínico-assistencial.

O conceito de APS defendido por Starfield (1992), como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, que se caracteriza pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais, vem sendo muito utilizado, inclusive pelo MS brasileiro (BRASIL, 2017).

Diante desse conceito, Starfield (2002) qualifica um serviço de APS pela presença e extensão de quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo episódio de um problema; a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; a integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde; e a coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Além desses, a autora também define três atributos derivados: a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais.

Nas últimas décadas, a APS tem sido revigorada, com vistas a contribuir para a melhoria dos cuidados e dos resultados em saúde. No mundo, países tem organizado seus sistemas de saúde priorizando-se o acesso universal e cuidado integral, longitudinal e coordenado, junto às comunidades e seu contexto social, com forte orientação para a APS (LIMA et al., 2018).

No Brasil, a mudança do modelo assistencial, orientado pela APS iniciou-se em meados dos anos 90, associado ao movimento de Reforma Sanitária, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, e posteriormente do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, mais tarde elevado ao status de Estratégia (OCKÉ-REIS, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como modelo para a expansão e reorganização da APS, pelo MS brasileiro e vem crescendo em número e cobertura populacional.

Atualmente, existem 42.719 ESF's, que assistem 132,3 milhões de habitantes nos municípios brasileiros, com uma cobertura de 63,45% (BRASIL, 2019, *on line*).

Estudos têm mostrado que a APS fortalecida e articulada a outros níveis de atenção em sistemas universais colabora para impactos positivos na saúde da população, como a melhoria do acesso aos serviços conforme as necessidades apresentadas pela população, desenvolvimento de ações efetivas de prevenção e promoção, diminuição da morbimortalidade, incremento à qualidade no atendimento, diagnóstico e tratamento precoce de agravos e doenças, além da redução de procedimentos especializados desnecessários e potencialmente prejudiciais (PORTELA, 2017; GIOVANELLA, 2018; LIMA et al., 2018).

No entanto, desafios fazem parte desse processo. Um dos grandes entraves para o desenvolvimento das ações da APS é a dificuldade em manter a força de trabalho necessária ao desenvolvimento de suas atividades. E essa carência torna-se mais enfática quando se trata de profissionais médicos (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Para Pisco (2019), a insuficiente oferta de médicos e a dificuldade para a sua provisão, bem como a fixação em zonas periféricas, associada aos problemas de precariedade dos vínculos e a ausência de carreiras são desafios a serem superados no fortalecimento da APS.

A dificuldade de atração e fixação de profissionais, principalmente os médicos, acarreta na escassez e má distribuição geográfica, que são reflexos da preferência destes profissionais por regiões economicamente mais desenvolvidas e com maiores oportunidades profissionais. Entretanto, tal cenário pode ser revertido por meio da criação de políticas específicas e de desenvolvimento regional (VAN STRALEN et al., 2017; BOUSQUAT et al., 2019).

No Brasil, para a superação da má distribuição de médicos para atuarem nas Unidades de APS, bem como para se eliminar as insuficiências relativas ao processo de formação médica e para se qualificar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o MS do Brasil criou, no ano de 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013).

O PMM foi instituído por legislação federal (Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013), que estava regulamentado, anteriormente, pela medida Provisória (MP-621, de 08 de julho de 2013) em resposta a um apelo explícito de apoio solicitado pelos prefeitos e gestores municipais. Ele prevê um conjunto de medidas estruturadas em três eixos, os quais apresentam três frentes estratégicas: I) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; II) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS); III) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros em municípios com áreas de vulnerabilidade. A finalidade do PMM é formar recursos humanos na área médica para o SUS e tem como objetivos principais diminuir da carência de médicos em regiões prioritárias, fortalecer os serviços de APS, aprimorar a formação médica no país, dentre outros (BRASIL, 2013)

Nesta direção, para o enfrentamento de desafios para a efetivação das ESF's torna-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada à população, pela ESF, a partir do PMM (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Nesse sentido, Cassady et al. (2000); Starfieldet al. (2000); Shi; Starfield; Xu (2001) criaram e validaram um instrumento nos Estados Unidos da América, o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* que mede a presença e a extensão dos atributos da APS, além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, isso tanto para usuários adultos quanto para crianças, em diferentes modelos de APS. O mesmo permite identificar o grau de orientação à APS, que propicia a comparabilidade entre sistemas ou tipos de serviços, além da associação entre a presença dos atributos e a efetividade da atenção, tanto em nível individual, quanto populacional.

No Brasil, em 2006, foi realizada a primeira validação do PCATool versão usuários crianças (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2010) e em 2013 a versão usuários adultos (HARZHEIM et al., 2013). Outras iniciativas de validação ou uso desse instrumento vêm sendo realizadas em diversos países, como Taiwan (TSAI et al., 2010) Hong Kong (WONG et al., 2010), Canadá (HAGGERTY; MARTIN, 2005; HAGGERTY et al., 2007 e Espanha (PASSARÍN et al., 2007).

Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade das ESF's com médicos participantes e não participantes do PMM, no município de Passos - MG, mediada pelo instrumento PCATool-Brasil, versão para usuários de saúde adultos.

Muitos estudos sobre APS foram publicados nos últimos anos, porém entendese a necessidade de se evidenciar questões relativas à orientação e condução da APS, bem como a efetividade da atenção sobre a população alvo, demonstrando (ou não) o cumprimento de seus objetivos e possibilitando a transparência nas ações públicas em um cenário de heterogeneidade que caracteriza a ESF no Brasil.

Demonstra-se também a necessidade de se comparar esses resultados entre ESF's com médicos do PMM e ESF's com médicos que não são do PMM, favorecendo o esforço científico na busca de evidências em APS e referentes ao PMM, com consequências importantes sobre a definição das políticas públicas e implementação de mudanças orientadas por evidências.

No Brasil, já se realizaram diversos estudos de avaliação das ESF's (PICCINI et al., 2007; FACCHINI et al., 2006; CRUZ et al., 2017). Entretanto, a falta de uniformidade conceitual utilizada nas diversas definições de APS e a grande variabilidade metodológica dos estudos, ainda não nos permite estabelecer uma visão homogênea do processo de reorganização dos serviços de APS no Brasil.

Diante disso, entende-se que ainda se faz necessário evoluir na produção de estudos em APS, com a utilização de métodos rigorosos de avaliação, como se propõe neste estudo.

OBJETIVOS DO ESTUDO

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade das Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, em um município do interior de Minas Gerais, mediada pelo instrumento PCATool-Brasil, versão para usuários de saúde adultos.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os usuários de saúde adultos adstritos às Estratégias de Saúde da Família, segundo as variáveis sociodemográficas.
- Analisar a qualidade dessas Estratégias de Saúde da Família, segundo a presença e extensão dos atributos da APS.
- Comparar a qualidade das Estratégias de Saúde da Família, levando-se em conta a participação ou não dos médicos no Programa Mais Médicos.
- Descrever o comportamento dos dados relativos aos atributos da APS em cada grupo (ESF's com médicos do Programa Mais Médicos e ESF's com médicos que não eram vinculados ao PMM).

3 REVISÃO TEMÁTICA

Em consonância aos objetivos deste estudo, neste capítulo, serão abordadas as bases conceituais da APS, de maneira contextualizada com o processo de implantação e evolução da ESF no Brasil. Também serão definidos conceitos sobre avaliação em saúde na APS e, especialmente, o Instrumento de Avaliação da APS-PCATool. Enfim, serão apresentadas as bases legais e o processo de implantação e implementação do Programa Mais Médicos.

3.1 Atenção Primária à Saúde: conceitos e evolução

A discussão sobre a APS surgiu há décadas, destinando-se a impulsionar transformações nos sistemas de saúde, com enfoque para o Relatório de Dawson, em 1920 e também à Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que passou a conceber a saúde como um direito humano fundamental (DECLARAÇÃO DE UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

No entanto, o conceito mais fortalecido de APS surgiu na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no ano de 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que resultou na Declaração de Alma-Ata. Nesta conferência foi estabelecida a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000", sendo os cuidados primários de saúde estratégia principal para o seu alcance (URSS, 1978).

Os cuidados primários foram definidos como uma atenção à saúde essencial, embasada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, de modo que o acesso seja assegurado a todas as pessoas e famílias da comunidade por meio de sua plena participação, isso a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto responsabilidade e autodeterminação (URSS, 1978).

Para Bárbara Starfield (2002), a APS consiste no primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, sendo norteada por quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e três derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), fundamentais para sustentar de forma teórica e metodológica o atendimento à dimensão total da APS.

Autores destacam que tais atributos produzem à APS um caráter substitutivo em relação ao modelo de atenção à saúde tradicional, anteriormente focado no indivíduo e em sua doença (FERREIRA; DELATORRE, 2017).

A APS tem uma função distinta de ordenar a rede de saúde, porque reúne o conjunto mais completo de informações sobre os indivíduos e suas necessidades. Destarte, encontra-se habilitada a ser o centro comunicador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a articulação de informações e recursos em função do atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas (FERREIRA; DELATORRE, 2017).

Na definição da OMS (2005), a "APS enfoca o sistema de saúde como um todo; inclui os setores público, privado e sem fins lucrativos e aplica-se a todos os países". Tal conceito distingue valores, princípios e elementos da APS, enfocando a equidade e a solidariedade, bem como incorpora novos princípios como sustentabilidade e orientação à qualidade dos serviços de saúde (OMS, 2005).

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), no ano de 2005, em face da compreensão da APS como solução mais apropriada dos sistemas de saúde para a concretização da igualdade de acesso e cuidados entre os usuários, propôs uma visão ampliada de APS, que inclui a abordagem integral, intersetorial e de responsabilidade dos governos, que visam buscar a prevenção de doenças e a promoção da saúde (OPAS/OMS, 2011).

No Brasil, a APS se encontra apoiada nos princípios e diretrizes do SUS. A proposta de construção social da APS relaciona-se a um modelo de gestão da saúde da população, por meio de um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população adstrita a ele, cadastrada e vinculada às equipes de ESF. A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em conhecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relacionadas a essa população e de fornecer o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (MENDES, 2015).

Autores descrevem a APS como um espaço potencial para realizar ações que transcendam a busca da cura de determinadas doenças físicas e emocionais, uma vez que almeja-se a promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas, a prevenção de doenças e agravos à saúde com ações específicas e educação em saúde, o diagnóstico precoce, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O cuidado de saúde na APS permite que haja uma singularização do sujeito,

no âmbito de sua vida, família, trabalho e outros determinantes de saúde/doença. Tal cuidado singular configura-se como a individualização ou adaptação do conhecimento técnico-científico à realidade do sujeito e suas características pessoais, tendo em vista que o sucesso ou insucesso de determinada ação de saúde, ultrapassa a aplicação do conhecimento puramente técnico-científico (FERREIRA; DELATORRE, 2017).

Nesta conjuntura, a APS tem suas funções expandidas a fim de se cumprir três funções: a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações na RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população adstrita às equipes de ESF's (MENDES, 2015).

Por fim, Mendes (2015) destaca que a APS que se quer construir socialmente configura-se como uma estratégia complexa, altamente resolutiva, com capacidade de coordenar as RAS e com responsabilidades sanitárias e econômicas bem definidas.

3.2 O contexto da Estratégia de Saúde da Família

3.2.1 Do Programa à Estratégia

Nos últimos 30 anos, os princípios fundamentais que orientam a assistência à saúde de acesso universal, equidade da atenção e integralidade das ações, expressos primeiramente nos movimentos de Reforma Sanitária e, posteriormente, incorporados na Constituição Brasileira de 1988 e na legislação do SUS, têm acarretado em mudanças no paradigma da prática em saúde, especialmente, no âmbito da APS (STEIN; FERRI, 2017; SANTOS; GIOVANELLA, 2018; SANTOS et al., 2018; MISHIMA; MERHY, 2018).

No Brasil, após a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/1990, o município passou a assumir maiores responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Algumas experiências municipais e de integração universidade-serviços, com base na APS, passaram a serem desenvolvidas. Inicialmente, um programa da assistência médica previdenciária procurou integrar os serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços públicos de saúde dos estados e municípios por meio da Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS). Tais experiências

inspiraram a criação do programa de orientação comunitária, conhecido como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e, posteriormente, do PSF (TAGLIARI; MURARO; FERREIRA, 2016; PEREIRA et al., 2018; PEDRAZA et al., 2018; PINTO et al., 2017; GIOVANELLA, 2018; SANTOS et al., 2018; GIOVANELLA, 2018).

Desde a criação do PSF, no ano de 1994, o serviço foi progressivamente se tornando a principal ferramenta para ampliar o acesso no primeiro contato e modificar o modelo assistencial tradicional. Foram constituídas no país equipes de saúde para integrar o PSF, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destinando-se a acompanhar a população em um território adscrito. De início, cada PSF era responsável por até 4.500 pessoas, sendo que, com o passar dos anos, esse número foi reduzido para 3.000 a 4.000 pessoas (PERUZZO et al., 2018).

Nessa perspectiva, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, o PSF, já então considerado eixo norteador da base do SUS, foi transformado em ESF. A PNAB (2006) ainda integra à ESF, as Equipes de Saúde Bucal, compostas, basicamente, por cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, e, em casos específicos, por um técnico de higiene dental.

Para Arantes, Shimizu e Merchan-Hamann (2016), o PSF passou a ser considerado uma estratégia em face de suas potencialidades, uma vez que tem capacidade de reorientar a organização do sistema de saúde, procurar respostas para quase todas as necessidades de saúde da população, além de contribuir na modificação do modelo assistencial tradicional até então vigente.

Neste contexto, a ESF tem como foco ações de proteção e promoção à saúde das pessoas, centrado na família e no contexto social, de forma integral, contínua, equânime e resolutiva (FARIAS et al., 2018; PEREIRA et al., 2018).

Em 2008, a fim de ampliar a resolutividade das ações e serviços na ESF, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que posteriormente, na revisão da PNAB (2017), passaram a receber a nomenclatura de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) compostos por profissionais de saúde das mais variadas áreas e especialidades (BRASIL, 2017; PINTO et al., 2017; GIOVANELLA, 2018).

No ano de 2011, foi publicada ainda a Portaria nº 2.488, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas publicadas na PNAB (2006), sendo um passo

importante no que se refere à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da ESF, com evidência para a flexibilidade da carga horária médica, para uma melhor organização das equipes e incremento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB).

Da publicação da PNAB (2011) até o último ano, vários programas e ações foram transformados ou instituídos, tais como: o PMM, as ações e ferramentas para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação acopladas ao Telessaúde Brasil Redes, entre outras, além da publicação de uma nova PNAB, em setembro de 2017 (ALMEIDA et al., 2018).

A elaboração da PNAB (2017) se deu de forma participativa, harmonizando a demanda apresentada pela gestão e a necessidade despontada nas instâncias de controle social (ALMEIDA et al., 2018). No entanto, segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), provocou a crítica de organizações historicamente atreladas na defesa do SUS, uma vez que tal política denota aspectos relacionados à relativização da cobertura universal, à definição de padrões diferentes de serviços, à reorganização das equipes e do processo de trabalho na ESF, dentre outras alterações importantes.

Para Ferreira e Delatorre (2017), as características que suportam o processo de trabalho na APS, conforme a PNAB (2017), contribuem para a operacionalização dos seus principais atributos e dos princípios do SUS.

Santos e Melo (2018) complementam que todo o percurso de formulação de políticas públicas, que vai desde a criação do PSF, em 1994, até a consolidação da ESF, nos dias atuais, foram embasadas em modelos de atenção à saúde desenvolvidos por outros países que guiaram a elaboração do programa brasileiro, sendo, assim, uma adaptação de diversas experiências internacionais, como Canadá e Cuba.

Por fim, autores destacam que, em face da complexidade da APS, requer-se a compreensão e o investimento de modo a assegurar a operacionalização de seus pressupostos, a partir do trabalho da equipe de saúde em parceria com a comunidade (FERREIRA; DELATORRE, 2017).

3.2.2 Interdisciplinaridade e integralidade na prática da ESF

A formação qualificada no SUS tem se mostrado como eixo estruturador, principalmente, diante da discussão mundial sobre a eminência do estabelecimento

de sistemas de saúde com foco na integralidade e na universalidade, a fim de estabelecer o bem-estar e a saúde das populações (CAMARGO et al., 2018).

Para tal, a implantação da ESF denota a necessidade de ampliar o desenvolvimento de competências dos profissionais, especialmente no que se refere ao trabalho em equipe, comunicação, capacidade de solucionar problemas e de enfrentar as constantes modificações da realidade, destinando-se a contribuir para a qualificação do cuidado prestado aos usuários (PINHO et al., 2018).

O trabalho interprofissional em saúde, através da prática colaborativa, tem sido considerado como uma das melhores maneiras para enfrentar os desafios altamente complexos do setor saúde e a concretização da interdisciplinaridade, diante do fato de que essa tem potencial para sustentar as ações integrais e mais resolutivas, especialmente, quando centradas nas necessidades do usuário e da família, uma vez que propicia o alcance do pensamento amplo e da capacidade de integração e síntese, importantes na solução desses problemas (PEDUZZI et al., 2016; OLIVEIRA, 2016; FARIAS et al., 2018; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

A participação de profissionais distintos da área da saúde acarreta em um aprendizado conjunto, interativo, com reflexos no fortalecimento e na colaboração para a melhoria da qualidade da assistência prestada. A prática colaborativa, por sua vez, advém da integração das práticas profissionais com enfoque na oferta de atenção integral à saúde, por meio do reconhecimento da centralidade dos usuários, famílias e comunidades na organização da dinâmica do trabalho e no nível de interação entre as práticas profissionais (FREIRE FILHO et al., 2018a).

Nesta perspectiva, a condução da prática profissional da equipe multidisciplinar deve ser pautada em reflexões conjuntas, nas quais a colaboração da equipe possa reconhecer as lacunas existentes na perspectiva do trabalho interprofissional e que, de forma efetiva, ocorra uma interpenetração das 'disciplinas' e integração entre as práticas profissionais, tendo como objetivo auxiliar o processo de construção da interprofissionalidade na APS (FARIAS et al., 2018).

A interdisciplinaridade traz respostas a problemas que surgem na realidade complexa, enquanto a ciência moderna não possui condições de respondê-los. Desse modo, devem-se buscar mecanismos que pretendam operar a interdisciplinaridade na compreensão e solução de questões complexas que surgem nas sociedades (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Para Peduzzi e Oliveira (2016), a proposta de reorganização das práticas de saúde, através do trabalho em equipe e prática interprofissional, deve ser considerada no contexto da formação em saúde. Trata-se de um modelo de formação em saúde com reconhecimento internacional, que mostra a interação entre distintas áreas profissionais, pautado no reconhecimento da interdependência entre a formação e as práticas de saúde, com potencialidades para mudanças no trabalho em saúde, pretendendo alcançar a colaboração interprofissional, o reconhecimento dos diferentes papéis profissionais e complementaridade das ações.

Contudo, ao se considerar a formação multidisciplinar e as políticas públicas do Brasil, tem-se o desafio de colocar em prática estratégias pedagógicas que permitam vivências e produção de conhecimento interdisciplinar no nível primário de atenção (CAMARGO et al., 2018).

As metodologias ativas de ensino e aprendizagem podem ser alternativas pedagógicas importantes neste processo, de modo que utilizam a problematização como tática para a construção do conhecimento, a fim de motivar o estudante, em face de um problema, a desenvolver a sua capacidade de observação e questionamento, possibilitando a reflexão e a produção de novos significados na busca pela solução do problema (CAMPOS; FORSTER, 2017).

Nesta conjuntura, o sujeito da aprendizagem ativa arquiteta a trajetória para o seu crescimento, com liberdade e autonomia que o amparam na tomada de decisões (CAMPOS; FORSTER, 2017).

Autores ainda destacam que a problematização tem a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da capacidade de operar como agente de transformação social na busca por soluções originais, além da mobilização dos potenciais político e ético, formando profissionais e cidadãos com responsabilidade social (CAMPOS; FORSTER, 2017).

Frente ao cenário exposto, para atingir a interdisciplinaridade das ações, outros profissionais foram inseridos na APS com a criação do NASF. Cada equipe do NASF é formada por profissionais das mais diversas áreas da saúde, selecionados de acordo com as necessidades de saúde do território de abrangência, sendo alguns destes: nutricionista, psicólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, médico, assistente social, fisioterapeuta, profissional de educação física, sanitarista, entre outros. Tais profissionais devem trabalhar em conjunto, compartilhando saberes com

as equipes da ESF, através de um apoio assistencial e técnico-pedagógico (BRASIL, 2008).

O apoio assistencial deve ser realizado a partir de atendimentos individuais ou compartilhado e do desenvolvimento da prática grupal, sendo o usuário favorecido, enquanto o apoio técnico-pedagógico relaciona-se à educação permanente da equipe de saúde da ESF (BATISTA et al., 2017).

Outro desafio na APS é o estímulo aos profissionais de saúde para inovar o modelo de atenção, reorganizar os serviços, na busca de estratégias que possam prover as necessidades da população em sua integralidade. A integralidade tem se mostrado como de difícil execução e efetividade para com a população, uma vez que demanda transformações na concepção de trabalhos dos profissionais, visto que as ações curativas ainda continuam dissociadas da promoção e prevenção da saúde (SANTOS et al., 2016).

A busca pela integralidade mostra a necessidade de se repensar aspectos relevantes na organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde. A efetivação da integralidade associada às necessidades de saúde da população depende do espaço da micropolítica do trabalho em saúde e se destaca na medida em que este se torna um lugar por excelência de encontro entre os trabalhadores e usuários, assim sendo, dáse a partir das ações no cotidiano do cuidado à saúde (SANTOS et al., 2016).

Dentre as potencialidades observadas na busca pela integralidade, uma das mais legitimadas pelos trabalhadores como ferramentas de seu trabalho é o laço de afeto e amizade construídos a partir do vínculo entre trabalhadores e usuários, que se manifesta através de uma importante valorização do diálogo com a comunidade, promovendo encontros de negociação, pactos e mediação de conflitos, que compõe a rede de subjetividade das práticas em saúde (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Os mesmos autores salientam que a prática do acolhimento através da escuta qualificada e do diálogo são instrumentos importantes no cotidiano de trabalho das equipes da ESF, uma vez que os sentimentos de compromisso e vínculo estimulam a realização de práticas mais integradas, abalizadas pela intersetorialidade e interdisciplinaridade.

Por fim, Corrêa et al. (2017) salientam que os usuários devem ainda ser estimulados para uma participação coletiva no SUS que ultrapasse a participação em atividades de grupos, mas que se realize na forma de uma participação social ativa,

de modo que o mesmo participe do planejamento das ações e serviços de um determinado território a fim de buscar a prestação de uma assistência à saúde integral, equânime e com qualidade.

3.2.3 Avanços e desafios no contexto da ESF

A abrangência da ESF em todo o território nacional ultrapassou a marca de 40.000 equipes no ano de 2016, o que mostra que a ascendência do modelo em detrimento ao modelo tradicional passou a ser um consenso nacional e internacional nos últimos anos (ABRASCO, 2017).

Desde a publicação da primeira PNAB, em 2006, avanços importantes relacionados à ampliação do acesso da população e a integralidade do cuidado no âmbito da atenção básica foram observados, acarretando em resultados relevantes sobre a saúde da população (ALMEIDA et al., 2018; ABRASCO, 2017).

Almeida et al. (2018) destacam que de 2007 a 2017, ocorreu um aumento da cobertura populacional pela ESF, de 48% a 64%, além da expansão das equipes de saúde bucal (29,9% para 41,2%) e no quantitativo de ACS.

Entre diversas iniciativas importantes realizadas após a criação da ESF, a introdução dos ACS's e um crescente enfoque no empoderamento comunitário foram exemplos de inovações relevantes no sistema de saúde pública (STEIN; FERRI, 2017).

No decorrer dos anos, a formulação de políticas públicas relacionadas à ESF se embasaram na resposta aos problemas que afetaram a consolidação da estratégia, ainda que de maneira incremental. A PNAB, por exemplo, revisada em 2011, fortaleceu a centralidade da APS na rede, atualizou e ampliou as funções dos NASF's, além do que, reconheceu particularidades para a composição de equipes de acordo com as necessidades das populações (BRASIL, 2011; ALMEIDA et al., 2018).

Ações destinadas a diminuir as desigualdades no acesso de populações vulneráveis também foram implementadas, como as Equipes de Consultórios de Rua, Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, Unidades Básicas de Saúde Fluviais, Atenção à Saúde a Pessoas Privadas de Liberdade (ABRASCO, 2017).

Algumas iniciativas devem ser evidenciadas em face da sua relevância na constituição da política de APS, como o modelo de financiamento federal, com a concepção do Piso da Atenção Básica. Também devem ser destacados os

mecanismos de monitoramento e avaliação, os programas de capacitação e formação dos profissionais de saúde, como os Polos de Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família e as Residências Multiprofissionais, bem como as iniciativas de aperfeiçoamento das estruturas das unidades, por meio do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Salienta-se ainda que algumas políticas e programas contribuíram ainda para avanços importantes no que se refere ao aumento da resolubilidade na APS, como Saúde Bucal, NASF, Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, além de outras políticas intersetoriais de promoção da saúde, como o Programa Saúde na Escola e a Academia da Saúde (ABRASCO, 2017).

De modo a tornar a ESF ainda mais fortalecida e qualificada, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o PMM, que agregou as ações do Requalifica UBS (Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde), acompanhado da providência emergencial de médicos, foram ações consonantes aos princípios do SUS essenciais para a oferta da APS em regiões de difícil acesso da população aos serviços básicos de saúde (ABRASCO, 2017; ALMEIDA et al., 2018).

No entanto, ainda existem desafios no cenário da ESF que necessitam ser superados, de modo que fortaleçam a estratégia na reordenação do modelo de atenção à saúde (TAGLIARI; MURARO; FERREIRA, 2016).

O sistema de saúde brasileiro enfrenta o desafio de implantar a ESF com qualidade em um país amplo e com diversas diferenças socioeconômicas e desigualdades no acesso à atenção à saúde. O quantitativo de profissionais de saúde, como, por exemplo, os médicos de família com qualificação adequada, não são suficientes para oferecer cobertura universal em todo o país, além do que se verifica a necessidade de formulação de contratos de trabalho que assegurem maior estabilidade e fortaleçam o vínculo entre os profissionais e a população (TAGLIARI; MURARO; FERREIRA, 2016; STEIN; FERRI, 2017).

Corroborando com os autores supracitados, os resultados da pesquisa de Pedraza et al. (2018) mostram dificuldades e insatisfação dos profissionais da ESF com as condições de trabalho, que incluem unidades de saúde com estruturas precárias, além dos vínculos trabalhistas permeados por insegurança, falta de solidariedade e pouco reconhecimento.

Para Batista et al. (2017, p. 273):

A fragilidade e fragmentação na formação permanente dos trabalhadores de saúde, a superação de uma lógica de cuidado organizada por identidades profissionais rígidas e focada em procedimentos e na produtividade são desafios na produção de um cuidado compartilhado, interdisciplinar e integral.

Nesta perspectiva, o estudo do processo de trabalho e os mecanismos de enfrentamento reiteram as dificuldades enfrentadas na expansão da atenção básica no Brasil, principalmente no que se refere à infraestrutura precária das unidades, ao desafio do trabalho em equipe na concepção da interprofissionalidade e ainda ao nó crítico nas redes de atenção, com seus pontos enfraquecidos ou rompidos (PERUZZO et al., 2018).

Apesar da introdução do ACS ter sido considerada um avanço na conjuntura da ESF, Riquinho et al. (2018) salientam que o papel desenvolvido por esses profissionais no desempenho de suas funções, principalmente nas ações de educação e de acompanhamento das condições de saúde, tem sido questionado pelos próprios profissionais, uma vez que relatam que permanecem mais tempo no interior do serviço de saúde no desenvolvimento de atividades burocráticas, descaracterizando o que entendem como o centro de suas ações: a interação com a população do território.

Para Almeida (2018), os desafios também se dão em decorrência dos constrangimentos impostos pelo financiamento federal, incapaz de assegurar uma alocação suficiente de recursos a fim de atender de forma equânime às necessidades em saúde prioritárias, além da insuficiência de médicos, solucionada parcialmente pelo PMM.

Neste cenário, observa-se que os investimentos na APS ainda são insuficientes, o que denota a necessidade de outras iniciativas que assegurem o fortalecimento dos princípios do SUS de acesso universal, atenção integral e equidade na atenção à saúde na APS no Brasil (STEIN; FERRI, 2017).

Santos, Mishima e Merhy (2018) complementam que, embora a ESF seja uma ferramenta importante e mobilizadora de mudanças que ainda possui desafios a serem superados, esta deve ser vista como campo de possibilidades, de modo que a integralidade seja respeitada como princípio privilegiado para reorganização das práticas e reversão do modelo.

3.3 Avaliação da Qualidade da Atenção Primária à Saúde

O crescente interesse na avaliação das potencialidades e lacunas da APS nos últimos 30 anos tem contribuído para o desenvolvimento do SUS e da ESF a fim de

produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade, por meio do uso de modelos conceituais e metodológicos com critérios bem estabelecidos e reconhecidos internacionalmente (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Apesar de a avaliação ser percebida como imprescindível para a qualidade da oferta de serviços, ainda existem grandes desafios para a realização desta. Entre esses conflitos, sobressaem-se diferenças ideológicas, a influência da subjetividade dos diversos avaliadores envolvidos, o problema na determinação de parâmetros/indicadores de qualidade em saúde e as dificuldades na definição dos elementos do cuidado, métodos e fontes apropriadas (DONABEDIAN, 2005; STARFIELD; SHI, 2009).

Na diversidade de formulações conceituais e metodológicas para avaliação em saúde, Donabedian (2005), defende o modelo de avaliação de três dimensões: estrutura, processo e resultados. A estrutura (capacidade) define os recursos organizativos da atenção à saúde, as instalações físicas, equipamentos, material de consumo/insumos, modalidades de financiamento e o perfil de qualificação dos recursos humanos. Já a dimensão do processo (desempenho) concentra seu foco nas fases de trabalho para a execução do cuidado ofertado, assim como a percepção do usuário sobre a qualidade do cuidado recebido. Por fim, o aspecto dos resultados (concretização das dimensões de estrutura e do processo), em que são avaliados os influxos da assistência prestada sobre o real estado de saúde dos usuários: a satisfação das pessoas e a mudança de comportamento, dentre outros (DONABEDIAN, 2005; STARFIELD; SHI, 2009). Cada um desses dados possui aspectos diferentes do processo avaliativo, alterados conforme o tempo e o lugar em que se encontram.

O uso da tríade estrutura, processo e resultado para avaliar os serviços de saúde se expandiu em todo o mundo após a Conferência Internacional sobre a APS, realizada em 1978, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Convocada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, a Conferência impetrou, aos governos, esforços na busca da promoção de saúde aos povos do mundo. A Conferência ainda produziu o consenso de que a APS universal, integral e equitativa era o modelo de atenção qualificado para alcançar um nível de saúde que admitisse à população mundial levar uma vida social e economicamente ativa (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Estudos mostram que o monitoramento e avaliação da situação do serviço de saúde e seus impactos nas doenças e agravos são instrumentos importantes na busca pela melhoria da assistência à saúde, com reflexos na diminuição da superlotação das unidades de saúde, no aumento da resolutividade, na diminuição das desigualdades, além de fornecer aos gestores elementos para o planejamento em curto e longo prazo e ajudar na tomada de decisão (SOUSA et al., 2016; CARNEIRO et al., 2018).

Assim, em um país com grande dimensão continental como o Brasil, a avaliação ordenada da qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população atendida pelo SUS, compreendendo os díspares aspectos da atenção, configura-se como um importante desafio para os gestores (OLIVEIRA et al., 2013).

Tanaka (2011) descreve a avaliação da APS como um processo técnico-administrativo relacionado à tomada de decisão, que envolve medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão. Segundo o autor, o juízo de valor dado no processo de avaliação permitirá a tomada de decisão com a finalidade de transformar esse nível de serviço na porta de entrada de uma rede de atenção.

Nessa perspectiva, a avaliação configura-se como um instrumento político na busca de poder para modificar/influenciar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde, o que requer mapeamento de qual(is) interessado(s) detém(êm) poder para tomar decisão. Tal exercício dessa capacidade é influenciado pelo contexto e organização do processo de trabalho, na execução das atividades, como na gestão da rede de atenção (TANAKA, 2011).

No Brasil, estudos tem impulsionado o conhecimento sobre a APS, como as abordagens sobre a qualidade dos serviços de saúde. Definir qualidade do cuidado configura-se como tarefa complexa e essencial para a avaliação das políticas e intervenções em APS. Entretanto, pesquisas associadas à implantação de políticas ainda tropeçam em barreiras que relacionam a falta de consensos sobre definições, modelos conceituais e dimensões de análise, bem como a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação dos resultados (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Assim, o desenvolvimento da fundamentação teórica e metodológica, de critérios e indicadores para monitorar e avaliar a qualidade da APS necessitam da padronização de instrumentos, da identificação de áreas que precisam de maior atenção ou a necessidade de revisão de protocolos e de reorganização do serviço (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Neste cenário, tem-se buscado instrumentos de avaliação que permitam a identificação de pontos que devem ser revistos e aprimorados pelos gestores de saúde.

No Brasil, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em 2011, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS com a ideia de indução de ciclos de melhoria da qualidade a cada dois anos: 1º ciclo (2011/2012), 2º ciclo (2013/2014) e 3º ciclo (2015/2018) (BRASIL, 2015).

O PMAQ-AB é organizado nas seguintes fases: adesão voluntária dos gestores municipais de saúde e contratualização das equipes; Avaliação Externa (AE), e certificação; e recontratualização. Inclui ainda o eixo 'desenvolvimento', que, a partir do 3º ciclo, passou a ser transversal, já que compreende a autoavaliação, apoio institucional, monitoramento, educação permanente e cooperação horizontal entre as equipes. A AE é realizada por experts provenientes de Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP), consideradas nucleadoras, responsáveis por selecionar e capacitar as equipes de trabalho de campo, compostas por coordenador, supervisores e entrevistadores. Nessa etapa, os entrevistadores, in loco, aplicam os instrumentos de AE com os profissionais das equipes de Atenção Básica e usuários. A AE corresponde a 60% das metas para certificação, somadas aos 10% atribuídos para implementação de processos autoavaliativos e aos 30% para avaliação dos indicadores contratualizados. Em face dos resultados com a soma dos percentuais dos três momentos avaliativos, as equipes são certificadas de acordo com o seu desempenho em: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. Posteriormente à certificação, ocorrerá o repasse de recursos financeiros aos gestores municipais por parte do MS (BRASIL, 2015).

A inovação da gestão da APS brasileira introduzida pelo PMAQ-AB pode ser observada pela avaliação de padrões de qualidade que suscitam na certificação e pagamento por desempenho. Tal incentivo financeiro já foram utilizados em outros países, como Austrália e Reino Unido, conjuntos ou não a outros incentivos (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; UCHÔA et al., 2018).

Com o PMAQ-AB, ainda se observa a inovação na avaliação com o uso extensivo de Tecnologia da Informação (TI) (UCHÔA et al., 2018). Especialmente quando usada para fins de coleta de dados em todo o território nacional por meio de questionário eletrônico disponibilizado em tablets com envio on-line para o Sistema

de Gestão da Avaliação Externa do PMAQ-AB, os dados podem ser armazenados, validados, disponibilizados para Gestores, universidades e comunidade. Tal sistema representa uma novidade do 3º ciclo do PMAQ-AB que mostra o acompanhamento, em tempo real, do trabalho de campo da AE, que mostra que até agosto de 2018, já haviam sido avaliadas 38.865 Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

No entanto, apesar de toda a inovação descrita na literatura com a criação do PMAQ-AB, limitações ainda são descritas no programa na avaliação da APS. Segundo Bezerra e Medeiros (2018), a análise das subdimensões propostas pelo PMAQ-AB, com as diretrizes e os princípios do campo Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (GTES), mostra aproximações, entretanto, concepções limitadas ou ausência de inclusão de importantes categorias presentes na política do trabalho e da educação na saúde são verificadas. Convergências nas categorias relacionadas a avaliação da precarização do trabalho e valorização do trabalhador, como Plano de Cargos, Carreiras e Salários e formas de remuneração variável são observadas. Além disso, os autores descrevem uma concepção estreita relacionada à Educação Permanente em Saúde (EPS) relacionada à incorporação do conceito de EPS pelo trabalhador e nos aspectos metodológicos dos tipos de ações, descritas no instrumento.

Souza et al. (2017), em seu estudo que objetivou analisar a qualidade das variáveis do PMAQ-AB na avaliação da coordenação na atenção básica do cuidado, verificou limitações na avaliação associada ao cuidado na generalização dos resultados, uma vez que o número de equipes participantes no primeiro ciclo do PMAQ-AB foi controlado e a adesão voluntária, o que sugere a seleção de equipes mais comprometidas com o processo de trabalho. Verificou-se ainda que a própria vinculação da certificação das equipes ao repasse financeiro pode estar atrelada a vieses nas respostas. Além disso, os autores descrevem que há falta na literatura de uma definição consensual para melhor compreensão do atributo coordenação. Os autores ainda destacam que a formatação das questões do PMAQ-AB dificulta a ordenação das categorias de respostas.

Neste cenário, autores descrevem que apesar da criação de diversos modelos conceituais para avaliar a qualidade da atenção à saúde, na percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores, como o PMAQ-AB, poucos permitem a vasta avaliação dos atributos que definem a APS na perspectiva da população (Acesso de

Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) (HAUSER et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; FRACOLLI et al., 2015).

De acordo com Starfield (2002), a APS requer maior abrangência da avaliação, relativamente às três dimensões de Donabedian (2005), ou seja, estrutura, processo e resultados. Por isso, passa da simples avaliação da satisfação do usuário para uma mensuração mais abrangente, envolvendo os sete atributos da APS (FIGUEIREDO et al., 2013).

Outra forma de avaliação da APS defendida pelos autores para avaliação da APS é o uso do instrumento de pesquisa Primary Care Assessment Tool (PCATool), validado no Brasil por Harzheim et al. (2006) na sua versão infantil e em 2013 para a aplicação em adultos, a partir do instrumento criado por Starfield (1992). A possibilidade trazida por este instrumento considera a triangulação de análises, na medida em que o mesmo questionário tem "perguntas-espelho" para profissionais da saúde, usuários e gestores, para os recortes de avaliação dos cuidados de crianças e de adultos. No ano de 2014, a *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* (UFRGS), em parceria com a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, desenvolveu a maior pesquisa de campo com amostra estatística de cerca de 7.000 usuários com o instrumento PCATool para avaliar a qualidade da APS (BRASIL, 2010; HARZHEIM; HAUSER; PINTO, 2015).

Desde então, estudos têm mostrado que para avaliar a Saúde da Família brasileira, o instrumento que melhor se aproxima da proposta da ESF, conforme propõe a PNAB, é o PCATool, uma vez que preenche a carecida lacuna relacionada à mensuração das interações no contexto da APS no país, acarretando na medida de base individual sobre a estrutura e, sobretudo, o processo de atenção em APS (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al., 2013; FRACOLLI et al., 2015).

Segundo Hauser et al. (2013) e Harzheim et al. (2013), o PCATool Brasil é um instrumento que permite identificar, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados na APS, bem como proporciona o desenvolvimento de estudos comparativos entre as distintas unidades, uma vez que possui adequada validade e confiabilidade.

Para Harzheim et al. (2013) o PCATool pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno, destinado a avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos usuários adultos dos serviços de APS no Brasil, consolidando-se

como um importante instrumento para avaliar serviços de saúde, auxiliando os gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS.

3.3.1 Primary Care Assessment Tool (PCATool)

O PCAtool, originalmente, criado e validado por Starfield, mensura a presença e a extensão dos atributos da APS, além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde (HARZHEIM et al., 2013).

Tal instrumento foi traduzido e adaptado em vários países, com distintos sistemas de saúde, como Brasil, Espanha, Canadá, Coreia do Sul, Hong Kong e Argentina, em processo de tradução e adaptação em Porto Rico e no Uruguai, além de estar sendo utilizado na Nova Zelândia e em Taiwan. As versões usadas na Espanha, na Coreia do Sul e no Brasil foram validadas com certas variações na metodologia adotada, enquanto os resultados foram adaptados, respeitando a estrutura multidimensional da versão original e a unidimensionalidade para a diminuição do instrumento (HAUSER et al., 2013).

Versões originais para usuários crianças e adultos foram validadas nos Estados Unidos (HAUSER et al., 2013).

Da validação deste instrumento nos Estados Unidos, derivou um conjunto de 92 itens associados à confiabilidade e a validade suficientes para medir aspectos de estrutura e processo da Orientação à APS. Em todos os trabalhos de validação do PCATool, a metodologia utilizada foi a Teoria Clássica de Teste (TCT), bem como nas versões originais da autora do instrumento (HAUSER et al., 2013).

No âmbito global, verifica-se que pesquisadores de vários países trabalharam na adaptação e validação de versões do PCATool apropriadas aos seus contextos sociossanitários, com crescente uso do instrumento em diversas partes do mundo (D'ÁVILA et al., 2017).

Para adaptação do PCATool à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi modificada em uma ferramenta aplicável através de entrevistadores, sendo submetido a um processo de tradução e de tradução reversa, adaptação, debriefing e validação de conteúdo e de construto, bem como análise de confiabilidade (BRASIL, 2010).

A partir daí, o PCATool-Brasil passou a ser um instrumento validado para avaliar a qualidade da APS por meio de questões que aferem a presença e a extensão de seus atributos definidores, sendo estes: Acesso de Primeiro Contato,

Longitudinalidade, Coordenação, Integralidade, Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Tais atributos podem ser avaliados de forma individual, por meio da determinação do escore do atributo, ou de modo conjunto, através da determinação do grau de orientação à APS (Escore Geral da APS) (BRASIL, 2010).

Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é composto por um componente conexo à estrutura e outro ao processo de atenção, como, por exemplo, o atributo acesso de primeiro contato constituído pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo) (BRASIL, 2010).

O PCATool-Brasil possui quatro versões, podendo ser respondido: por um responsável pelas crianças usuárias de um serviço (*Child Consumer*); por usuários adultos (*Adult Consumer*); por profissionais de saúde (*Provider Survey*); e por gestores (*Facility Survey*) (HAUSER et al., 2013).

A primeira validação do PCATool, realizada no Brasil em 2004, foi a versão infantil, a ser aplicada aos cuidadores da população menor de dois anos de idade que frequentava os serviços da APS da região sul de Porto Alegre - RS, que resultou em um instrumento com 45 itens que contemplava os atributos essenciais e derivados. Após uma revisão dessa validação em 2010, uma nova versão mais abrangente foi desenvolvida, sendo composta por 55 itens (HARZHEIM et al., 2013; HAUSER et al., 2013).

Para utilização do PCATool com usuários adultos, um estudo de validação foi realizado entre os anos de 2006-2007, também na rede de serviços de Porto Alegre, que originou um instrumento composto de 86 itens, que demonstrou resultados de confiabilidade e de validade semelhantes ao encontrando na validação realizada nos Estados Unidos, mostrando ser uma ferramenta apropriada para captar a orientação à APS (HARZHEIM et al., 2013; HAUSER et al., 2013).

Outra adaptação foi realizada por Almeida e Macinko, em Petrópolis, Rio de Janeiro, e derivou a validação das versões usuários crianças, usuários adultos e profissionais de saúde (HAUSER et al., 2013).

Para profissionais de saúde, é habitual o uso de uma versão como espelho da versão para usuários adultos validada, de modo que aos itens presentes na versão usuários adultos validada sejam acrescidos alguns itens da versão para usuários crianças (HAUSER et al., 2013).

A expansão no uso do instrumento PCATool, por diversos pesquisadores, tem sido observada no Brasil como recurso para avaliação da APS, na percepção dos

usuários responsáveis por crianças, adultos, profissionais da saúde e gestores, em locais de diferentes portes populacionais. Seu uso pode ser combinado e complementado, por vezes, por ferramentas como: desfechos clínicos, questionários/protocolos na área da saúde (D'ÁVILA et al., 2017).

3.3.2 PCATool-Brasil: versão usuários adultos

No Brasil, o PCATool versão para usuários adultos foi validada por Harzheim et al. (2013), que identificaram que o PCATool-Brasil possui adequada validade e fidedignidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da APS para usuários adultos.

Originalmente, o instrumento a ser respondido por usuários adultos é composto por 92 itens, divididos em sete atributos da APS com escala Likert variando de '1 = com certeza não' a '4 = com certeza sim'. A partir da média das respostas dos itens que compõem o atributo, é aceitável obter-se um escore para cada atributo e também o Escore Essencial e o Escore Geral de APS (HARZHEIM et al., 2013).

No Brasil, a versão validada do PCATool Adulto é formada por 87 itens, divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS (BRASIL, 2010):

- 1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde: constituído por 3 itens;
- 2. Acesso de Primeiro Contato Utilização: constituído por 3 itens;
- 3. Acesso de Primeiro Contato Acessibilidade: constituído por 12 itens;
- 4. Longitudinalidade: constituída por 14 itens;
- 5. Coordenação Integração de Cuidados: constituído por 8 itens;
- 6. Coordenação Sistema de Informações: constituído por 3 itens;
- 7. Integralidade Serviços Disponíveis: constituído por 22 itens;
- Integralidade Serviços Prestados: constituído por 13 itens para mulheres e
 itens para homens;
 - 9. Orientação Familiar: constituído por 3 itens;
 - 10. Orientação Comunitária: constituída por 6 itens;

Os itens do componente "Coordenação - Sistema de Informações", embora não houvessem atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, em face da sua importância conceitual foram mantidos no PCATool Brasil versão Adulto (BRASIL, 2010).

O questionário é aplicado em uma escala Likert, em que o grau de concordância (concordar totalmente a discordar totalmente) origina pontos de 1 a 4. A média entre as perguntas que compõem o atributo demonstra o escore do atributo, de modo que este é transformado em base decimal. A média dos 8 primeiros escores representa o escore essencial individual de APS e a média de todos os 10 escores, o escore geral individual de APS. A média entre todos os escores individuais determina os escores dos serviços por atributo, seu escore essencial e geral. Consideram-se os serviços de alto escore aqueles que alcançarem valor de escore geral maior que 6,6 (BRUNELLI et al., 2016).

O PCATool-Brasil possui ainda uma versão reduzida, validada para usuários, composta por 23 itens que admitem produzir exclusivamente o Escore Geral da APS. A versão reduzida do PCATool- Adulto- Brasil contempla os atributos essenciais e derivados da APS, tais como: Afiliação, Utilização, Acesso – Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Sistema de Informações, Integralidade – Serviços Disponíveis e Prestados, Enfoque Familiar e Orientação Comunitária. Tal instrumento, no estudo de Oliveira et al. (2013), mostrou a aplicabilidade do segurança dos serviços de APS (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

Harzheim et al. (2013), em seus estudos, consideraram a aplicação do PCATool-Brasil versão adultos suficiente para captar os principais atributos da APS, com medidas de fidedignidade aceitáveis, em face da realidade na qual o instrumento foi aplicado.

Em 2014, Harzheim et al. (2016) realizaram uma pesquisa no Rio de Janeiro, com uma amostra de 6.675 usuários adultos e cuidadores de crianças usuárias dos serviços de APS do Rio de Janeiro, com um total de 3.530 adultos que participaram do estudo. A pesquisa mostrou que, para os adultos, os resultados obtidos para o escore médio essencial e o escore médio geral, apresentaram valores próximos de 6,0, ou seja, abaixo do valor de 6,6 que indicaria uma boa qualidade geral da APS.

Pinto et al. (2017) realizaram um estudo no bairro da Rocinha, no Rio de janeiro, a fim de avaliar a extensão dos atributos da APS, comparando a área atendida pelas unidades de saúde do bairro da Rocinha com as demais áreas do distrito sanitário do Rio de Janeiro através do uso do PCATool. O bairro da Rocinha contava com uma população-residente de 70.000 habitantes, sendo maior do que aquela de 92% dos municípios brasileiros, considerando ainda a grande mobilidade interna existente

entre famílias que passam a morar com parentes no bairro a cada ano, aumentando ainda mais a população flutuante que usa os serviços de saúde no local. Os resultados da pesquisa relacionados ao uso do PCATool versão para adultos mostraram que a "orientação comunitária" foi a melhor avaliada, como também os atributos acesso e longitudinalidade, que obtiveram desempenho superior. O escore médio obtido de 7,32 [IC: 6,88; 7,75] entre os itens que compõem a "longitudinalidade", mostraram uma boa qualidade da APS no acompanhamento de pessoas adultas, principalmente entre as doenças crônicas mais prevalentes: como a hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Rodrigues et al. (2019) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a presença e extensão do atributo "Orientação Comunitária" da APS, na perspectiva dos usuários adultos dos serviços de saúde do Município de Juazeiro do Norte-CE, por meio do uso do instrumento PCATool- Brasil, versão para adultos. A avaliação do atributo foi negativa, sugerindo fragilidade na integração dos serviços com a comunidade, bem como a necessidade da promoção de discussão entre os agentes a fim de descrever medidas de intervenção e melhoria dos escores.

Para Rech et al. (2018), novas pesquisas ainda são relevantes para avaliar elementos de estrutura (qualidade técnica dos profissionais, equipamentos disponíveis, entre outros) e processo (analisando os componentes do PCATool-Brasil com sua versão expandida) que possam influenciar na qualidade da APS brasileira.

3.4. O Programa Mais Médicos

3.4.1 Programa Mais Médicos: origem e objetivos

Há mais de três décadas desde a sua criação, o SUS encara, nos últimos anos, o desafio de expandir a APS e, por conseguinte, o seu quadro de trabalhadores. Neste cenário, um dos maiores problemas encontrados é a deficiência de médicos nas unidades de saúde (FARIAS et al., 2018).

O número de médicos por habitante, no Brasil, é inferior quando comparado a outros países com sistemas universais de saúde: enquanto há 1,8 médicos para cada 1.000 habitantes no Brasil, há 3,2 médicos/1000 hab. na Argentina e 3,7 médicos/1000 hab. no Uruguai. Os dados mostram que, para o atendimento das necessidades de saúde da população e funcionamento adequado do SUS, essa relação deveria ser de 2,7/1000 hab. Ainda percebem-se grandes desigualdades entre as regiões brasileiras,

uma vez que a distribuição dos médicos pelo território nacional é díspar em relação às cinco regiões do país (FARIAS et al., 2018; KEMPER et al., 2018).

Estudos mostram ainda que a carência de médicos nas unidades de saúde colabora para a baixa valorização da APS, levando os usuários a buscarem respostas às suas demandas em serviços de pronto-atendimento, nos quais têm, como foco, o atendimento por queixa-conduta. Além do que, a falta de médicos é uma das principais causas que acarretam na adesão a um plano de saúde suplementar (FARIA et al., 2018; KEMPER et al., 2018).

A insuficiência de médicos na APS, sobretudo, nas comunidades distantes e vulneráveis foi sobressaltada em janeiro de 2013, na campanha "Cadê o médico?", realizada pela Frente Nacional de Prefeitos. Como resposta aos prefeitos e as manifestações nas ruas, foi instituído o PMM pelo Governo Federal (BRASIL, 2013; FARIAS et al., 2018).

Em julho de 2013, foi publicada a medida provisória que institui o PMM, envolvendo três esferas de atuação: autorização do funcionamento dos cursos particulares de medicina a ser realizado através de chamamento público; formação acadêmica do médico que deverá contar obrigatoriamente com um segundo ciclo de formação peculiar na APS; e o fornecimento de médicos por meio de edital, o qual permite a inscrição de médicos brasileiros e estrangeiros, bem como a cooperação internacional (BRASIL, 2013).

Em outubro do mesmo ano, a medida provisória foi decomposta em lei e regulamentada no que se refere à formação médica com algumas modificações: a exigência do cumprimento de 30% da carga horária dos dois anos do estágio supervisionado na APS e serviços de urgência do SUS; o suprimento de vagas em programas de residência médica anualmente, equivalente ao número de egressos da graduação em medicina do ano anterior; torna-se ainda indispensável a conclusão do primeiro ano de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) para ingresso nas residências de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral, Medicina Preventiva e Psiquiatria; além da necessidade de um ou dois anos (dependendo da regulamentação da Comissão Nacional de Residência Médica) conclusos no Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) para ingresso nas outras residências médicas, com exceção daquelas com acesso direto (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Nesta conjuntura, o MS destaca que o PMM configura-se como fruto de esforços do Governo Federal brasileiro e da participação de estados e municípios na busca pela ampliação da qualidade da assistência à saúde à população pelo SUS, visando fortalecer a APS no país. Tem como frentes de atuação o provimento emergencial de médicos no país, a educação e a infraestrutura (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015; STEIN; FERRI, 2017; CARNEIRO et al., 2018; KEMPER et al., 2018).

Tal programa abastece, prioritariamente, as regiões com vulnerabilidade socioeconômica e de difícil acesso para os profissionais médicos. Ademais, ainda tem como objetivos investir na infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA); reorganizar e ampliar a formação acadêmica do profissional médico, em parceria com Ministério da Educação (MEC), com a criação de novas vagas nos cursos de medicina e de especializações, relacionadas com demandas do SUS, especialmente associadas à medicina de família (BRASIL, 2013; STEIN; FERRI, 2017; CARNEIRO et al., 2018; KEMPER et al., 2018).

O perfil dos profissionais integrantes do programa é de médicos graduados em instituição de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no Brasil, bem como médicos intercambistas, sendo que os últimos podem ser profissionais graduados em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior (acesso por chamada pública de adesão) ou aqueles formados em instituição de educação superior estrangeira com habilitação para exercício da Medicina no exterior (acesso por cooperação internacional) (BRASIL, 2017).

No primeiro ano do programa, houve adesão de 1.834 médicos formados em instituições brasileiras, com cadastro no Conselho Federal de Medicina (CFM). As demais vagas foram ocupadas por 1.184 intercambistas individuais (médicos estrangeiros e brasileiros graduados em instituições estrangeiras, sem revalidação nacional do diploma) e por 11.150 médicos cooperados oriundos de Cuba, por meio de cooperação internacional entre MS e Organização Pan-Americana da Saúde/OMS (OPAS/OMS) (BRASIL, 2013; OLIVEIRA; SANCHEZ; SANTOS, 2018). No ano 2016, haviam 15.205 médicos ativos no PMM, dos quais 4.561 brasileiros vinculados ao CFM, 1.790 intercambistas individuais e 8.854 cooperados provenientes de Cuba (BRASIL, 2018).

Para a seleção dos profissionais em face das vagas ofertadas, obedece-se a seguinte ordem de prioridade: médicos graduados em instituições de educação

superior brasileiras ou com diploma revalidado no País, incluindo os aposentados; médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior; ou médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior por meio de cooperação internacional (BRASIL, 2017).

A participação do médico estrangeiro no Programa é possível apenas se habilitado para o exercício da Medicina em país que com relação estatística médico/habitante igual ou superior a 1,8/1000 hab., segundo Estatística Mundial de Saúde da OMS. Tal restrição visa assegurar o não agravamento da carência de profissionais médicos em outros países também desassistidos, conforme recomendações do Código Global de Práticas para Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde da OMS (BRASIL, 2017).

Neste contexto, observa-se que o PMM pode ser avaliado como uma "mola propulsora" para a ampliação da APS no SUS. Mesmo que o eixo provimento emergencial seja em caráter provisório, deixa-se o legado de que investir em APS, especialmente na ESF por meio do estabelecimento de equipes completas, com médico de família e comunidade, é um dos caminhos para se fortalecer a APS no sistema de saúde (KEMPER et al., 2018).

3.4.2 Repercussão do Programa Mais Médicos no Brasil

O MS destaca que o PMM foi fundamental para a ampliação do acesso, cobertura e oferta de ações de saúde na Atenção Básica, especialmente, na ESF, além do que foi responsável pela melhoria da saúde da população mensurada por indicadores de saúde e pela redução de internações das internações hospitalares por condições sensíveis à APS, bem como pelo aumento da satisfação e aprovação dos usuários, médicos e gestores (BRASIL, 2017).

Segundo o MS, 72,8% dos municípios brasileiros foram atendidos pelo programa, beneficiando mais de 63 milhões de brasileiros (BRASIL, 2017).

Ressalta-se ainda o estímulo à reestruturação na formação médica, ao mesmo passo em que valoriza a especialidade de MFC, desafia os programas de residência da área para a adequação de seus programas às especificidades exigidas pela Comissão Nacional de Residência Médica, permitindo um número maior de médicos residentes. Ressalta-se, ainda, a necessidade de uma maior articulação entre o

ensino e o serviço para o alcance das metas associadas à formação acadêmica do profissional médico. (FERREIRA; CUNHA; DIAS, 2018).

No entanto, autores enfatizam que o PMM é uma política que enfrenta de modo parcial os desafios de reordenar a formação e a atuação médica, com a perspectiva de atuar em área de elevada vulnerabilidade que proporciona fragilidades de acesso para o profissional médico (MOLINA; TASCA; SUÁREZ, 2016).

Outro desafio a ser destacado é que o PMM proporciona o suprimento de médicos na APS, mas esbarra em limitações de estrutura locais e da rede de atenção que podem reduzir o potencial de eficiência e resolutividade das atividades dos médicos de família e comunidade. Os resultados da pesquisa de Giovanella et al. (2016) mostram uma heterogeneidade na estrutura ao estudar 38.812 unidades de saúde no país, nas quais apenas 4,8% apresentavam todas as dimensões necessárias para um bom funcionamento, enquanto 44,1% não tinham equipamentos e insumos básicos suficientes para atender a população.

Ainda se tem que enfrentar a repercussão, muitas vezes, contrárias ao PMM na mídia. Para Silva et al. (2018), em uma análise das notícias sobre programa, a implantação do PMM determinou posicionamentos a favor e contrários por parte de diversas entidades, tornando-se uma polêmica que envolveu instituições governamentais, como o MS e o Ministério da Educação, que se mostraram favoráveis ao Programa, e as entidades médicas e outras que expressaram pontos de vista diferentes.

Para Farias et al. (2018), a imprensa brasileira critica demasiadamente as iniciativas governamentais. No entanto, considera que sobre o PMM, em sua maioria, as notícias veiculadas nos meios de comunicação foram favoráveis ou de cunho neutro ao PMM.

Um exemplo disso foi uma notícia publicada no jornal 'O Globo', que reconhece a iniciativa como propulsora de melhorias para a saúde, contudo, expõe o posicionamento contrário ao PMM por parte da classe médica (SILVA et al., 2018).

Os mesmos autores salientam que o PMM contraria os interesses da classe médica, demonstrando, deste modo, a manutenção dos interesses coorporativos de uma categoria profissional pouco compromissada com o sistema público de saúde, contrariando os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e do SUS.

3.4.3 O Programa Mais Médicos e a cobertura universal

A cobertura universal em saúde pode ser compreendida como uma meta que engloba distintas medidas estruturais que proporcionam aos sistemas de saúde expandir o acesso e implementar serviços capazes de responder às necessidades em saúde da população com qualidade, equidade e resolutividade. Com a cobertura universal, espera-se alcançar melhorias nas situações de saúde e, como resultado, promover o desenvolvimento humano, diminuir a pobreza e as desigualdades, bem como melhorar a qualidade de vida da população (KEMPER et al., 2018).

No SUS, a universalidade do acesso e a prestação de uma assistência à saúde de qualidade são desafios enfrentados pelos serviços de saúde, visto que estes buscam por ferramentas e políticas a fim de superar esse entrave e responder às necessidades da população, assegurando a integralidade. A universalização da oferta da atenção à saúde no âmbito do SUS, assim sendo, impõe ao Estado brasileiro o desafio de desenvolver ferramentas para a solução de tal questão (SILVA et al., 2018).

Como um incremento às intervenções positivas na APS para alcançar a cobertura universal, em meados de 2013, foi implantado o PMM, com proposto de minimizar os problemas relacionados à assistência à saúde da população brasileira, bem como suprir a necessidade médica no país (BRASIL, 2015; MELO, 2016).

O PMM foi considerado uma medida executiva a fim de aumentar a universalidade da assistência à população, especialmente nas populações prioritárias e, até o momento, totalmente desassistidas. Por conseguinte, tal programa tem como intento reduzir os indicadores de internações na rede de média e alta complexidade, de tal modo que ofereça uma maior cobertura de assistência através do aumento do número de equipes de ESF com a presença do profissional médico (MELO, 2016).

Segundo o MS, após a implantação do programa, 700 municípios localizados em áreas afastadas do Brasil passaram a ter médico para atendimento na APS, com residência no município, pela primeira vez na história (BRASIL, 2017).

Autores destacam que um dos caminhos para atingir a cobertura universal é qualificação da APS, que ofereça acesso oportuno a todas as pessoas aos bens e serviços de saúde, de forma equânime e que atenda às necessidades em saúde. Para tal, compreende-se a coordenação do acesso a cuidados integrais, que abrange essencialmente a presença de médicos na equipe multidisciplinar (MELO, 2016).

Kemper et al. (2018) ainda ressaltam que a APS é o melhor caminho para universalizar o acesso com atenção integral e coordenada, além de organizar o sistema com base nas necessidades em saúde por estar mais próxima da população, implantada nas comunidades e com a maior competência para entender e pactuar as necessidades em saúde, com mais resolutividade e, deste modo, levando maior satisfação aos usuários e respondendo aos aspectos organizacionais do sistema.

Nascimento Filho e Rocha (2018), em sua pesquisa, evidenciaram que a interiorização do profissional médico, através do PMM, foi essencial para que os fluxos de mobilização e de transformação fossem criados na saúde do município estudado, acarretando profundas transformações sociais.

Já Kemper et al. (2018), corroborando com os autores supracitados, em seu estudo, identificaram práticas inovadoras, alterações nos processos de trabalho e troca de conhecimentos/experiências entre os médicos do PMM e as equipes de saúde na produção do cuidado, colaborando para o aprimoramento das práticas e formação em serviço, com destaque para a prática do cuidado integral e da longitudinalidade.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo avaliativo, descritivo, de inquérito com base populacional representativa da população adulta, com 18 anos ou mais, adstrita às ESF's, do município de Passos, MG.

Nesse tipo de delineamento epidemiológico, os indivíduos são selecionados a partir de uma população de estudo, segundo critérios de amostragem (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Estudos com esse tipo de delineamento metodológico são de grande valia para a saúde pública, uma vez que possibilitam a obtenção de diversos aspectos relacionados ao estado de saúde da população, demanda e utilização de serviços de saúde (CAMPOS, 1993).

Nesse contexto, estudos descritivos, de inquérito são considerados uma das melhores maneiras de se avaliar programas e políticas de saúde, já que revelam um conjunto de informações que muitas vezes não são obtidas a partir de sistemas de informação, registros dos serviços e instituições de saúde (CÉSAR; TANAKA, 1996). Ademais, os sistemas de informação em saúde sofrem limitações como, por exemplo, o desconhecimento de informações referentes àqueles que não procuram os serviços de saúde (VIACAVA; DACHS; TRAVASSOS, 2006).

Ainda, os estudos de inquérito permitem realizar comparações após mudanças de políticas de saúde ou avaliar o impacto de uma intervenção em saúde, como é o caso deste estudo, que objetiva avaliar a qualidade das ESF's, a partir da implantação do PMM, especialmente por meio da participação ou não dos médicos, no PMM (CAMPOS, 1993).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no município de Passos, MG, localiza-se na Mesorregião Sul/Sudoeste do estado de Minas Gerais, distante 345 quilômetros da capital do Estado (Belo Horizonte), limita-se com os municípios de Delfinópolis, São João Batista do Glória, Alpinópolis, Bom Jesus da Penha, Jacuí, Fortaleza de Minas, Cássia e Itaú de Minas. É o principal núcleo urbano da região.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Passos possui população de 113.807 habitantes, sendo a maior parte 89,5% residentes na zona urbana, e apenas 10,5% na zona rural. É município polo da região de saúde e sede da Superintendência Regional de Saúde (IBGE, 2019a).

O município de Passos adquiriu a posição de centro de serviços. É sede de instituições públicas como a Polícia Militar, Departamento de Estrada e Rodagem (DER), Superintendência Regional de Ensino, Gerência Regional de Saúde (GRS), Centro Regional do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia, Ordem dos Advogados do Brasil, entre outros. Dentre as atividades econômicas do município, destacam-se o setor agropecuário e industrial.



Figura 1 - Mapa da região de Passos, MG, 2018. **Fonte:** Wikimedia Commons (2019).

Passos é o município polo da Região de Saúde PASSOS/PIUMHI, sede de Superintendência Regional de Saúde e pertence à Região Ampliada de Saúde SUL (MINAS GERAIS, 2011).



Figura 2 - Mapa da região de saúde PASSOS/PIUMHI, MG, 2018. **Fonte:** SES/MG, 2019.

Quanto à gestão de saúde, está habilitado na modalidade de Gestão Estadual, segundo o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). Em relação à estrutura e organização dos seus serviços de saúde, predominam-se as redes de atenção coordenadas pela APS e construídas por meio de pactuações municipais, regionais e estaduais.

Para melhor se compreender características epidemiológicas do município, local do estudo, realizou-se um recorte de seu perfil epidemiológico, o qual demonstra que as doenças e agravos com maior número de notificações, no ano de 2018, foram: Dengue (563 casos); Acidentes com animais peçonhentos (256 casos); Intoxicações exógenas (202); Violências (152); Sífilis adquirida (142); Acidente de trabalho grave (86); HIV adulto (26) (MINAS GERAIS, 2018).

Sobre a mortalidade materna, no período de 2015 a 2018 foram notificados 03 óbitos. As causas destes óbitos foram: hemorragia pós-parto; embolia obstétrica por coágulos de sangue; anemia complicando a gravidez, parto e puerpério, sendo as mesmas consideradas evitáveis pela APS (MINAS GERAIS, 2018).

Além disso, Passos teve um aumento do diagnóstico de novos casos de HIV/AIDS em 2018 (26), em comparação a 2017 (11), em razão do incremento nas taxas de detecção e descentralização da testagem para as Unidades de APS (MINAS GERAIS, 2018). Passos apresenta também elevada incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente das doenças do sistema circulatório, sensíveis à atuação da atenção primária em saúde, área deste estudo (MINAS GERAIS, 2018).

Ainda sobre as internações hospitalares ocorridas em Passos, no ano de 2018, por condições sensíveis à APS foram da ordem de 1.946 (14,7%) do total de 13.212 internações registradas no ano de 2018. Esses resultados indicam a necessidade da realização de pesquisas avaliativas no âmbito da APS com foco em ações, programas e projetos que aconteçam sobre as condições sensíveis (MINAS GERAIS, 2018).

A APS, no município de Passos, no momento da pesquisa, constituía-se por 19 Estratégias de Saúde da Família, a saber: ESF Aclimação; ESF Bela Vista I; ESF Bela Vista II; ESF Carmelo; ESF Casarão; ESF Coimbras II; ESF Coimbras III; ESF Escola; ESF Jardim Planalto; ESF Jardim Polivalente; ESF Nossa Senhora Aparecida; ESF Nossa Senhora das Graças; ESF Novo Horizonte; ESF Penha I; ESF Penha II; ESF Santa Luzia; ESF Santo Antônio e ESF São Francisco (Figura 3). 03 Núcleos Ampliados de Saúde da Família, com sede nas ESF's Carmelo; Nossa Senhora das Graças e Jardim Planalto. Cada ESF constituía-se por

uma equipe mínima formada por um enfermeiro, um médico, um auxiliar ou técnico em enfermagem, um recepcionista e seis agentes comunitários de saúde. A população adstrita a cada ESF é, em média, 3.500 pessoas, perfazendo uma cobertura de 63,45% da população total do município.

Passos, participa do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) e no momento do estudo, das 19 ESF's existentes, **11** estavam constituídas por médicos do PMM, a saber: ESF Aclimação; ESF Carmelo; ESF Coimbras I; ESF Coimbras II; ESF Coimbras III; ESF Escola; ESF Nossa Senhora Aparecida; ESF Novo Horizonte; ESF Penha II; ESF Santo Antônio e ESF São Francisco e **08** constituídas por médicos contratados pela gestão municipal, a saber: ESF Bela Vista I; ESF Bela Vista II; ESF Casarão; ESF Jardim Planalto; ESF Jardim Polivalente; ESF Nossa Senhora das Graças; ESF Penha I e ESF Santa Luzia (Figura 3).

A justificativa da escolha do município de Passos/MG, como local do estudo, sustenta-se por sua cobertura populacional pela ESF e significativa presença de médicos do PMM na constituição de suas ESF's.

O estudo foi realizado no período de julho de 2017 a agosto de 2018.

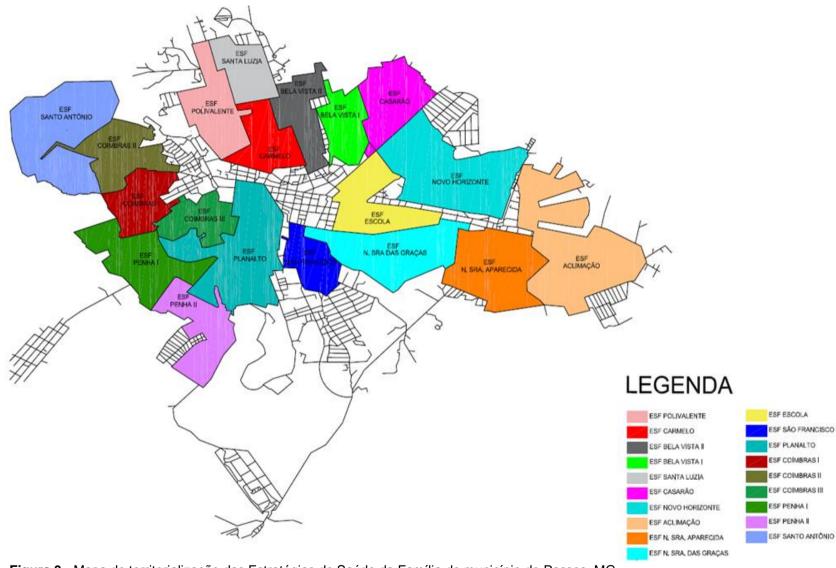


Figura 3 - Mapa de territorialização das Estratégias de Saúde da Família do município de Passos, MG. **Fonte:** Elaboração própria.

4.3 População e amostra do estudo

4.3.1 População de referência

A população de referência foi a de usuários de saúde adultos, adstritos às ESF's do município de Passos, MG.

4.3.2 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: pessoas adultas (com 18 anos ou mais) que residiam há pelo menos um ano em áreas de abrangência das ESF's de Passos/MG, que apresentavam capacidade auditiva e cognitiva preservadas e que aceitavam participar do estudo mediante leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

4.3.3 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo: pessoas com menos de 18 anos, que residiam há menos de um ano na área de abrangência da ESF, que não apresentavam capacidade auditiva e cognitiva, e que não aceitavam participar do estudo.

4.3.4 Cálculo do tamanho da amostra

Realizou-se, inicialmente, um levantamento de todas as pessoas adultas, que residiam no território de abrangência das 19 ESF's. De acordo com os critérios de seleção, foram cadastradas em planilhas do programa Microsoft Excel, o total de 51.808 (cinquenta e uma mil, oitocentos e oito) pessoas.

Esse levantamento foi obtido junto ao setor de Tecnologia de Informação (TI) da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de relatório do Sistema de Informação e de Gestão de Saúde, que gerou 19 planilhas, uma por ESF, com os seguintes dados dos usuários: nome, sexo, endereço e data de nascimento.

Nessa direção, ao indicar a margem de erro (absoluto) igual a 5% (d), um intervalo de confiança de 95% ($Z\alpha_{(95\%)}=1,96$), uma população finita de 51.808 pessoas pertencentes às ESF's de Passos, MG, com idade de 18 anos ou mais e proporção p = q = 50%, o cálculo do tamanho da amostra foi de 384 pessoas.

59

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 \cdot p \cdot q / q^2}{N}$$

Onde: *n* = tamanho da amostra

N = tamanho da população

p = estimativa preliminar da verdadeira proporção

q = 1 - p

d = margem relativa de erro

Ao considerar possível perda de amostragem por morte, recusa e migração, entre outros fatores, foi acrescido o valor de 20% no tamanho da amostra, totalizando 461 pessoas.

4.3.5 Amostra do estudo

A amostra do estudo foi probabilística, do tipo aleatória estratificada, com base no percentual de pessoas adultas, pertencentes ao território de cada uma das 19 ESF's de Passos, MG.

Dessa forma, a partir do banco de dados contendo as informações (nome, sexo, endereço e data de nascimento) das 51.808 (cinquenta e uma mil, oitocentos e oito) pessoas que compuseram a população de referência do estudo, selecionou-se a amostra, constituída por 461 pessoas.

A amostra foi distribuída proporcionalmente por ESF, de acordo com a quantidade total de pessoas pertencentes às mesmas, obtendo-se uma média de 20 a 30 pessoas por ESF.

Os participantes do estudo foram eleitos aleatoriamente, por meio de sorteio obtido pelo programa *Microsoft Excel*. Após seleção, os mesmos foram alocados em listas, conforme a ESF de referência.

Assim, as listas, contendo os nomes e endereços das pessoas selecionadas, foram distribuídas aos pesquisadores de campo.

Das 461 pessoas selecionadas, 16 não foram encontradas no domicílio, 18 recusaram a participar da pesquisa e 07 residiam na área de abrangência da ESF, há menos de um ano. Desse modo, totalizaram-se 41 perdas de amostragem. Assim, a amostra foi constituída por 420 pessoas que atenderam os critérios de seleção adotados no estudo.

4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Variável dependente

A qualidade da ESF, entendida no presente estudo, como a presença e a extensão dos componentes dos atributos essenciais e derivados da APS, de acordo com Starfield (2002), expressos por dez componentes: grau de afiliação com o serviço de saúde, acesso de primeiro contato (utilização), acesso de primeiro contato (acessibilidade), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados), coordenação (sistemas de informação), integralidade (serviços disponíveis), integralidade (serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária (BRASIL, 2010).

4.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram subdivididas nas seguintes categorias: sociodemográficas e referentes à participação ou não dos médicos das ESF's, do PMM:

- Variáveis sociodemográficas: idade (anos completos), sexo, escolaridade (anos completos de estudo), renda familiar (em salários mínimos), plano de saúde, estado civil.
- Variáveis referentes à constituição das ESF's, por médicos participantes ou não, do PMM: participação ou não do Programa Mais Médicos.

4.5 Coleta de dados

Após a seleção da amostra, iniciou-se a coleta de dados, tendo sido antecedida pelo recrutamento, seleção e treinamento dos pesquisadores de campo e de uma reunião com a Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação da Atenção Primária, visando prestar informações acerca dos objetivos e metodologia do estudo.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos usuários de saúde, pelos pesquisadores de campo. Seu objetivo foi aplicar os instrumentos de coleta de dados sociodemográficos (APÊNDICE B) e de avaliação da APS (PCATool-Brasil, versão adulto) (ANEXO B).

De posse da lista com os nomes e endereços dos usuários, os pesquisadores de campo se dirigiram aos domicílios. No domicílio, se apresentaram aos sujeitos da pesquisa, explicaram a natureza da mesma e seus objetivos, e os convidaram a participar do estudo. Para cada sujeito que concordou participar da pesquisa foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para leitura e após sua concordância, foi solicitada sua assinatura ou impressão digital.

Uma cópia do TCLE foi entregue para cada participante. Para algumas pessoas, a entrevista ocorreu no mesmo dia, para outras, de acordo com sua necessidade foi agendada nova data e horário.

Cada pesquisador de campo realizou entrevistas aos sujeitos residentes nas áreas de abrangência de 03 a 04 ESF's, perfazendo as 19 ESF's existentes no município.

4.5.1 Instrumentos de coleta de dados

O estudo utilizou-se de dois instrumentos. O primeiro foi um questionário com os dados sociodemográficos dos sujeitos (idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil e plano de saúde suplementar) (APÊNDICE B).

O segundo, um instrumento de avaliação da APS denominado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil, versão adulto), desenvolvido por Starfield & cols. (STARFIELD; XU; SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (PCPC) e adaptado à realidade brasileira a partir de processos de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade, realizados por Harzheim et al. (2013) (ANEXO B). Esse instrumento é utilizado para avaliar a qualidade dos serviços de APS, a partir da mensuração da presença e extensão dos atributos da APS.

O PCATool-Brasil adultos contém 87 itens divididos em 10 componentes, que possibilitam, por meio de escala Likert, construir escores de 1 a 4 para cada atributo essencial e derivado da APS, de acordo com Starfield (2002): "com certeza sim" (valor=4), "provavelmente sim" (valor=3), "provavelmente não" (valor=2), "com certeza não" (valor=1). Para fins de análise, as respostas marcadas em "não sei/não lembro" são consideradas com escore (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente (BRASIL, 2010).

Seguem descritos os componentes que constituem o instrumento PCATool-Brasil, versão adulto.

Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde (A): formado por três elementos (A1, A2 e A3).

Acesso de Primeiro Contato-Utilização do Serviço (B): constituído por três questões (B1 a B3).

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C): composto por 12 questões (C1 a C12).

Longitudinalidade (D): constituído por 14 questões (D1 a D14).

Coordenação - formada por Integração de Cuidado (E); e Sistemas de Informação (F): estes dois componentes são formados, respectivamente, por nove (E1 a E9) e por três (F1 a F3) questões.

Integralidade, subdividido em dois itens - serviços disponíveis (G) e serviços prestados (H): o atributo Serviços Disponíveis é constituído por 22 questões (G1 a G22), já o atributo Serviços Prestados, é formado por 13 questões (H1 a H13).

Orientação à família (orientação familiar): tem em sua formação três questões (I1 a I3).

Orientação comunitária - é formado por seis itens (J1 a J6).

4.5.2 Recrutamento e treinamento dos pesquisadores de campo para a coleta de dados

O recrutamento dos pesquisadores de campo se deu por meio de convite da pesquisadora responsável, aos discentes do primeiro e terceiro períodos do curso de graduação em Medicina de uma Instituição de Ensino Superior de Passos, MG, mediante esclarecimentos sobre a natureza do estudo, objetivos, local e período de realização.

Houve, portanto, a manifestação de interesse por quatro discentes do primeiro período e três do terceiro, totalizando sete discentes. Desses, dois deixaram de participar da pesquisa por motivos pessoais, um, logo após o recrutamento, o outro, seguidamente à primeira reunião. Diante da saída dos mesmos, optou-se pela substituição de apenas um. Assim, participaram do treinamento e demais etapas do estudo, 06 discentes.

O treinamento dos pesquisadores de campo foi realizado pela pesquisadora responsável, a fim de se obter uniformidade na aplicação dos instrumentos pelos mesmos. Foi fornecida para cada pesquisador de campo uma bolsa contendo material para trabalho de campo como crachá, prancheta, caneta, régua, almofada para coleta de impressão digital e uma pasta contendo um manual do pesquisador de campo. O manual do pesquisador de campo foi elaborado pela pesquisadora responsável com o objetivo de fornecer informações básicas sobre o estudo, sem, entretanto, revelar detalhes sobre eventuais hipóteses que seriam avaliadas na análise dos dados, evitando-se, assim, contaminação nos resultados.

Esse manual, além das informações sobre o estudo, consta, ainda, de informações a respeito das atribuições da pesquisadora responsável e do pesquisador de campo, bem como orientações gerais para a aplicação do instrumento e o seu correto preenchimento.

4.6 Análise dos dados

As variáveis sociodemográficas foram dicotomizadas, sintetizadas em séries de valores de mesma natureza e representadas por meio de tabelas de frequência, permitindo uma visão global da variação dos valores.

A variável estado civil foi dividida em casados e não casados. A idade, em < 54 e \geq 54 anos, levando-se em consideração a mediana da idade dos entrevistados. A escolaridade foi considerada baixa quando < 8 anos completos de estudo e alta \geq 8 anos. Para a renda, foi considerada baixa, quando < 3 salários mínimos*¹e alta \geq 3 salários mínimos. Sobre o sexo, distribuiu-se em usuários do sexo feminino e masculino. Quanto ao estado civil considerou-se casados e não casados e enfim, em relação ao plano de saúde suplementar, ponderou-se os usuários que possuíam e os que não possuíam plano de saúde.

Quanto às variáveis referentes à avalição da qualidade das ESF's, a análise apoiou-se no cálculo dos escores obtidos pelo uso da Escala Likert. Ao eleger a Escala Likert, método proposto pelo instrumento *PCATool Brasil- versão usuários adultos*, foram seguidas as fases, descritas:

^{*} Salário Mínimo: R\$ 954,00. Fonte: Brasil (2018, *online*).

Primeira Fase

Foram invertidos os valores para os itens C9, C10, C11, C12 e D14, de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens tiveram seus valores invertidos da seguinte maneira: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4) (BRASIL, 2010).

Segunda Fase

Para os casos onde a soma de respostas em branco ("*missing*") com respostas "9" ("não sei/não lembro") fornecidas pelo entrevistado atingiu 50% ou mais do total de itens de um dos componentes ("B" a"J"), o escore deste componente para este entrevistado, não foi calculado, ficando o mesmo em branco ("*missing*") no banco de dados.

Por outro lado, em razão da soma de respostas em branco com resposta "9" (não sei/ não lembro) inferior a 50% do total dos itens de cada componente, substituiu-se o valor "9" por "2" (provavelmente não). Esta inversão foi indispensável para que se pudesse pontuar evidências relativas ao desconhecimento de informações sobre as ESF's pelos usuários entrevistados.

Grau de Afiliação (A) - componente de estrutura do atributo Longitudinalidade

O escore para este elemento requer a utilização do seguinte algoritmo:

Todas as respostas NÃO:

A1=A2=A3=0, então o Grau de Afiliação = 1.

Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, referentes a vários serviços;

A1 ≠ A2 ≠ A3 ≠ de zero, então o Grau de Afiliação igual a dois.

Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

A1=A2 ou A1=A3 ou A2= A3 e iguais a SIM, então o grau de Afiliação será igual a três.

Todas as respostas SIM:

A1=A2=A3=1, ficando o Grau de Afiliação igual a quatro.

Acesso de primeiro contato - Utilização do serviço

Para calcular o escore para este atributo, procede-se ao somatório, dividindo pelo número de elementos.

Acesso de primeiro contato - Acessibilidade

O componente Acessibilidade (C1 a C12), possui quatro questões (C9, C10, C11 e C12) que têm seus valores invertidos. Após o processo de inversão desses quatro itens, o escore para este componente foi calculado pela soma de todos os itens divididos pelo número de itens, encontrando-se o escore médio.

Escore= C1+ C2+C3+C4+ C5+C6+C7+C8+C9+C10+C11+C12/12.

Longitudinalidade

Formado por 14 itens (D1 ao D14), tem o valor da pergunta D14 invertida. Após o processo de inversão deste item, o escore foi avaliado, somando-se todos os valores de cada item, dividido pelos 14 itens e assim encontrando o escore médio.

Escore=D1+D2+D3+D4+D5+D6+D7+D8+D9+D10+D11+D12+D13+D14/14.

Coordenação - Integração de Cuidados

Constituído por oito variáveis (E1 a E8), uma vez que o item E1 não deve entrar na base de cálculo do escore por representar um escore descritivo, contemplado nos seguintes itens E2 até E9, ou seja, a última consulta com especialista ou último serviço especializado acessado (BRASIL, 2010). Assim, o escore foi calculado somando-se os oito itens, dividindo-se por oito, em busca de achar o escore médio.

Escore= E2+E3+E4+E5+E6+ E7+ E8+E9/8.

Coordenação - Sistema de Informações

Composto por três itens (F1 a F3). O cálculo para este atributo foi o somatório dos três itens, divididos pelo número de elementos para encontrar o escore médio.

Escore= F1+F2+F3/3.

Integralidade - Serviços Disponíveis

Composto por 22 itens (G1 a G22), em que o escore consistiu no somatório dos 22 itens, divididos por 22, para encontrar o escore médio.

Escore=G1+G2+G3+G4+G5+G6+G7+G8+G9+G10+G11+G12+G13+G14+G1 5+G16+G17+G18+G19+G20+G21+G22/22.

Integralidade - Serviços Prestados

Constituído por 13 variáveis para o sexo feminino (H1 a H13) e 11 para o sexo masculino (H1 a H11). Essa diferença decorre das perguntas sobre prevenção de osteoporose e problemas referentes à menopausa.

O escore deste atributo foi calculado por meio da soma de todos os itens, divididos pelo número 13 ou por 11, conforme sejam do sexo feminino (HF) ou masculino (HM) e assim achando-se o escore médio.

Sexo Feminino (HF).

Escore HF = H1+H2+H3+H4+H5=H6+H7+H8+H9+H10+H11+H12+H13/13.

Sexo masculino (HM).

Escore HM = H1+H2+H3+H4+H5=H6+H7+H8+H9+H10+H11/11.

Orientação Familiar

Formado por três itens (1 a 3), sendo adicionados os valores de cada escore, divididos pelo número de itens, a saber:

Escore I = I1+I2+I3/3.

Orientação Comunitária

Constituído por seis itens (J1 a J6), em que o escore médio foi calculado pela soma de cada pergunta, divididos pelo número de itens:

Escore = J1+J2+J3+J4+J5+J6/6.

Os valores dos escores são padronizados para uma escala que varia de 0 a 10, sendo os valores ≥ 6,60 considerados como Alto Escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento. A padronização para a escala 0-10 é realizada da seguinte forma:

Escore Padronizado =
$$(Escore-1) \times 10$$

Destaca-se que quanto maior o escore (igual ou maior que 6,60) a ESF possui maior orientação aos atributos da APS (STARFIELD, 2002). Já o valor do escore menor que 6,60 indicará baixa orientação para APS. Esse valor corresponde, na escala de um a quatro, ao escore três ("provavelmente, sim"); logo, valores iguais ou acima de 6,60 representam respostas positivas (CASTRO et al., 2012).

Escore Essencial: soma dos elementos dos Atributos Essenciais + Grau de Afiliação/ número de componentes, ou seja:

Escore Essencial = A+B+C+D+E+F+G+HF/8, para o sexo feminino e igualmente para o sexo masculino = Escore Essencial= A+B+C+D+E+F+G+HM/8.

Com relação ao Escore Geral, foi obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais, dos atributos derivados e do grau de afiliação do usuário com o serviço.

Escore Geral: soma do escore médio dos elementos que compõem os atributos essenciais, mais o Grau de Afiliação, adicionando-se os atributos derivados, dividindo-se pelo número total de componentes, conforme a fórmula:

Escore Geral = (A + B + C + D + E + F + G + H + (I + J)) / 10.

Para o cálculo por sexo, foram aplicadas as seguintes fórmulas:

Sexo Feminino = (A+B+C+D+E+F+G+HF) + (I+J)/10;

Sexo masculino = (A+B+C+D+E+F+G+HM) + (I+J)/10;

Os dados foram organizados em planilha do programa Microsoft Excel, por meio de dupla digitação e posterior validação, a fim de controlar possíveis erros na transposição das informações.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como realizados os cálculos dos escores mínimos, máximas, médias, desviopadrão e escores médios referentes às variáveis relativas aos atributos da APS.

As variáveis foram codificadas de acordo com as respostas obtidas nos instrumentos. Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva.

Essa metodologia tem, como objetivo básico, sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha visão global da variação dos valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequência e de medidas descritivas (GUEDES et al., 2019).

Para se comparar as médias dos escores dos componentes dos atributos essenciais e derivados da APS entre as ESF's, constituídas por médicos do PMM e por médicos que não eram do PMM, foi aplicado o teste para diferenças de médias (teste de t), visando determinar a diferença entre as médias dos grupos.

Para a comparação múltipla das médias foi aplicado o teste de Análise de variância e o teste de Tukey, entre as ESF's com médicos do PMM e as ESF's com médicos que não eram do PMM.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) - Unidade de Passos, em dois de maio de 2017, atendendo à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Parecer nº 2.041.124. (ANEXO C).

5 RESULTADO

A seguir, apresentam-se os resultados conforme os objetivos propostos no presente estudo.

5.1 Caracterização dos usuários de saúde adultos, adstritos às Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo as variáveis sociodemográficas

A seleção das variáveis sociodemográficas justifica-se pela influência direta que elas podem apresentar sobre os resultados relacionados à qualidade das ESF's, representada neste estudo pela presença e extensão dos atributos da APS.

Dos 420 (100%) sujeitos, a idade variou de 18 a 89 anos, com média e desvio padrão de 53 (± 17,08) anos e predomínio do sexo feminino (58,09%). Quanto à escolaridade, verificou-se que 57,14% tinham menos de oito anos completos de estudo, com média e desvio padrão de 7,19 (±4,11) anos. Em relação à renda familiar, 348 (82,86%) sujeitos recebiam menos de três salários mínimos, com média e desvio padrão de 1,57(±1,60). No que diz respeito a possuírem plano de saúde suplementar, 332 (79,05%) não possuíam. Enfim, sobre o estado civil evidenciou-se que 63,57% dos sujeitos eram casados.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários de saúde adultos, adstritos às Estratégias de Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas. Passos, Minas Gerais, 2018

Variáveis sociodemográficas	n	%	Média (DP)*	Mediana	Mínimo	Máximo
Sexo	420	100	-	-	-	-
Feminino	244	58,09	-	-	-	_
Masculino	176	41,91	-	-	-	-
Idade	420	100	53 (± 17,08)	54	18	89
<54 anos	207	49,28	40,15 (± 11,27)	42	18	57
≥54 anos	213	50,72	68,35 (± 7,43)	67	58	89
Escolaridade	420	100	7,19 (± 4,11)	7	0	19
<8 anos	240	57,14	4,15 (± 1,81)	4	0	7
≥8 anos	180	42,86	11,23 (± 2,49)	11	8	19
Renda familiar**	420	100	1,57 (± 1,60)	1	0	14
<3 SM	348	82,86	1,03 (± 0,710)	1	0	2
≥3 SM	72	17,14	4,24 (± 2,05)	4	3	14
Plano de saúde	420	100	-	-	-	-
Sim	88	20,95	-	-	-	-
Não	332	79,05	-	-	-	-
Estado civil	420	100	-	-	-	-
Casado	267	63,57	-	-	-	-
Não casado	153	36,43	-	-	-	-

^{*}DP: desvio padrão.

^{**}Valores calculados com base no salário mínimo vigente - R\$ 954,00, segundo Decreto nº 9.255, de 29 de dezembro de 2017, que dispões sobre o salário mínimo a partir de 1º de janeiro de 2018.

5.2 Caracterização das Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo a presença e extensão dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde

Quanto às variáveis relacionadas à qualidade das ESF's, representadas pela presença e pela extensão dos componentes dos atributos essenciais e derivados da APS alcançaram-se os seguintes resultados: em relação aos componentes que integram os atributos essenciais, a média e desvio padrão foram respectivamente: Acesso de Primeiro Contato (Utilização) 7,844 (± 2,567); Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) 3,814 (± 1,914); Longitudinalidade 6,388 (± 2,244); Coordenação (Integração dos Cuidados) 5,062 (± 2,932); Coordenação (Sistemas de Informação) 5,683 (± 2,441); Integralidade (Serviços Disponíveis) 3,836 (± 1,561); Integralidade (Serviços Prestados) 3,333 (± 2,150) (Tabela 2).

Assim, dos 08 (100%) componentes referentes aos atributos essenciais, apenas 01 (12,5%), o Acesso de Primeiro Contato (Utilização) atingiu valor de 7,844, considerado como Alto Escore, ou seja, superior a 6,6 (Tabela 2).

Todos os demais componentes, 07 (87,5%) representados por Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) 3,814; Longitudinalidade 6,388; Coordenação (Integração dos Cuidados) 5,062; Coordenação (Sistemas de Informação) 5,683; Integralidade (Serviços Disponíveis) 3,836; Integralidade (Serviços Prestados) 3,333 obtiveram médias de escores considerados como Baixo Escore, com valores inferiores a 6,6 (Tabela 2).

Destaca-se, portanto, o atributo essencial, Acesso de Primeiro Contato (Utilização) como o de mais alto escore, com média e desvio padrão 7,844 (± 2,567) e o atributo Integralidade (Serviços Prestados) como o de menor escore, com média e desvio padrão de 3,333 (± 2,150) (Tabela 3).

Salienta-se que o componente Integração de cuidados do atributo Coordenação apresentou "missing" significativo. Dos 420 (100%) participantes, foram excluídas da análise as repostas de 206 (49%). A exclusão se fez, uma vez que 50% ou mais do total de itens deste componente não foram preenchidos ou obtiveram resposta "não sei/não lembro" (BRASIL, 2010) (Tabela 2)

No que se refere aos atributos derivados, as médias e desvios padrão obtidos foram: Orientação Familiar 4,202 (± 3,002) e Orientação Comunitária 3,779 (± 2,316), ambos menores que 6,6, portanto, classificados como de Baixo Escore (Tabela 2).

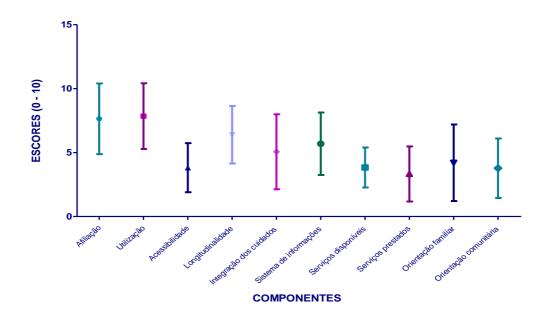
Sobre o grau de afiliação, que não é considerado um atributo da APS, porém é um dos componentes para a obtenção do escore geral, obteve-se média e desvio padrão de 7,641 (± 2,765), considerado Alto Escore (Tabela 2)

Tabela 2 - Distribuição da média dos escores de qualidade das Estratégias de Saúde da Família, representada pelos componentes dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018

Componentes dos Atributos da Atenção Primária à Saúde	Respostas	Mediana	Media	DP*	IC**
Grau de Afiliação	420	10	7,641	± 2,765	7,376 - 7,905
Acesso de primeiro contato (Utilização)	418	8,889	7,844	± 2,567	7,597 - 8,091
Acesso de primeiro contato (Acessibilidade)	419	3,611	3,814	± 1,914	3,630 - 3,998
Longitudinalidade	419	6,905	6,388	± 2,244	6,172 - 6,603
Coordenação (Integração dos cuidados)	214	5,417	5,062	± 2,932	4,667 - 5,457
Coordenação (Sistemas de informação)	409	5,556	5,683	± 2,441	5,446 - 5,921
Integralidade (Serviços disponíveis)	389	3,788	3,836	± 1,561	3,680 - 3,991
Integralidade (Serviços prestados)	409	3,077	3,333	± 2,150	3,124 - 3,542
Orientação familiar	417	3,333	4,202	± 3,002	3,913 - 4,491
Orientação comunitária	378	3,333	3,779	± 2,316	3,544 - 4,013

^{*}DP: desvio padrão.

Figura 4. Distribuição Média dos escores (escala de 0 a 10) e desvio padrão, para os componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018.



^{**}IC: intervalo de confiança.

Já em relação ao escore essencial obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais: Acesso de primeiro contato (Utilização e Acessibilidade), Longitudinalidade, Coordenação (Integração de Cuidados e Sistemas de Informação), Integralidade e o Grau de Afiliação do usuário com o serviço atingiu-se média e desvio padrão 6,002 (± 1,727), sendo categorizado como Baixo Escore (Tabela 3).

E o escore geral calculado pela média entre os componentes dos atributos essenciais, dos atributos derivados e do grau de afiliação do usuário com o serviço, se alcançou média e desvio padrão 4,801 (± 1,382), e, portanto, também identificado como Baixo Escore.

Tabela 3 - Distribuição da média dos escores essencial e geral da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018

Escore	Respostas	Mediana	Media	DP*	IC**
Essencial	420	5,906	6,002	± 1,727	5,836 - 6,167
Geral	420	4,725	4,801	± 1,382	4,669 – 4,934

^{*}DP: desvio padrão.

5.3 Comparação da qualidade entre as Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, segundo a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde

Ao se comparar os escores relativos aos componentes dos atributos da APS obtidos pelas ESF's com médicos do PMM e pelas ESF's com médicos que não eram do PMM, com nível mínimo de significância de 5% (p-valor <0,05), não foram determinadas diferenças estatísticas significativas (t = 0,1200, p = 0,9058) (Tabela 4).

Ao se avaliar as médias de escores obtidos no componente Grau de Afiliação pelos dois grupos (ESF's com médicos do PMM e ESF's com médicos que não eram do PMM), alcançou-se em ambos, resultados satisfatórios em relação à média de corte recomendada, respectivamente: 8,164 e 6,973.

Quanto aos componentes do atributo Acesso de Primeiro Contato "Utilização" e Acessibilidade, nos dois grupos de análise se alcançou resultados similares. No componente "Utilização", as ESF's constituídas por médicos que participam do PMM tiveram média de escore de 7,764 e as ESF's com médicos que não participam do programa atingiram escore de 7,948, o que demonstrou que são orientadas aos

^{**}IC: intervalo de confiança.

atributos da APS, uma vez que os escores obtidos nos dois grupos foram superiores ao escore de referência de 6,6.

Sobre o atributo longitudinalidade, no grupo de ESF's constituídas por médicos do PMM atingiu-se escore médio 6,319 e no de ESF's com médicos que não eram do PMM obteve-se 6,476.

Passando para o atributo Coordenação, no componente "Integração dos Cuidados", as ESF's com médicos do PMM obtiveram escore médio de 5,253 e as ESF's com médicos que não eram, 4,818. Quanto ao componente "Sistema de Informação" os resultados foram respectivamente 5,556 atribuído às ESF's com médicos do PMM e 5,849 aos médicos não eram do PMM.

Em relação ao atributo Integralidade, no componente "Serviços disponíveis" o inquérito apontou médias de escore de 3,617 referentes às ESF's com médicos do PMM e 4,133 às ESF's com médicos que não eram do PMM. No componente "Serviços Prestados" obtiveram 3,160 as ESF's com médicos do PMM e 3,559 as ESF's com médicos que não participavam do PMM.

No que se refere ao atributo "Orientação Familiar", atribuíram-se escores de 4,330 às ESF's com médicos do PMM e 4,040 às ESF's com médicos que não eram do programa. Para o atributo "Orientação Comunitária", no grupo de ESF's com médicos do PMM, o escore médio foi de 3,432 e no grupo de ESF's com médicos que não eram do PMM, foi de 4,231.

Tabela 4 - Distribuição da média dos escores de qualidade das Estratégias de Saúde da Família, representada pelo grau de afiliação e pelos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, segundo a participação ou não dos médicos no Programa Mais Médicos. Passos, Minas Gerais, 2018.

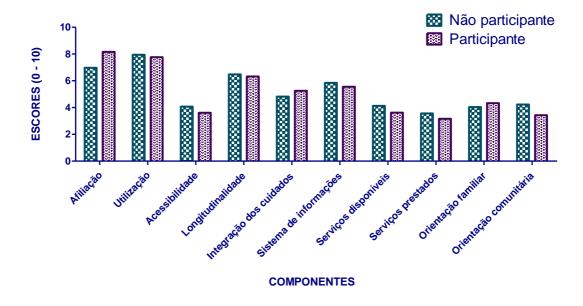
Estratégias de Saúde da Família quanto à Participação ou não do médico no Programa Mais Médicos	Grau de Afiliação	Acesso de Primeiro Contato (Utilização)	Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade)	Longitudinalidade	Coordenação (Integração dos cuidados)	Coordenação (Sistema de informação)	Integralidade (Serviços disponíveis)	Integralidade (Serviços prestados)	Orientação familiar	Orientação comunitária
Médico não participante	6,973	7,948	4,072	6,476	4,818	5,849	4,133	3,559	4,040	4,231
Médicos Participante	8,164	7,764	3,610	6,319	5,253	5,556	3,617	3,160	4,330	3,432

Enfim, no que tange a comparação dos Escores Essencial e Geral entre os dois grupos, também não se observou diferença estatisticamente significativa, denotando reduzida orientação das ESF's, dos dois grupos, aos princípios da APS (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos valores de escores essencial e geral dos atributos da Atenção Primária à Saúde, nas Estratégias de Saúde da Família, segundo a participação ou não dos médicos no Programa Mais Médicos. Passos, Minas Gerais, 2018.

Estratégias de Saúde da Família quanto à Participação ou não do médico no Programa Mais Médicos	Escore Essencial	Escore Geral		
Médico não participante	5,478	5,209		
Médicos Participante	5,430	5,120		

Figura 5 - Média dos escores do grau de afiliação e dos componentes dos Atributos da Atenção Primária à Saúde (escala de 0 a 10), comparativa entre as Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes e não participantes do Programa Mais Médicos. Passos, Minas Gerais, 2018.



5.4 Apresentação do comportamento dos atributos da Atenção Primária à Saúde em cada grupo, ESF's com médicos participantes e não participantes do PMM

Enfim, realizou-se uma comparação entre os escores médios obtidos em cada componente dos atributos da APS, de forma ordenada (do componente de maior para o de menor média de escore) em cada grupo (ESF's com médicos do PMM e ESF's com médicos que não participam do PMM).

No grupo de ESF's, com médicos do PMM, os componentes que obtiveram maiores escores médios foram respectivamente Grau de afiliação (8,164) e Acesso de Primeiro Contato- Utilização (7,764) enquanto no grupo de ESF's com médicos que não eram do PMM os mesmos se apresentaram de forma alternada, sendo o componente com maior escore médio, o Acesso de Primeiro Contato-Utilização (7,948), seguido pelo componente Grau de Afiliação (6,973).

Houve também uma inversão entre as ordens classificatórias nos dois grupos (ESF's com médicos do PMM e ESF's com médicos que não eram do PMM) nas posições 6ª e 9ª, referente aos componentes Orientação familiar e Orientação Comunitária.

No grupo de ESF's com médicos do PMM, na 6ª posição está o componente Orientação Familiar (4,33) e em 9ª o componente Orientação Comunitária (3,432) e no grupo de ESF's com médicos que não eram do PMM, os mesmos também se encontram invertidos, sendo que o componente que ocupa a 6ª posição é Orientação Comunitária (4,231) e a 9ª posição Orientação Familiar (4,04).

Já nos demais componentes, a ordem classificatória dos escores médios obtidos pelos grupos de ESF's com médicos do PMM e de ESF's que não eram do programa, foi a mesma.

Figura 6 - Comportamento dos escores obtidos pelo grupo de Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes do PMM para cada um dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018.

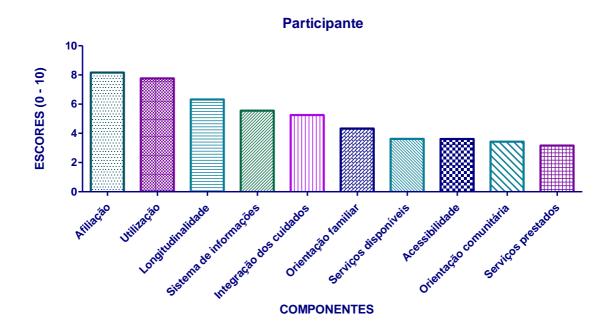


Figura 7 - Comportamento dos Escores obtidos pelo grupo de Estratégias de Saúde da Família com médicos não participantes do PMM para cada um dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde. Passos, Minas Gerais, 2018.

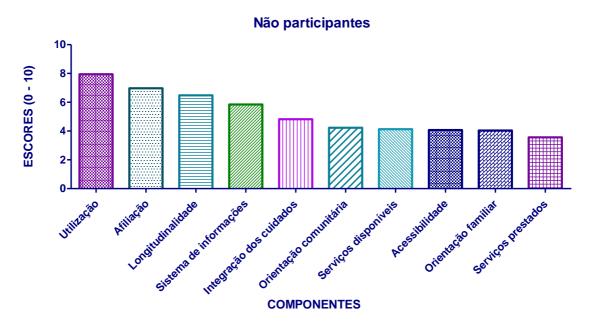


Tabela 6 - Comportamento das médias dos escores em cada grupo, ESF's participantes e não participantes do Programa Mais Médicos e respectivo ordenamento, considerando do maior escore para o menor. Passos, Minas Gerais, 2018.

	Participantes do Pl	Não participantes do PMM			
Ordem	Componente	Escore médio	Ordem	Componente	Escore médio
1º	Grau de Afiliação	8,164	1º	Acesso de Primeiro Contato- Utilização	7,948
2°	Acesso de Primeiro Contato- Utilização	7,764	2º	Grau de Afiliação	6,973
3°	Longitudinalidade	6,319	30	Longitudinalidade	6,476
4º	Coordenação - Sistema de informações	5,556	40	Coordenação - Sistema de informações	5,849
5°	Coordenação - Integração dos cuidados	5,253	5°	Coordenação - Integração dos cuidados	4,818
6°	Orientação familiar	4,33	6°	Orientação comunitária	4,231
7°	Integralidade - Serviços disponíveis	3,617	7°	Integralidade - Serviços disponíveis	4,133
80	Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	3,61	80	Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade	4,072
9º	Orientação comunitária	3,432	90	Orientação familiar	4,04
10°	Integralidade - Serviços prestados	3,16	10°	Integralidade - Serviços prestados	3,559

6 DISCUSSÃO

A discussão dos dados obedecerá à mesma sequência da apresentação dos resultados. Primeiramente serão discutidas as variáveis sociodemográficas. Seguidamente, a qualidade das ESF's; a comparação da qualidade entre as ESF's com médicos do PMM e as ESF's compostas por médicos que não participavam do Programa, e o comportamento das médias de escores, em cada grupo: ESF's com médicos do PMM e ESF's com médicos que não participavam do PMM.

6.1 Caracterização dos usuários de saúde, adstritos às Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo as variáveis sociodemográficas

Dos 420 (100%) usuários de saúde, a idade variou de 18 a 89 anos, com média de 53 anos, sendo que 50,24% da população encontrava-se acima de 54 anos, em consonância ao estudo sobre satisfação de usuários com a ESF, realizado em Ribeirão Preto-São Paulo, que mostrou média de 51 anos e com o estudo de avaliação da APS, realizado do município de Porto Alegre-Rio Grande do Sul em que a média de idade dos usuários entrevistados foi de 49 anos (TAHAN-SANTOS, 2011; OLIVEIRA et al., 2013; HARZHEIM et al., 2013).

No Brasil, observa-se um processo de transição demográfica e epidemiológica. Desse modo, acredita-se que pessoas adultas com idades mais avançadas e idosos comparecem mais aos serviços de saúde e também recebem, com maior frequência, as visitas domiciliares das ESF's (PATARRA, 1995).

Estudos realizados em diversos países mostram que a avaliação da qualidade dos serviços e sistemas de saúde podem variar consideravelmente segundo a idade (MENDOZA-SASSI, BÉRIA, BARROS, 2003; VAN DOORSLAER; MASSERIA; KOOLMAN, 2006). A idade pode ser evidenciada como uma variável relacionada à iniquidade de acesso e utilização dos serviços de APS (VAN DOORSLAER; MASSERIA; KOOLMAN, 2006).

O estudo sobre Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do SUS, apontou que há um aumento da procura por serviços de saúde, em função da idade (12% em pessoas entre 0 e 14 anos, 14% entre 15 e 59 anos e 23% nos acima de 60 anos) (SILVA et al., 2013).

Entretanto, esses dados são distintos aos encontrados no estudo sobre avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro, desenvolvido em Recife, o qual evidenciou que 59,8% dos usuários tinham entre 18 e 39 anos de idade (GOUVEA, 2009).

No que se refere ao sexo, obteve-se que 58,09% eram do sexo feminino. É interessante observar que, em vários estudos com usuários de serviços de saúde do SUS, também foi encontrada, em sua caracterização, maior frequência de pessoas do sexo feminino (TAHAN-SANTOS, 2011; BRASIL, 2011; SILVA, et al., 2013; GOUVEA, 2009; STURMER et al., 2017; HARZHEIM et al., 2013).

Estudos transversais realizados com pessoas adultas, atendidas por serviços de APS, mostraram predomínio do sexo feminino em 63 e 80%, respectivamente (HARZHEIM et al., 2013; BRUNELLI et al., 2016).

Outro estudo realizado com o objetivo de se caracterizar os usuários dos serviços de APS, segundo aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos e estilo de vida, condições de saúde referidas e demanda aos serviços de saúde e medicamentos, nas regiões do Brasil, apontou proporção maior de mulheres em todas as regiões do Brasil (GUIBU et al., 2017).

A maior porcentagem de mulheres pode estar relacionada à tradição que as mulheres têm de frequentar os serviços de saúde e também de receberem visitas de profissionais de saúde e de estudantes (GOLDENBERG; SCHENKMAN; FRANCO, 2003). Também, na perspectiva histórica da divisão sexual de trabalho, a tarefa de providenciar assistência médica à família é atribuída à mulher, bem como o maior contato e facilidade de acesso aos serviços de saúde (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Quanto à escolaridade, verificou-se que 57,14% dos entrevistados tinham menos de oito anos completos de estudo. Esses resultados diferem dos dados encontrados no banco de dados do Sistema Único de Saúde (Datasus), onde a maior concentração de pessoas adultas, no Brasil, encontra-se com oito anos de estudo ou mais (BRASIL, 2018).

Também difere do estudo destinado à apresentação da versão reduzida do PCATool-Brasil para usuários adultos, realizado com usuários de serviços de APS, em Porto Alegre-Rio Grande do Sul, em que a escolaridade média foi de 9,6 anos de estudo (OLIVEIRA; HARZHEIM et al., 2013).

A relação entre a escolaridade e a avaliação da APS ainda não foi estabelecida. Entretanto, a baixa escolaridade pode dificultar o acesso às informações e trazer menores oportunidades de acesso e utilização dos serviços de saúde ofertados. Essa situação pode ainda dificultar o estabelecimento de uma visão mais crítica sobre a qualidade da APS à Saúde. Reconhece-se, portanto, a escolaridade como variável importante na elaboração de políticas e programas de saúde.

Além disso, um estudo sobre Perfil de internações e prevalência de condições sensíveis à Atenção Primária, realizado em Juiz de Fora - Minas Gerais demonstrou que pessoas com tempo de estudo entre 4 e 12 anos apresentam as maiores taxas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (SOUZA et al., 2017).

Quanto à renda familiar, obteve-se média de 1,57 salários mínimos, sendo que a maioria (82,86%) dos sujeitos referiram receber salário inferior a três salários mínimos. Esses resultados estão em concordância com outro estudo que apontou que a faixa de renda que predominou entre os entrevistados estava entre um a dois salários mínimos (50,0%) (TAHAN-SANTOS, 2011).

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (BRASIL, 2019a) mostraram que o rendimento médio mensal familiar, no Estado de Minas Gerais, é de 5,2 salários mínimos, o que difere dos resultados encontrados no presente estudo.

Estudos sobre avaliação de serviços de saúde demonstraram que pessoas com renda mais baixa acessam e utilizam mais os serviços de saúde do SUS e que de forma análoga, há uma redução de utilização de serviços de saúde SUS conforme aumento de renda e escolaridade (SILVA et al., 2013; MENDOZA-SASSI, 2002; DIAS-DA-COSTA et al., 2018).

No que diz respeito à cobertura dos sujeitos por plano de saúde suplementar, 20,95% dos sujeitos referiram possuir. Tais resultados estão consonantes aos dados divulgados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS/MS, 2019) que demonstram que 22,5% da população brasileira é de beneficiários de planos privados de assistência médica (BRASIL, 2019).

Estes achados também corroboram com os do estudo sobre o perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do SUS, que apontaram que o percentual de pessoas que possuíam planos de saúde foi de 24,6% (SILVA et al., 2013).

Já o estudo das características principais dos usuários da APS, realizado em todas as regiões do Brasil, demonstrou que apenas 9,8% dos entrevistados possuíam

plano de saúde, com maior proporção no Sul e menor no Norte e no Centro-Oeste (GUIBU et al., 2017).

Cabe destacar que inquéritos relacionados à utilização de serviços de saúde do SUS evidenciaram que a cobertura por plano de saúde associa-se a uma menor utilização das ESF (SANTOS, MALTA, MERHY, 2008; BONELLO, CORRÊA, 2014; FONTENELLE et al., 2018).

Sobre o estado civil depreendeu-se que 63,57% dos sujeitos eram casados. Os dados veem de encontro aos resultados obtidos em estudos sobre a avaliação da APS, onde a maioria dos sujeitos entrevistados eram casados, sendo respectivamente 59,1% e 67% (LIMA et al., 2015; BENAZZI, FIGUEIREDO, BASSANI, 2010).

Os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (IBGE, 2010) também demonstraram que o Brasil possuía mais pessoas casadas que solteiras, onde 45,8% da população era casada, 42,8% solteira, seguidas de 5,9% viúvas e 5,4% divorciadas.

Ainda que não se tenha estabelecida uma associação entre o estado civil dos usuários e a qualidade da ESF, o estado civil, juntamente com as demais características sociodemográficas é uma variável indispensável para se caracterizar a população adstrita aos serviços de APS.

Frente às características sociodemográficas observadas no presente estudo, torna-se importante avaliar a orientação das ESF's, na cidade de Passos/MG, aos atributos da APS (STARFIELD, 2002). Nessa vertente, é imperioso um adequado conhecimento do contexto sociodemográfico, econômico e cultural da população para que os atributos da APS se façam presentes e sejam percebidos pela população.

6.2 Caracterização das Estratégias de Saúde da Família de Passos, MG, segundo a presença e extensão dos componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde

6.2.1 Grau de Afiliação

Em relação ao Grau de Afiliação, nesta pesquisa, se obteve escore médio de 7,641, considerado Alto Escore, o que revela adequada orientação à APS pelas ESF's de Passos, em consonância às evidências demonstradas em inquéritos avaliativos sobre a qualidade da APS no Brasil, que obtiveram escores de: 6,67, na pesquisa de Brunelli et al. (2016); 7,5 no estudo de Gontijo et al. (2017); 9,31

na investigação de Fracolli et al. (2015) e 6,9 na avaliação de Lima et al. (2015).

Segundo o Ministério da Saúde, o grau de afiliação é o elemento que permite avaliar a frequência na qual o usuário reconhece o serviço ou profissional de saúde como referência para os seus cuidados de saúde. O mesmo não é considerado atributo da APS, porém é apontado como componente de estrutura do atributo de Longitudinalidade e serve de cálculo aos escores Essencial e Geral (BRASIL, 2010).

Os resultados obtidos neste estudo permitem inferir que os entrevistados identificam as ESF's do município estudado como serviço de referência para o cuidado de saúde. Esse dado corrobora com alguns estudos realizados no Brasil (FURTADO et al., 2013, LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA, 2011).

No momento em que os usuários indicaram as ESF's como fonte regular de atendimento, ficam evidenciados aspectos positivos relacionados ao vínculo junto à comunidade. Entretanto, a avaliação negativa obtida nos demais componentes dos atributos essenciais, denotam barreiras de acesso-acessibilidade, fragmentação do modelo, deficiente coordenação das ações de saúde e débil atendimento integral.

Nesse sentido, o sistema municipal de saúde avaliado necessita melhorar itens relacionados às dificuldades de acesso-acessibilidade, de coordenação da atenção, de longitudinalidade e integralidade no atendimento oferecido pelas ESF's aos usuários, para eliminar barreiras organizacionais e culturais de acesso, com alcance de soluções satisfatórias das necessidades/problemas dos usuários da APS e continuidade dos cuidados em saúde, mediante a implementação de mecanismos fortalecidos de referência e contrarreferência.

6.2.2 Acesso de Primeiro Contato "Utilização" e "Acessibilidade"

O estudo sobre os atributos essenciais da APS nas ESF's do município de Passos/MG demonstrou que as médias e desvio padrão obtidos em relação ao Acesso de Primeiro Contato (Utilização) foi de 7,844 (±2,567), considerado alto escore e Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) foi de 3,814 (±1,914) avaliado como baixo escore.

Os dados corroboram com os achados de outros estudos que avaliam a presença e extensão dos atributos da APS por usuários de Estratégias de Saúde

da Família em diversos municípios brasileiros como São Paulo/SP; Curitiba/RS; Londrina/PR e Juazeiro do Norte/CE. Em todos estes estudos, os escores obtidos em relação ao atributo Acesso de Primeiro Contato (Utilização) foram altos e Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) baixos (BRUNELLI et al., 2016; CHOMATAS et al., 2013; SANTOS et al., 2018; RODRIGUES, 2018).

Em contrapartida, são diferentes do resultado da pesquisa sobre avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família no município de Quatá, interior do estado de São Paulo, na região de Presidente Prudente que obteve os escores 9,22 e 6,75 respectivamente nos atributos Acesso de Primeiro Contato (Utilização) e Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), ambos avaliados como alto escore. Vale considerar que mesmo sendo ambos avaliados com alto escore, o atributo Acesso de Primeiro Contato (Utilização) foi melhor avaliado que o atributo Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) (FRACOLLI et al., 2015).

A garantia de acesso de "Primeiro Contato" está atrelada à ideia do uso da APS como porta de entrada da rede de atenção, vínculo, acolhimento dos usuários e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população, em sintonia com contexto social em que vive o usuário (PAULA et al., 2016; TESSER; NORMAN, 2014). Este atributo constitui-se por dois componentes "Acessibilidade" e "Utilização" dos serviços pelos usuários de saúde.

Adotando-se os pressupostos de Donabedian (1988), o PCATool-Brasil abrange, em seu modelo de avaliação, as dimensões de estrutura e processo, sendo que cada um dos atributos da APS é avaliado em ambas as dimensões. No caso do atributo Acesso de Primeiro Contato, o componente "Acessibilidade" representa a dimensão de estrutura e compreende a amplitude de serviços ofertados, definição e determinação da população pertencente ao território da ESF, assistência continuada em busca da atenção integrada à saúde. Já o componente "Utilização" faz referência à dimensão de processo e consiste nos padrões de utilização dos serviços e na consideração das dificuldades de saúde (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

Vale destacar que o conceito de acesso é abrangente e abarca, além da entrada e a disponibilidade do serviço, itens de estrutura e funcionamento dos mesmos (ARAKAWA et al., 2011).

Ante a sua abrangência conceitual, esta pesquisa adotou o conceito de acesso defendido por Bárbara Starfield (2002), pela qual o acesso de primeiro contato

significa a escolha dos serviços pelo usuário em relação a problemas novos ou antigos.

Assim, a autora descreve o componente "Acessibilidade" por meio da extensão de itens de estrutura do serviço como localização e horário de funcionamento e o componente "Utilização", a partir da extensão do acesso para cada tipo de uso (consulta de *check-up*, retorno ou de desejo de passar com o especialista) (BRUNELLI et al., 2016).

Um sistema de saúde que tem a APS como sua porta de entrada contribui para a redução do número de consultas pelo mesmo problema, diminuição dos encaminhamentos para consultas especializadas, redução de internações hospitalares, menor procura de serviços de urgência/emergência, menor número de pedidos de exames, concorrendo para a diminuição dos custos em saúde e oferta de cuidados mais adequados às necessidades dos usuários (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012).

Neste sentido, o baixo escore obtido no componente "Acessibilidade" evidencia características negativas da APS no município estudado, pois, as ESF's trabalham em horário comercial, de segunda a sexta-feira e possuem estrutura física e organização de trabalho deficientes. Essa mesma barreira foi descrita nos estudos de Nodari, Olea e Dorion (2013); Ferreira et al (2016) e Rodrigues (2018).

Tais evidências podem associar-se à redução do vínculo entre os usuários e os profissionais, afora afetar a integralidade da atenção (FERREIRA et al., 2016).

Sabe-se que a acessibilidade não é um problema somente do Município estudado, mas uma realidade dos municípios brasileiros e de muitos países. Para Fournier, Heale e Rietze (2012), a APS forte é aquela que possibilita o acesso aos cuidados, tendo como elementos a acessibilidade e o tempo de espera para o usuário ser atendido.

A dimensão acessibilidade à saúde tem sido pesquisada por diversos países e apontada como um problema (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

Resultados de pesquisas relacionadas à acessibilidade à saúde realizadas em diferentes países, como Estados Unidos, Reino Unido e Austrália apontam ações e políticas adotadas por estes países, voltadas para a redução das barreiras de acesso à APS. Entre elas assinalam-se: redução da distância geográfica; horário de cuidado ampliado; agendamento; consultas virtuais; estímulo financeiro; acesso avançado, como meio de equilibrar a capacidade diária da unidade e a demanda e promoção de

uma cultura da qualidade e redução dos riscos decorrentes de estilo de vida. Porém, mesmo assim, os problemas de acesso persistem, comprovando, portanto, que o problema de acesso aos cuidados dos usuários na APS é universal (BERRY-MILLETT; BANDARA; BODENHEIMER, 2009; BALASUBRAMANIAN et al., 2014; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016; KNIGHT; LEMBKE, 2011)

Na mesma direção, o Brasil aumentou a cobertura assistencial por meio da ESF, publicou Políticas e instituiu programas, tais como: Política Nacional de Humanização (PNH), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), Projeto QualificaSUS e o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

Tais políticas e programas versam a melhoria da qualidade e acessibilidade à APS, com ações para redução de filas, do tempo de espera para o usuário ser atendido e da continuidade da assistência para os demais pontos de atenção, bem como a implementação da cultura da avaliação, a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da APS nos municípios e a consolidação das implantações/implementações das Redes de Atenção à Saúde (RAS), porém, a desigualdade no acesso se mantém (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Existe assentimento de que a expansão da cobertura da ESF concorreu para a ampliação de acesso (SILVA; CHAVES; CASOTTI, 2013), entretanto há ainda anuência sobre ela permanecer problemática (AZEVEDO; COSTA, 2010), mesmo onde já esteja implantada (BARBOSA, 2013; SILVA; BAITELLO; FRACOLLI, 2015).

Nesta direção, há que se reconhecer que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada pela Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011a) e novamente divulgada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), estabeleceu revisões importantes de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, onde pode-se observar uma definição mais adequada à temática do acesso.

Quanto ao componente do atributo Acesso de Primeiro Contato "Utilização" ter obtido avaliação positiva, com média de escore de 7,844, o mesmo representa um indicador de que o usuário teve a iniciativa de procurar pela ESF para realizar sua consulta.

O resultado positivo do componente "Utilização", no município de estudo, pode ser explicado por um processo de trabalho eficiente dos profissionais, visto que satisfez as necessidades dos assistidos, bem como, pela disponibilidade das informações sobre o funcionamento do serviço, facilidade de comunicação entre usuários e profissionais (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Este resultado aponta que as ESF's estão seguindo os preceitos de Atenção Primária, como porta de entrada. Estudos nacionais e internacionais assinalam resultados semelhantes ao deste estudo (SALA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011; SILVA; FRACOLLI, 2014; RODRÍGUEZ-RIVEROS et al., 2012; GÓMEZ et al., 2012; BERTERRETCHE; SOLLAZZO, 2012; TSAI et al., 2010; FURTADO et al., 2013, SILVA et al., 2013; GONTIJO et al., 2017).

O acesso perpassa a existência de serviços disponíveis, tendo em vista que vários fatores relacionados ao uso e à oferta influenciam positiva ou negativamente sua utilização. Nesse sentido, a necessidade da expansão da cobertura pela APS é uma das prioridades das políticas do SUS, tendo em vista que é nesse nível assistencial em que se podem resolver 80% dos principais problemas de saúde, gerenciar os demais níveis de atenção e realizar ações (STARFIELD, 2002; CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Enfim, cabe considerar que o problema de acesso aos serviços de saúde foi tratado na 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2017, que discutiu a definição de algumas estratégias para ampliação desse direito. Entre as estratégias, as contidas no art. 2º § 1º desta Resolução referem-se a

"[...] garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais ..." (BRASIL, 2017, p. 2).

6.2.3 Longitudinalidade

No que diz respeito à avaliação do componente Longitudinalidade obteve-se escore médio de 6,388. Apesar do valor alcançado aproximar-se de 6,6, média de corte recomendada pelo PCATool, o mesmo é considerado como baixo, ou seja, as ESF's do município de estudo não se orientam ao atributo de longitudinalidade.

Corroboram com estes achados, os resultados alcançados em dois estudos sobre avaliação da Atenção Primária, o primeiro realizado em um município da região centro-oeste de Minas Gerais, no ano de 2016 e o outro no município de São Paulo, no mesmo ano, onde o escore obtido em ambos, em relação à Longitudinalidade

foram baixos, respectivamente 5,7 e 5,96 (GONTIJO et al., 2017, BRUNELLI et al., 2016).

De maneira distinta, a literatura indica avaliações positivas deste componente em outros estudos (VAZ et al., 2015; LIMA et al., 2015; FRACOLLI et al., 2015, CHOMATAS et al., 2013, OLIVEIRA et al., 2013; REIS et al., 2013; VIANA, 2012; OLIVEIRA, 2012; BRAZ, 2012; PRATES et al., 2017; FERREIRA et al., 2016).

A longitudinalidade pressupõe uma fonte contínua de atenção no decurso do tempo, independentemente da existência de problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Para Cunha e Giovanella (2011), o atributo "Longitudinalidade" é composto por três elementos: a existência, o reconhecimento regular de cuidados de atenção primária; a criação do vínculo durante o tratamento entre os pacientes e profissionais de saúde das ESF's e qualidade dos registros.

A relação interpessoal duradoura entre o usuário e profissional, mediante o vínculo, favorece a adesão ao tratamento, pois este passa a confiar nas orientações dos profissionais e do prosseguimento do tratamento e, assim, o profissional promoverá uma assistência mais holística (BRUNELLI et al., 2010; CUNHA et al., 2013).

A avaliação do atributo Longitudinalidade, com baixo escore denota evidências de que os participantes do estudo não reconhecem as ESF's do município pesquisado como fonte regular de cuidados, não percebendo esses serviços como referência usual, para o atendimento de suas necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Atrelando-se a este reconhecimento, identificam-se fragilidades no que diz respeito ao acompanhamento dos usuários pela mesma equipe de saúde ao longo do tempo, o que interfere em características indispensáveis para uma forte Atenção Primária, tais como: a relação de responsabilidade, o vínculo e confiança dos profissionais de saúde com os usuários (STARFIELD, 2002).

Autores sugerem que a falta de preparo dos profissionais de saúde ao lidarem com a realidade das condições de vida e saúde da população, muitas vezes direcionando as atividades assistenciais para a doença e não para a pessoa, ao número de atendimentos e não para a qualidade da atenção, impedindo a formação de vínculos e serviço integral, constitui também um obstáculo ao alcance da longitudinalidade (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Nesta direção, acredita-se na necessidade de se estreitar a relação entre os profissionais de saúde e usuários das ESF's, possibilitando diagnósticos mais precisos, tratamentos mais eficazes e principalmente o empoderamento dos indivíduos para o cuidado com a sua saúde, contribuindo assim, para melhor resolutividade dos problemas de saúde (SILVA; FRACOLLI, 2014).

Não é fácil se conquistar a dimensão de processo que está incluso no atributo "Longitudinalidade" (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Esses autores assinalam que mesmo que exista o vínculo longitudinal entre o profissional e o usuário, a concretização desse atributo depende da prioridade da gestão, responsável pela manutenção de profissionais na mesma equipe e da ampliação da cobertura com a criação de mais serviços de saúde. Em nosso sistema de saúde é costume mudanças de profissionais a cada troca do executivo municipal, comprometendo, assim, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado ao usuário, família e comunidade.

6.2.4 Coordenação: "Integração de Cuidados" e "Sistemas de Informação"

O atributo Coordenação, constituído pelos componentes "Integração de cuidados" e "Sistemas de Informação" também foi avaliado negativamente pelos participantes do estudo, expressando insuficiente orientação das ESF's de Passos/MG ao princípio da APS de Coordenação. Os mesmos alcançaram escore médio de 5,062, no componente Integração de cuidados e 5,683 no componente Sistemas de Informação.

Os resultados obtidos nesta pesquisa corroboram com os achados de estudos de avaliação das Estratégias de Saúde da família, com usuários adultos, em diferentes municípios brasileiros, confirmando a baixa orientação das ESF's ao atributo Coordenação (BRUNELLI et al., 2016, GONTIJO et al., 2017, LIMA et al., 2015, PRATES et al., 2017, ARAÚJO et al., 2015; SILVA, FRACOLLI, 2014).

Em contrapartida, os estudos de Rodrigues (2018); Fracolli et al. (2015) Chamotas et al. (2013) demonstraram elevado escore, expressando intensa orientação aos princípios da APS.

O atributo "Coordenação" sugere a habilidade de se garantir a continuidade da assistência, por meio de uma articulação sincronizada entre diversos serviços, seja por meio do mesmo profissional de saúde, seja pelos registros nos prontuários ou por ambos. Além disso, o mesmo refere-se às ações de referência e contrarreferência,

proporcionando informações de acompanhamento dos problemas novos e antigos entre os níveis de atenção (STARFIELD, 2002; BRUNELLI et al., 2016).

A articulação harmônica promovida por este atributo entre os diversos níveis de atenção, serviços e ações de saúde, objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que atendam às suas necessidades, de modo contínuo e integrado, humanizado e aperfeiçoado, mediante a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2009).

Este atributo é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS, em que se pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, como também do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e da integração deste cuidado no cuidado global do paciente (SILVA, FRACOLLI, 2014; BRASIL, 2010).

A coordenação tem como essência o conhecimento de informações sobre os problemas das populações para melhor execução de ações que atendam às necessidades atuais. Diante disso, a avaliação negativa do atributo da coordenação afeta a efetividade da longitudinalidade e da integralidade (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2011).

Vários são os benefícios de uma assistência baseada na coordenação: melhor diagnóstico dos problemas do usuário, com tratamentos mais eficazes, e com redução de riscos, diminuição de procedimentos/intervenções complexos e desnecessários e redução de custos com hospitalizações (RODRIGUES, 2018).

Vale referir que alguns fatores presentes na estrutura e processo de organização das ESF's do município do estudo têm impacto negativo sobre a coordenação do cuidado, dentre eles: falta de médicos generalistas com formação em Medicina de Família e Comunidade, o que impacta na qualidade da gestão e responsabilização terapêutica do usuário na rede de atenção; baixa capacidade de resolução da APS e fragmentação do cuidado e mecanismos ineficientes de referência e contrarreferência. Reconhece-se que a desarticulação da rede ou o desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis compromete a resolutividade da APS (CARNEIRO et al., 2014).

Vários são os benefícios de uma assistência baseada na coordenação: melhor diagnóstico dos problemas do usuário, com tratamentos mais eficazes, e com redução de riscos, diminuição de procedimentos/intervenções complexos e desnecessários e

redução de custos com hospitalizações (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; BRASIL, 2011c).

O surgimento, na contemporaneidade, de novas tecnologias de informação, e o emprego dessas na organização do sistema de saúde, operam de modo a favorecer a continuidade da informação entre diferentes serviços de saúde que participam do cuidado ao usuário, promovendo a agilidade das anotações, processamento e acesso às informações, concorrendo, consequentemente, para a melhor orientação terapêutica e avaliação mais satisfatória (FERREIRA et al., 2017; SOUZA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2010; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Deste modo, constata-se que o processo de modernização e utilização de novas técnicas e registros, torna o sistema de saúde menos fragmentado e garante maior integralidade e acesso universal ao direito à saúde de qualidade.

Apesar das fragilidades, percebe-se que muitos aspectos relacionados à coordenação do cuidado têm avançado, porém é necessário que o sistema de saúde conheça o papel e responsabilidade de cada nível de complexidade e consequentemente estabeleça o vínculo entre eles, e, estes se organizem para atender às necessidades dos seus usuários (CARNEIRO et al, 2014).

A integração das unidades de APS à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Quanto ao componente Integração de cuidados, do atributo Coordenação, que apresentou "missing" significativo, o mesmo revelou que 49% dos entrevistados no estudo informaram não ter consultado qualquer tipo de especialista no período em que estavam sendo acompanhados pelas ESF's, e por este motivo, não avaliaram os itens de E1 a E9.

Tal evidência denota características negativas das ESF's avaliadas, no que diz respeito à atuação como provedora de atenção primária, capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe pelos serviços oferecidos pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Nesta direção, os participantes do estudo não reconheceram ser, os profissionais das ESF's, os responsáveis por recomendarem a procura ou por realizarem o referenciamento dos mesmos às consultas com especialistas (BRASIL, 2010).

Estudo de Almeida et al (2010) enfatiza que a referência e a contrarreferência são facilitadoras do processo de integração dos serviços entre os diversos níveis de atenção à saúde. Observam que esses mecanismos entre a atenção primária e o nível secundário e terciário estão formalmente declarados, porém, não são praticados rotineiramente. Na realidade, existem barreiras a serem enfrentadas quanto à comunicação entre os níveis de atenção (CARNEIRO et al., 2014).

Além disso, o baixo escore obtido neste atributo depõe sobre a falta de orientação por parte de médicos e enfermeiros das ESF's sobre serviços em que os usuários poderiam ser assistidos, sobre falta de registro de informações e sobre o motivo das consultas, desconhecimento por parte dos mesmos sobre dados como resultados dos atendimentos realizados por especialistas e falha na obtenção de informações acerca de consultas realizadas pelos usuários em serviços especializados (RODRIGUES, 2018).

Entretanto, não se pode deixar de refletir que a ausência de demanda dos usuários para especialistas, no período em que estavam em acompanhamento na ESF, pode também indicar uma boa resolubilidade da atenção da APS, com desnecessárias referências (FERREIRA et al., 2017).

Por fim, entende-se, conforme Starfield, Shi e Xu (2001), que o gestor da APS deve ser capaz de articular todos os serviços, em todos os níveis de atenção, por meio da Coordenação.

6.2.5 Integralidade "Serviços disponíveis" e "Serviços prestados"

Sobre o atributo da APS Integralidade, que se constitui pelos componentes: Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, nesta pesquisa, obtiveram-se respectivamente as médias de escores 3,836 e 3,333.

Assim, depreende-se que este atributo foi avaliado de maneira desfavorável e que o seu componente "Serviços disponíveis" foi o pior avaliado, o que indica fraca orientação das ESF's avaliadas ao atributo de Integralidade, descrito por Starfield (2002) como a capacidade do serviço de APS de disponibilizar distintas ações e serviços que vão ao encontro das reais necessidades da população, em todos os níveis de atenção.

Nesse sentido, a APS integral deve estar embasada no conceito amplo de saúde, de modo a atender aos determinantes sociais de saúde, oferecendo ações de promoção/prevenção/cura/reabilitação/redução de danos, mediante distintos serviços, estratégias de escuta e apoio ao diagnóstico e terapias, realizando, ainda, a integração horizontal entre as várias ações citadas (PENSO et al., 2017; BRASIL, 2011).

A avaliação negativa do atributo "Integralidade" é sugestiva de que ações e serviços de promoção/prevenção/cura/reabilitação/redução de danos, voltadas para uma atenção integral ao adulto, não estão sendo realizadas efetivamente pelas ESF's do município de Passos.

Diversos estudos sobre avaliação do atributo Integralidade, em ESF's encontraram escores abaixo do ideal. Esses indicam a necessidade de a gestão oferecer maior elenco de serviços, inclusive maior investimento na educação permanente de profissionais de saúde quanto à execução de cuidados voltados para problemas causadores de grandes efeitos na saúde da pessoa, família e comunidade (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011, BRUNELLI et al., 2016).

Faz-se oportuno considerar, como iniciativa do MS de se ampliar o elenco de ações e serviços de APS, a publicação da Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012, pelo MS, que dispõe sobre a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece ao usuário, para atendimento da integralidade da assistência à saúde, em atendimento ao disposto no art. 22 do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e no art. 7º, inciso II da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011). No mesmo sentido, destaca-se também a publicação da Portaria nº 2009/2012, que aprova o regimento interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) (BRASIL, 2012b).

Sobre as ações e serviços da APS descritos na RENASES, evidenciou-se que, no município de estudo, as ESF's ofertam um elenco reduzido de itens, comprometendo sua orientação aos atributos da APS, especialmente a Integralidade.

Depreendeu-se ainda, deficiências de estrutura e processo destas ESF's, tais como: inadequações na estrutura física, falta de ações de educação permanente aos profissionais, inexistência de ações de acolhimento a demanda espontânea. Inexistência de salas de vacinas e equipes de saúde bucal ocorrem na maioria das ESF's, que também não possuem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A heterogeneidade de necessidades de saúde, que incluem aspectos psíquicos e sociais, deve instigar os profissionais de saúde da APS na busca da integralidade do cuidado que vá ao encontro de seus determinantes sociais de saúde. A estrutura do SUS, ainda hoje, com a implementação dos NASF's e das diversas estratégias de humanização do atendimento, ainda carece de respostas concretas (em razão da prática tradicional, abrangendo apenas a visão biológica), necessitando, por isso, aprofundar-se mais em estudos sobre determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença, em especial, no Município de Passos (RODRIGUES, 2018).

Destaca-se o fato de que a produção de cuidados na APS requer o entendimento de que a saúde do usuário adulto é alvo de influências biológicas, sociais, familiares, culturais, econômicas, políticas e do ecossistema (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Os achados negativos sobre o atributo Integralidade, demonstram ainda a obtenção de respostas negativas pelos usuários pesquisados relacionadas a conselhos sobre alimentação saudável; segurança no lar; uso de cinto de segurança para crianças, formas de lidar com os conflitos familiares, exercícios físicos necessários, prevenção de queimaduras e quedas; cuidados no uso de armas, mesmo sendo de conhecimento público as crescentes taxas de sequelas e mortes por violência armada no Brasil, que colocam esse assunto como um grave problema de saúde pública. Resultados confirmados por vários autores (MINAYO, 2005; SALA et al., 2011; PEREIRA et al., 2011; BRAZ, 2012; TRINDADE et al., 2015).

Mesmo diante desses desafios, percebe-se que a ESF detém condições importantes para atuar nestas vertentes, por meio de diálogo com a comunidade durante as abordagens nas atividades de educação e saúde, momento que favorece a construção de vínculos efetivos e afetivos com a comunidade (RODRIGUES, 2018).

Portanto, reforça-se a necessidade de maior investimento em ações educativas, envolvendo temas como: aconselhamento sobre uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças, exposições a substâncias perigosas no lar, trabalho e comunidade, e orientações sobre a guarda de armas de fogo.

Adverte-se, também, sobre a necessidade de qualificação de ações referentes à prevenção de osteoporose e problemas da menstruação/menopausa. Este fato alerta a gestão e os profissionais das ESF's do município de estudo em proceder estudo para levantar as causas deste fato e assim melhorar a cobertura da atenção à mulher nessa fase da vida.

Portanto, para uma atenção à saúde de qualidade na ESF, torna-se imperioso a implementação das diretrizes e princípios do SUS, buscando a realização de uma assistência integral ao usuário.

6.2.6 Orientação Familiar

Além dos quatros atributos essenciais da APS defendidos por Starfield (2002), a autora também estabelece que a APS seja qualificada por outros três atributos derivados: atenção focada na orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais de saúde e gestores. Para a autora, os atributos derivados da APS são tão importantes quanto os quatros atributos essenciais.

No processo de validação do PCATool no Brasil, o atributo de competência cultural foi retirado (HARZHEIM et al., 2006), por isso não fez parte desta pesquisa.

Os atributos derivados foram avaliados neste estudo de maneira negativa em relação ao valor de referência. A "Orientação Familiar" recebeu avaliação insatisfatória pelos usuários de saúde, os quais atribuíram às ESF's média de escore de 4,20, que expressa fraca orientação à APS, no que se refere ao enfoque familiar.

Os dados da pesquisa reforçam evidências de estudos sobre o atributo, que também indicaram baixo enfoque das ESF's à orientação familiar (LIMA et al., 2015, GONTIJO et al., 2017, RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR et al., 2013; VIANA, 2012; OLIVEIRA, 2012; ARAÚJO et al., 2014).

Estudos internacionais, realizados no Paraguai, Argentina, Uruguai, Colômbia e África do Sul, bem como noutros países, também apontaram avaliações negativas no atributo "Orientação Familiar" (RODRÍGUEZ-RIVEROS et al., 2012; GÓMEZ et al., 2012; BERRA et al., 2013; RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR et al., 2013; MOSQUERA et al., 2013; SHIMIZU, 2013; BRESICK et al., 2016).

Em contrapartida, ensaios de avaliação da APS, com uso do PCATool-Brasil desenvolvidos por Fracolli (2016), em um município do interior de São Paulo e por Rodrigues (2018) em Juazeiro do Norte-Ceará, o atributo Orientação Familiar alcançou resultados positivos.

O atributo "Orientação Familiar" tem como foco a família como primeiro espaço social de identificação e explicação dos significados de adoecer e morrer para as pessoas, sendo reconhecida como coadjuvante do cuidado, permitindo que os

profissionais de saúde conheçam a sua dinâmica e assistam-na em suas necessidades (RODRIGUES, 2018).

Starfield (2002) assinala que a orientação familiar requer que o sistema de saúde considere a pessoa em seu ambiente familiar, buscando avaliar as necessidades, riscos à saúde, sua dinâmica e determinantes do processo saúdedoença, dentro dela.

Nesta direção, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os documentos do MS incorporam em seus textos a abordagem da família na atenção à saúde, originando, em 1994, o Programa Saúde da Família, posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006).

Desde então, a visita domiciliar passou a ser percebida como eixo transversal e instrumento das equipes de saúde da APS para o cumprimento dos princípios do SUS (BERNARDES, 2011).

Contudo, mesmo reconhecendo o arcabouço documental do MS que sustenta o enfoque familiar no SUS e a adoção das visitas domiciliares como ferramenta da APS, a análise das respostas dos entrevistados neste estudo, sobre o cumprimento do atributo de "Orientação Familiar" denotam que os usuários das ESF's de Passos avaliam negativamente os processos de escuta pelos profissionais de saúde, sobre suas ideias ou as de algum componente da família, no momento do planejamento terapêutico e no cuidado individual. Também acenam que o médico/profissional destas ESF's não se reuniria com membros de sua família, caso fosse necessário.

Consonante aos achados deste inquérito, Oliveira e Veríssimo (2015), acenam que a opinião dos usuários não é uma prática costumeira das ESF's.

Starfield (2002) assinala que, para uma adequada orientação familiar, o profissional necessita conhecer os instrumentos de abordagem familiar, visando o reconhecimento do histórico do usuário e de sua família. Um histórico com informações detalhadas no prontuário da família permite a aproximação entre profissionais, usuários e famílias e favorece o vínculo e a continuidade do cuidado.

Assim, entende-se que a efetivação deste atributo no campo da prática focaliza a necessidade de que aconteçam mudanças no processo de trabalho das ESF's, de tal modo que se estabeleçam relações mais horizontalizadas e participativas, bem como novas práticas em que os usuários e suas famílias sejam protagonistas do processo de cuidar (PEDUZZI et al., 2011, RODRIGUES, 2018).

A diferença entre o teor teórico sobre a APS e sua prática concorre para que a presença e extensão do atributo "Orientação Familiar" perca seu potencial e, deste modo, não seja percebido pela população alvo, o que se acredita ter ocorrido neste estudo, com os usuários de saúde adultos das ESF's de Passos (ARAÚJO et al., 2014).

Neste contexto, é importante considerar as evidências de Penso et al (2017) que faz inferência da visita domiciliar, como ferramenta de abordagem familiar facilitadora do processo de formação de vínculos com a família e comunidade, destinando-se a conquistar a confiança dos usuários e, assim, acatar com maior facilidade as orientações em saúde.

Entretanto, para que a visita domiciliar se postule como uma ferramenta de abordagem familiar e auxilie as ESF's no alcance de melhor orientação aos atributos da APS, faz-se necessário que esta prática supere características de abordagem pautadas no modelo biomédico e curativista, por parte de todos os profissionais que atuam nessas ESF's (RODRIGUES, 2018).

Enfim, percebe-se que é importante que os profissionais das ESF's ampliem o enfoque das ações de saúde realizadas junto às famílias, com incremento de ferramentas de planejamento de cuidados que respeitem suas características sociais, linguísticas, religiosas e culturais, bem como o contexto em que vivem e trabalham.

6.2.7 Orientação Comunitária

O escore obtido no atributo Orientação Comunitária foi igual a 3,77, inferior ao valor de referência de 6,6. Este resultado sugere insuficiência das ESF's de Passos em relação à orientação à APS, no que tange ao reconhecimento por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (BRASIL, 2010).

Resultados similares foram descritos em outros estudos sobre a avaliação da APS (FERRER, 2013; ALENCAR et al., 2014; ARAÚJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015; OLIVEIRA, 2012; PRATES et al., 2017; LIMA et al., 2015; GONTIJO et al., 2017; RODRIGUES, 2018; SANTOS et al., 2018; BRUNELLI et al., 2016). De maneira dissonante, apresenta-se o resultado do estudo de Fracolli et al., 2015, realizado no

município de Quatá, situado no interior do estado de São Paulo, que alcançou escore alto, de 7,72, acima do valor de referência.

O escore baixo demonstrado no presente estudo, com base em Starfield (2002), pode sinalizar que estejam acontecendo deficiências das ESF's estudadas em desconsiderarem em seu planejamento o ambiente físico, social, econômico, cultural e familiar.

Também se faz necessário considerar que as avaliações negativas imputadas ao atributo Orientação Comunitária remetem a ineficiência das ESF's do município de estudo na realização de pesquisas na comunidade para se conhecer seus problemas de saúde.

Assim, cabe salientar que os entrevistados asseguraram negativamente que os profissionais não conhecem os problemas de saúde da comunidade, o que sugere a necessidade de maior investimento da gestão e dos profissionais em desenvolver este atributo no município.

Neste sentido, Daschevi et al. (2015) e Alencar et al. (2014) assinalam que o desconhecimento dos usuários quanto à realização de pesquisas sobre o ambiente físico, social, econômico, cultural e familiar, decorre muita das vezes da falta de informação da comunidade sobre as ações desenvolvidas pelas ESF's, ou, por estas entrevistas serem realizadas durante as visitas domiciliares, sem a devida explicação de seu objetivo ao entrevistado.

Outro item que compõe a avaliação do atributo "Orientação Comunitária" avaliado negativamente foi sobre o convite para participar do Conselho Local de Saúde, onde os participantes do estudo relatam não terem sido convidados ou não terem conhecimento acerca do mesmo.

Essa evidência comprova a exclusão da comunidade nos processos de tomada de decisão sobre suas necessidades e demonstram que as ESF's do município de estudo não dispõem de espaços de diálogo e de participação da comunidade nas decisões e soluções de problemas de saúde.

A participação popular recepcionada pelo SUS e estabelecida para ser implementada pela ESF, fundamenta-se na integralidade da atenção à saúde e participação da comunidade (OMS, 2005; DASCHEVI et al., 2015).

Nesta direção, os resultados deste inquérito apontam para a necessidade de mudança do processo de trabalho das ESF's estudadas, com vista à promoção da participação popular na formulação de propostas e intervenções, juntamente com os

profissionais e gestores, de maneira que se harmonize os conhecimentos, interesses e necessidades da população e dos profissionais das ESF's.

Assim, a orientação comunitária, que tem como objetivo assegurar a saúde individual dos usuários do território, bem como da comunidade; e os profissionais devem atuar diretamente, realizando mobilização social e participando de sua melhoria.

Desse modo, é necessário conhecer a comunidade, identificar os problemas de saúde e desenvolver ou adequar as ações de saúde para responder a esses problemas e monitorar a efetividade das ações (STARFIELD, 2002).

6.2.8 Escore Essencial e Escore Geral

Por meio dos escores depreendidos nas avaliações de todos os componentes dos atributos da APS e no Grau de Afiliação, identificaram-se os Escores Essencial e Geral.

Para o escore essencial, obtido pela média dos componentes dos atributos essenciais e o grau de Afiliação dos usuários, alcançou-se média de 6,002, categorizada como insatisfatória, o que denota baixa orientação das ESF's estudadas aos atributos essenciais da APS.

Em relação ao escore geral, obtido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, aos atributos derivados e ao grau de afiliação dos usuários com o serviço, alcançou-se média de 4,801, e, portanto, também apontado como Baixo Escore.

O resultado negativo obtido nos escores essencial e geral, corrobora com as constatações de outro estudo relacionado à avaliação da APS, realizado no município de Pouso Alegre, Minas Gerais (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014).

O Escore Essencial, que apresentou média de 6,002, foi menor que o ponto de corte definido pelo Instrumento PCATool-Brasil versão usuários adultos de 6,60, entretanto, foi superior à média obtida no Escore Geral, de 4,801.

Tal evidência revela que o alcance de média mais alta do escore essencial, em relação ao escore geral foi influenciada pelos escores elevados obtidos nos componentes Grau de Afiliação (7,641) e "Acesso de Primeiro Contato - Utilização" (7,844). Entretanto, como os demais componentes dos atributos essenciais, especialmente o "Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade" e "Integralidade-

Serviços Prestados" foram avaliados com escores baixos, respectivamente 3,814 e 3,333, imputou-se ao Escore Essencial uma avaliação negativa, ou seja, abaixo do ponto de corte de 6,60.

Quanto ao Escore Geral, que também recebeu avaliação negativa, este valor pode ser atribuído ao fato de que, no somatório deste escore, são utilizados os escores médios obtidos nos atributos derivados, tendo os mesmos, neste estudo, alcançado médias baixas, sendo as mesmas: Orientação Familiar 4,202 e Orientação Comunitária 3,779. Além dos escores médios baixos obtidos nos componentes dos atributos essenciais, destacados na análise do escore essencial.

Destaca-se que o achado insuficiente com relação ao escore essencial demonstra uma reduzida orientação das ESF's do município de Passos aos princípios da APS. Assim, como escore geral negativo, denota que as mesmas não são provedoras de APS, segundo a percepção dos usuários de saúde entrevistados (STARFIELD, 2002).

6.3 Comparação da qualidade entre as Estratégias de Saúde da Família com médicos participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, segundo a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde

Ao se comparar os valores de escores obtidos nos componentes dos atributos essenciais e derivados da APS entre as ESF's constituídas por médicos do PMM e as ESF's compostas por médicos não vinculados ao PMM, depreendeu-se que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em nenhum dos componentes avaliados.

Evidenciou-se, também, que tanto no grupo de ESF's com médicos do PMM, quanto no grupo de ESF's com médicos que não faziam parte do PMM, somente obtiveram escores médios superiores a 6,6, o componente do Atributo Acesso de Primeiro Contato- Utilização e o Grau de Afiliação. Todos os demais componentes, nos dois grupos foram avaliados de forma insuficiente, em relação ao valor de corte recomendado pelo PCATool-Brasil.

Esta constatação denota fraca orientação aos atributos da APS, por parte dos dois grupos de ESF's (com médicos participantes e com médicos não participantes do PMM) analisadas neste estudo, na percepção de seus usuários adultos. Este resultado também faz inferência negativa sobre o PMM, na percepção dos usuários de saúde adultos, das ESF's com médicos que participam do PMM, no município de

Passos, no que tange ser o Programa, um componente de fortalecimento da APS (KEMPER, 2016).

Além disto, denotam insuficiências relativas à ESF, como modelo recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para a consolidação da APS e cumprimento de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2011; 2017).

Sobre a comparação dos Escores Essencial e Geral entre os dois grupos, também não se observou diferença estatisticamente significativa, denotando reduzida orientação das ESF's, dos dois grupos, aos princípios da APS. Além disto, observouse que tanto as ESF's com médicos do PMM quanto as que não possuem médicos que participam do Programa não são provedoras de APS, segundo a percepção dos usuários entrevistados, no município de estudo (STARFIELD, 2002).

Diante dessas constatações, vale considerar, que, no que diz respeito ao PCATool, instrumento de avaliação da APS utilizado no estudo, a revisão da literatura nacional e internacional demonstrou robustez sobre o seu uso, sendo o mesmo, o principal instrumento para se classificar serviços e sistemas de saúde quanto ao grau de orientação à APS (KEMPER, 2016, p. 61-67). Entretanto, sobre trabalhos que avaliassem a qualidade da APS com uso do PCATool, relacionados ao PMM, obtevese apenas um estudo desenvolvido por Kemper (2016), entretanto, os sujeitos foram os médicos do Programa e não os usuários das ESF's como nesta pesquisa.

Esta escassez de evidências sobre a qualidade da APS no PMM pode ser explicada pelo curto tempo decorrido desde a implantação do Programa (MIRANDA; MELO, 2016). Todavia, a constatação fortalece o reconhecimento sobre a importância de se ampliar a produção científica sobre o PMM, na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde, como forma de se analisar o cumprimento de seus objetivos junto à população alvo.

Ao se comparar as médias de escores obtidos no componente Grau de Afiliação pelos dois grupos (ESF's com médicos participantes e ESF com médicos não participantes do PMM), alcançaram-se em ambos, resultados satisfatórios em relação à média de corte recomendada, respectivamente: 8,164 e 6,973.

Apesar da diferença dos escores obtidos nos dois grupos não apresentarem relevância estatística, observou-se que os usuários de saúde adultos adstritos às ESF's com médicos do PMM possuem maior afiliação às mesmas que os usuários das ESF's com médicos que não participam do PMM.

Tal evidência infere que as ESF's do município de estudo, tanto as que possuem médicos do PMM, quanto as que não os possuem, são reconhecidas pelos usuários adultos como fonte para a assistência à saúde (STARFIELD, 2002).

Entretanto, assinalam que os usuários entrevistados que residiam nas áreas de abrangência das ESF's constituídas por médicos do PMM são mais afiliados às mesmas do que os que pertencem às ESF's com médicos que não participam do Programa, corroborando com as demonstrações do estudo de Comes et al. (2016) que avaliou a satisfação dos usuários com os médicos do PMM, em 32 municípios brasileiros, no ano de 2016 e evidenciou que os usuários expressaram satisfação quanto ao atendimento médico, às informações recebidas sobre a doença e o tratamento, à clareza e à compreensão das indicações.

Tal evidência foi também apontada em uma análise documental sobre a histórica das políticas de APS no Brasil, com ênfase na ESF e no PMM, publicada em 2016, a qual demonstrou ser grande a influência destes profissionais no cotidiano da Atenção Básica brasileira, principalmente por adotarem um padrão de responsabilidade sanitária que lhes tem propiciado construir vínculo e interação com usuários, facilitando o reconhecimento da APS como fonte regular de atendimentos (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Em contrapartida, a análise comparativa sobre a implantação do PMM em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, ocorrido no ano de 2016, não identificou diferenças estatisticamente significativas de impactos entre os agregados que possuíam médicos do PMM, em relação aos agregados que não os possuíam, o que vem ao encontro das evidencias demonstradas nesta pesquisa (MIRANDA; MELO, 2016).

Quanto aos componentes do atributo Acesso de Primeiro Contato "Utilização" e Acessibilidade, nos dois grupos de análise alcançaram-se resultados similares.

No componente "Utilização", as ESF's constituídas por médicos que participam do PMM tiveram média de escore de 7,764 e as ESF's com médicos que não participam do programa atingiram escore de 7,948, o que demonstrou que são orientadas aos atributos da APS, uma vez que os escores obtidos nos dois grupos foram superiores ao escore de referência de 6,6.

Este resultado apontou que tanto as ESF's constituídas por médicos do PMM quando as demais ESF's do município de Passos possuem um processo de

organização do cuidado adequado, ou seja, estão atuando como porta de entrada do Sistema de Saúde municipal (STARFIELD, 2002).

Entretanto, no que diz respeito ao componente "Acessibilidade", que versa não só o acesso ao serviço, mas também inclui aspectos como acolhimento e humanização da atenção prestada, adequação entre a oferta e a demanda ao serviço, abrangendo disponibilidade, bem-estar, agilidade em se conseguir uma consulta, além de horários adequados e tempo de atendimento. Conforme Starfield (2002), o resultado deste inquérito demonstrou deficiente orientação à APS, com alcance de baixo escore deste item pelos dois grupos de análise, a saber, ESF's com médicos do PMM (3,610) e ESF's com médicos não vinculados ao PMM (4,072).

Berterretche e Sollazzo (2012) afirmam que o baixo escore para o item Acessibilidade tem relação com problemas organizacionais e funcionais das ESF's. Nesta direção, pode-se afirmar que o PMM não produziu impacto em relação ao cumprimento do componente "Acessibilidade" na perspectiva dos usuários adultos, do município de estudo. Cabe ainda considerar que mesmo sem significância estatística, o componente "Acessibilidade", foi pior avaliado pelos sujeitos que pertenciam às ESF's que participam do PMM.

Os resultados corroboram com as evidências de Kemper (2016) em seu estudo sobre a avaliação dos atributos da APS na perspectiva dos médicos do PMM, por região geográfica do Brasil. A autora constatou que em todas as regiões analisadas, os valores de escores atribuídos ao componente "Acessibilidade" foram inferiores a 6,6, sendo este o componente pior avaliado pelos médicos do PMM.

Nesta direção, os achados constituem-se um referenciador de que há problemas estruturais relativos às ESF's, os quais transcendem os objetivos do PMM e necessitam ser enfrentados pela gestão dos municípios. Entre esses destacam-se: fechamento das ESF's às 16:30 horas e funcionamento somente em dias úteis, dificuldade de acolhimento, aconselhamento e agendamento (RODRIGUES, 2018).

Entretanto, o fato dos médicos do PMM serem contratados para trabalhar 32 horas junto aos serviços de APS e 8 horas em atividades de formação, não necessariamente realizadas nos serviços (BRASIL, 2013), pode ser considerada uma hipótese do impacto negativo do PMM em relação ao cumprimento do componente "Acessibilidade", na percepção dos usuários adultos das ESF's de Passos que possuem médicos do Programa.

Assim, o menor escore atribuído ao componente "Acessibilidade" pelos usuários adstritos às ESF's com médicos do PMM, neste estudo, pode ter sido influenciado pela menor carga-horária cumprida pelos mesmos em relação à dos médicos contratados pela gestão municipal, os quais possuem carga-horária de 40 horas semanais dedicadas aos serviços e cumpridas nas ESF's.

De maneira diferente, apresenta-se o resultado do Estudo de Caso sobre o PMM no município de Curitiba PR que apontou que o PMM catalisou a implementação do 'acesso avançado' no município, ampliando o horário de funcionamento de algumas unidades básicas até às 22h. Tal hipótese se sustenta pela estruturação dos serviços de APS de Curitiba, que destinou os médicos do PMM para serviços de APS com horário ampliado, sendo esta uma realidade diferente da maioria dos municípios brasileiros, os quais apresentam dificuldades na provisão de profissionais médicos até mesmo para cumprirem a jornada de trabalho mínima e em horário comercial (OPAS, 2015).

Tais resultados reforçam os achados de Campos e Pereira Júnior (2016), de que o PMM ampliou a cobertura assistencial e tornou mais equitativa a distribuição de médicos na Atenção Básica, não conseguindo, entretanto, resolver problemas estruturais do Sistema de Saúde brasileiro que são diferentes entre os municípios e estados.

Sobre o atributo longitudinalidade, também se evidenciou nos dois grupos de ESF's escores símiles e menores que 6,6.

No grupo de ESF's constituídas por médicos do PMM atingiu-se escore médio 6,319 e no de ESF's com médicos não vinculados ao PMM se obteve 6,476. Nos dois grupos, a média de escores alcançados aproximou-se do valor de corte recomendado pelo Instrumento PCATool-Brasil, entretanto, por serem inferiores a 6,6, infere-se baixa orientação aos atributos da APS.

Dessoante às constatações deste estudo, Kemper (2016) evidenciou escores altos relativos ao atributo "Longitudinalidade", na perspectiva de médicos do PMM de todas as regiões geográficas brasileiras, em seu estudo sobre a qualidade da APS.

De acordo com Starfield (2002), o baixo escore do componente Longitudinalidade está associado ao não reconhecimento da APS como fonte contínua de atenção no decurso do tempo, independentemente da existência de problemas de saúde.

Cunha e Giovanella (2011) completam que o atributo "Longitudinalidade" é composto por três elementos: a existência, o reconhecimento regular de cuidados de atenção primária e a criação do vínculo durante o tratamento entre os pacientes e profissionais de saúde das unidades de serviço e qualidade dos registros, à disposição para acesso, pelo usuário, objetivando fornecer conhecimento sobre o usuário.

Assim, a avaliação negativa atribuída pelos usuários das ESF's, nos dois grupos, denota deficiências relativas à relação interpessoal contínua e duradoura entre usuários e profissionais e à produção de vínculo, recomendadas pela Política Nacional de Atenção Básica (RODRIGUES, 2016; BRASIL, 2011; 2017).

Na literatura internacional, o termo continuidade é considerado como semelhante a longitudinalidade, pois, a relação interpessoal duradoura entre usuário e profissional, mediante formação de vínculo, favorece a orientação à APS, no âmbito da longitudinalidade da atenção (BRUNELLO et al., 2010; CUNHA et al., 2013).

Assim, a falta de profissionais médicos em serviços de APS e a elevada rotatividade dos mesmos afetam atributos essenciais da APS, como a coordenação e longitudinalidade do cuidado. Em contexto nacional, poucos são os estudos que tratam da rotatividade de profissionais nas organizações (GIOVANELLA, et al., 2016).

Campos e Malik (2008) chamam ainda a atenção em um estudo sobre a ESF no município de São Paulo que demonstrou que a rotatividade de profissionais médicos afeta a satisfação dos usuários com as ESF's. Enfim, os autores salientam que há maior rotatividade de médicos onde os mesmos têm mais dificuldade de acesso à ESF, sentem-se menos capacitados para suas funções e não têm condições materiais para atuar.

Nesta direção é imperioso considerar-se as evidências qualitativas sobre o PMM para superação de fragilidades relacionadas à provisão, rotatividade e capacitação de profissionais médicos para atuarem nas ESF's, ao se reconhecer que as mesmas interferem negativamente na orientação das ESF's ao atributo de Longitudinalidade da APS (BRASIL, 2013).

De acordo com Campos e Pereira Júnior (2016) a primeira das dimensões de intervenção positiva do PMM foi a inclusão na Atenção Básica, de mais de 18.000 médicos, em curto espaço de tempo de dois anos. Outro ponto positivo foi a disposição do governo federal em redefinir a relação do SUS com a categoria médica, tanto em relação ao fato acima citado, quanto pelas mudanças na reorientação da formação médica que a Lei nº 12.871/2013 determina para todas as escolas médicas,

novas e já existentes, públicas e privadas. Além disso, destaca-se a interiorização dos cursos de medicina, visando a distribuição mais equitativa entre as regiões do Brasil, buscando reduzir as diferenças regionais em proporção de médicos e vagas de graduação por habitantes.

Neste sentido, dessoante aos achados deste inquérito, as avaliações do PMM, apesar do tempo recente de implantação, indicam resultados positivos no eixo provimento emergencial, com destaque à prática da longitudinalidade (KEMPER, 2016).

Entretanto, aponta para a necessidade de avanços no que diz respeito à fixação dos médicos do Programa junto às ESF's, uma vez que atualmente encontram-se em condição de bolsistas.

Passando para a análise comparativa do atributo Coordenação, a partir dos componentes "Integração dos cuidados" e "Sistemas de Informação", essa investigação revelou não possuírem diferença estatística entre os grupos de análise: ESF's com médicos do PMM e ESF's com médicos que não participam do PMM, na percepção dos usuários de saúde adultos que participaram do estudo. Demonstrou ainda baixos escores obtidos pelos dois grupos em relação ao valor de referência de 6.6.

Sobre o componente "Integração dos Cuidados", as ESF's com médicos do PMM obtiveram escore médio de 5,253 e as ESF's com médicos não vinculados ao PMM 4,818. Quanto ao componente "Sistema de Informação", os resultados foram respectivamente 5,556, atribuído às ESF's com médicos do PMM, e 5,849 àquelas com médicos que não participavam do PMM.

Consoante às evidências deste estudo, Campos e Pereira Júnior (2016) pontuaram que o PMM não se propôs a alterar o isolamento da Atenção Básica e a baixa capacidade do exercício da regulação e de coordenação dos médicos e equipes de ESF's sobre o sistema de saúde.

Ante ao exposto, o baixo desempenho das ESF's participantes e não participantes do PMM assinalam debilidades quanto ao funcionamento da APS, que extrapolam os objetivos do PMM.

Entre as debilidades, Campos e Pereira Júnior (2016) destacam o funcionamento em rede de serviços integrada com diferentes complexidades e com distintos papéis; reduzida capacidade de coordenação e regulação das redes pelas equipes de Atenção Básica; impossibilidade de organização das regiões de saúde como instâncias de planejamento e de gestão do SUS.

Outro fator apontado pelos mesmos autores, que determina a baixa capacidade de coordenação da ESF é a pouca governabilidade do SUS sobre a rede hospitalar própria, contratada e sobre as universidades. Em várias capitais, cidades médias e grandes, é frequente se observar dois sistemas de gestão e de regulação para a rede hospitalar e de atenção primária. Em geral, a rede básica é dirigida pelo município e os hospitais estão sob o comando estadual e, rara vez, sobre regulação municipal.

Este apontamento vem de encontro às características da gestão de saúde do município onde se realizou a pesquisa, o que pode ser considerado como uma hipótese para se explicar a baixa orientação dos dois grupos de ESF's avaliadas ao atributo da APS de "Coordenação".

O atributo "Coordenação" sugere a habilidade de garantir a continuidade da assistência, seja por meio do mesmo profissional de saúde, seja pelos registros nos prontuários ou por ambos, proporcionando informações de acompanhamento dos problemas novos e antigos e referenciando e acompanhando as contrarreferências dos outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Evidências robustas demonstram a associação entre sistemas de saúde fortemente centrados na APS e o aumento da efetividade, afirmando o alto poder da Atenção Primária na redução das desigualdades em saúde, na maior eficiência do cuidado, na coordenação do fluxo dos usuários do sistema, na satisfação dos usuários, na maior utilização de práticas preventivas, reforçando o papel da APS como uma importante estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde, prevenindo mortes e doenças (KEMPER, 2016).

Giovanella et al. (2016) defende que os programas governamentais PMM, PMAQ-AB e Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, em sua formulação, convergem no sentido de enfrentar problemas consensuais para a constituição de uma APS forte, abrangente e que exerça a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde.

Entretanto, a insuficiente coordenação do cuidado pela APS é um problema frequente no SUS e sua superação muito dependente da capacidade de gestão dos municípios.

De forma controversa aos achados desta investigação, há evidências de associações positivas entre o PMM e o alcance de melhores resultados relacionados ao atributo da APS de coordenação, por meio do reconhecimento de que a incorporação dos médicos do PMM enriqueceu a continuidade de cuidados, isso

porque se fortaleceu a capacidade de coordenação de toda a rede do SUS e o papel da atenção básica como organizadora do sistema (KEMPER, 2016; COMES et al., 2016).

Sobre a avaliação comparativa do atributo Integralidade, constituído pelos componentes "Serviços Disponíveis" e "Serviços Prestados" nos grupos de ESF's com médicos do PMM e de ESF's com médicos não do PMM, no município de estudo, os escores alcançados, na perspectiva de seus usuários adultos foram insatisfatórios e também não denotaram diferença estatisticamente significativa.

Quanto ao componente "Serviços disponíveis" o inquérito apontou médias de escore de 3,617 referente às ESF's com médicos do PMM e 4,133 às ESF's com médicos que não pertenciam ao PMM. No componente "Serviços Prestados", obtiveram-se 3,160 as ESF's com médicos do PMM e 3,559 as ESF's com médicos que não participam do PMM, inferindo inadequada orientação à APS, quanto à integralidade da atenção prestada, na visão dos usuários entrevistados.

Para Starfield, Shi e Xu (2001), a integralidade representa ações integrais de saúde de natureza preventiva, de promoção e cura, dirigidas à pessoa, família e comunidade, objetivando atender os diversos determinantes sociais, dentro de um processo de trabalho que envolva todos os serviços e agentes sociais, em todos os níveis de atenção.

Neste contexto, duas evidências merecem destaque. A primeira refere-se à insuficiência do cumprimento do atributo integralidade pelas ESF's do município de estudo, pertencentes aos dois grupos de análise, especialmente em relação ao componente "Serviços prestados". A segunda diz respeito ao grupo de ESF's com médicos do PMM terem sido pior avaliadas por seus usuários de saúde, do que as ESF's que não possuem médicos vinculados ao PMM, mesmo que não sendo esta estatisticamente significativa.

Tais evidências versam que a consecução da integralidade como princípio do SUS, na APS, ainda merece enfoque pelas Políticas e Programas de Saúde, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Além disso, denotam que o PMM, decorridos mais de três anos de sua instituição, ainda não produziu impacto nas práticas da APS que envolvam uma abordagem biopsicossocial no cuidado a indivíduos e famílias, ações sobre o território e escopo ampliado com resolutividade, na percepção dos usuários adultos das ESF's constituídas por médicos que participam do PMM.

Diferente das constatações deste estudo, no estudo de Comes et al. (2016), que objetivou analisar a percepção dos outros membros das equipes de saúde da família acerca da integralidade nas práticas a partir da incorporação do médico do PMM, evidenciou-se que o PMM contribuiu na presença de traços de integralidade nas práticas de saúde, impactando positivamente na melhoria da Atenção Básica à Saúde.

As evidências acerca da maior orientação das ESF's ao atributo da Integralidade, a partir da incorporação do médico do PMM obtida no estudo de Comes et al. (2016), aponta que PMM está se consolidando como estratégia que visa, entre outros objetivos, o aumento da capacidade de integralidade e resolutividade da APS, na percepção das equipes de saúde da família.

Também se obteve resultado satisfatório quanto ao aumento da integralidade na APS, no estudo de Kemper (2016), que analisou a qualidade da APS na perspectiva dos médicos cubanos participantes do PMM e constatou que o atributo que teve melhor desempenho foi a integralidade, apresentando altos valores de escore.

Vale destacar, que diferentemente dos locais pesquisados pelos autores citados acima, no município onde se realizou o presente estudo, as ESF's que constituíram o grupo de análise "ESF's com médicos do PMM" não eram exclusivamente compostas por médicos cubanos, incluindo as outras modalidades de provisão previstas no programa, o que pode ser uma hipótese para a dissonância dos achados deste estudo com os supracitados, já que tanto a pesquisa de Kemper (2016) quanto de Comes et al (2016), as ESF's avaliadas eram constituídas apenas por médicos cubanos.

Corrobora com a hipótese levantada acima, a inferência de Franco; Almeida; Giovanella (2018) que restringe a evidência positiva de seus achados sobre a integralidade à atuação do médico cubano ao considerar que a presença de médicos cubanos na constituição das ESF's apresenta elementos condizentes à integralidade das práticas, com prestação de um leque amplo de ações e serviços, coerente com a complexidade dos problemas de saúde e pluralidade dos cenários, não sendo possível se generalizar esta evidência ao PMM.

Nesta direção, Campos e Pereira Júnior (2016) assinalam que os médicos originários de Cuba, ao contrário da maioria dos médicos brasileiros que trabalham na Atenção Básica, tinham formação e experiência específica na Atenção Primária e

Medicina de Família e Comunidade, o que deve ser considerado como uma hipótese explicativa da maior orientação das ESF's constituídas por estes profissionais aos atributos da APS, especialmente ao atributo de Integralidade.

Assim, faz-se oportuno considerar a disposição do governo federal em superar entraves relacionados à formação médica para a APS, ao prever que os médicos do Programa realizassem especialização em Saúde da Família e ao incluir, entre seus eixos estratégicos, mudanças relacionadas à formação médica e à lógica de expansão de vagas de graduação em medicina (BRASIL, 2013; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Entre as mudanças relativas à formação médica, destaca-se a aprovação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, pelo Conselho Nacional de Educação, no ano de 2014 (BRASIL, 2014), que determina reformulação do currículo médico, com ampliação dos campos de saber e de prática da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Urgência/Emergência, Atenção Básica e Saúde da Família. Determina que, no mínimo, 30% do internato (que deve corresponder a, pelo menos, dois anos da formação) aconteça na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS (BRASIL, 2014).

Essa mudança, se de fato efetivada, articulada à inserção dos estudantes desde o início do curso em unidades básicas de saúde e outros serviços, na lógica da integração ensino-serviço-comunidade, promoverá uma aproximação com o sistema de saúde, necessária para a aquisição de competências, habilidades e atitudes adequadas a uma prática médica voltada para as necessidades de saúde da população (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016)

Complementando as propostas de mudanças da graduação de Medicina, o PMM traz significativas mudanças nas diretrizes para formação de especialistas. A principal delas é a priorização da especialidade Medicina de Família e Comunidade (que passa a ser chamada também de Medicina Geral de Família e Comunidade - MGFC). A Lei do Mais Médicos estabelece que esta residência dará acesso a todas as especialidades que não são de acesso direto (que são apenas dez). Ou seja, para o médico entrar na maioria dos programas de residência disponíveis atualmente, deverá fazer um ou dois anos da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Ao colocar a medicina de família como a especialidade central na formação de especialistas, o Estado brasileiro aproxima-se da maioria dos países com sistemas públicos de saúde no mundo (OLIVEIRA et al., 2015).

Concomitantemente, garante a médio e longo prazo, o provimento de médicos de família e comunidade (formados e em formação) na maioria das unidades básicas de saúde, que hoje não contam com médicos com essa formação.

Diante das ponderações relativas à formação médica, previstas no PMM, entende-se serem as mesmas de grande importância para o enfrentamento de entraves estruturais relativos à formação dos profissionais que têm comprometido a efetividade e a sustentabilidade da ESF, como modelo prioritário de APS definido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006; 2012; 2017).

Assim, a consolidação integral das mudanças destinadas à formação médica, previstas no PMM demandarão maior tempo para produzirem impacto positivo na qualidade das ESF's e para serem evidenciadas pelos usuários de saúde (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Faz-se oportuno salientar que todos os médicos das ESF's do município de Passos, do grupo de ESF's com médicos do PMM já haviam realizado o curso de especialização em Saúde da Família previsto na Legislação do Programa. Entretanto, não se constatou impacto positivo do curso, até o momento de realização do estudo, na qualidade das ESF's constituídas pelos médicos do PMM, na percepção dos usuários de saúde entrevistados, no município de Passos.

Dessonante das constatações desta pesquisa, Mourão Netto et al. (2018) referem que os médicos do PMM avaliaram o curso como uma oportunidade de formação que permitiu a ampliação do conhecimento sobre os princípios e as diretrizes do SUS, o fortalecimento do trabalho das equipes e a melhoria da prática clínica.

Entretanto, Campos e Pereira Júnior (2016) advertem, quanto à insuficiência do curso e da supervisão e tutoria, que se dirigiram apenas aos "alunos", médicos do PMM e não a toda equipe em que os mesmos estavam inseridos, o que pode ser considerado como uma hipótese explicativa dos resultados negativos relativos à qualidade da APS, especialmente relacionados aos componentes do atributo de Integralidade.

Corroboram com estas evidências, os resultados da pesquisa de Franco; Almeida e Giovanella (2016) sobre a integralidade das práticas dos médicos cubanos no PMM na cidade do Rio de Janeiro, em que as supervisoras do PMM pontuaram que o curso de especialização em Saúde da Família não tinha contribuído de maneira eficiente para o alcance da integralidade das práticas em saúde destes profissionais.

Neste contexto, Freire Filho et al. (2018) afirma que é bem verdade que o PMM assume, como proposta, mudar a lógica do trabalho e formação médica para uma que se alinhe às necessidades do SUS. Entretanto, essa mudança só pode ser inteiramente concretizada se dela participarem todos os atores imbricados na produção do cuidado.

Ademais, o aprendizado conjunto é condição *sine qua non* para a superação das manifestações hegemônicas de poder e dos silos profissionais, que se ancoram, grosso modo, na lógica da fragmentação das áreas de conhecimento (WELLER, 2012), dispondo-se, portanto, contrariamente ao princípio da integralidade e comprometendo a orientação das práticas em saúde dos diferentes profissionais das ESF's aos atributos da APS.

Sobre os atributos derivados da APS, "Orientação familiar" e "Orientação comunitária", os usuários adultos avaliaram negativamente tanto as ESF's com médicos do PMM, quanto as ESF's constituídas por médicos não vinculados ao PMM, sendo observados escores bem abaixo do valor de corte recomendado pelo PCATool.

Ao atributo "Orientação Familiar" obteve-se escores de 4,330 às ESF's com médicos do PMM e 4,040 às ESF's com médicos não participantes do programa. Para o atributo "Orientação Comunitária", no grupo de ESF's com médicos do PMM, o escore médio foi de 3,432 e no grupo de ESF's com médicos que não eram do PMM, foi de 4,231. Sobre a comparação das médias de escores relativos aos mesmos, nos dois grupos, não se constatou diferença significativa do ponto de vista estatístico.

As constatações do estudo versam que a atenção centrada na família, bem como o conhecimento e o contato direto com a comunidade pelas ESF's do município de Passos, na percepção dos usuários adultos entrevistados, estão deficientes e não foram influenciadas qualitativamente pelo PMM.

Em contrapartida, foram evidentes, em outros estudos, impactos positivos, no que tange à centralização familiar e ao enfoque comunitário das ESF's que possuíam médicos do PMM (KEMPER, 2016; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2016; COMES et al, 2016).

Franco, Almeida, Giovanella (2016) pontuaram que a dinâmica territorial era considerada nas práticas dos médicos do PMM. Entretanto, advertiram sobre os desafios ainda existentes, relacionados à promoção de práticas participativas com as coletividades e à ampliação da abordagem da pessoa com enfoque em seu ambiente

familiar, buscando avaliar as necessidades, riscos à saúde, sua dinâmica e determinantes de saúde-doença para o alcance de maior orientação à APS.

Nesta direção, Lotta, Galvão, Favareto (2016) apontaram que o PMM visa ao alcance destes desafios, especialmente por meio das ações programadas no eixo de Formação Médica, tanto no âmbito da graduação quanto no das residências médicas, as quais foram estruturadas para gerar soluções de médio e longo prazo, até 2026.

Assim, Campos e Pereira Júnior (2016) e Freire Filho et al. (2018) advertem sobre a necessidade de os processos de formação médica favorecerem a ampliação do olhar para além da assistência médica, buscando a interprofissionalidade e a intersetorialidade, mudança dos modelos curativista e gerencialistas de gestão e atenção, trazendo maior olhar da clínica ampliada e da promoção da saúde, como estratégias catalisadoras para a mudança do modelo de atenção à saúde e efetivação dos atributos da APS junto às ESF's.

Nesta direção, acredita-se que o modelo de formação proposto pelo PMM favorecerá a compreensão mais aprofundada dos determinantes sociais de saúde e ampliará a dimensão do elenco de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde, incluindo o cuidado médico abrangente e resolutivo (BRASIL, 2015).

Contudo, Freire Filho et al. (2018) considera o PMM como um espaço potente para a superação das práticas reducionistas e curativistas, entretanto acena que ainda há importantes lacunas que, uma vez preenchidas, podem conduzir o programa a alcançar de maneira mais efetiva os seus objetivos. Entre elas, a que mais chama a atenção é o direcionamento das ofertas educacionais apenas aos médicos.

6.4 Apresentação do comportamento das médias dos escores dos atributos da Atenção da Atenção Primária à Saúde em cada grupo, ESF's com médicos participantes e não participantes do PMM

A análise do comportamento das médias dos escores obtidos em cada componente dos atributos da APS, em cada grupo (ESF's com médicos participantes e ESF's com médicos não participantes do PMM) demonstrou que no grupo das ESF's com médicos do PMM, os componentes, ordenados da maior para a menor média de escore foram: 1º Grau de Afiliação; 2º Acesso de Primeiro Contato-Utilização; 3º Longitudinalidade; 4º Coordenação-Sistema de Informação; 5º Coordenação Integração dos cuidados; 6º Orientação Familiar; 7º Integralidade- Serviços prestados;

8º Acesso de primeiro contato-Acessibilidade; 9º Orientação Comunitária; 10º Integralidade-Serviços Prestados.

Já no grupo de ESF's constituídas por médicos que não faziam parte do PMM, os componentes de maior para a menor média, pela ordem, foram: 1º Acesso de Primeiro Contato- Utilização, 2º Grau de Afiliação; 3º Longitudinalidade; 4º Coordenação-Sistema de Informação; 5º Coordenação Integração dos cuidados; 6º Orientação Comunitária; 7º Integralidade- Serviços prestados; 8º Acesso de primeiro contato-Acessibilidade; 9º Orientação Familiar; 10º Integralidade-Serviços prestados.

Assim, no que diz respeito ao comportamento dos atributos da APS melhor avaliados, evidenciou-se que tanto no grupo de ESF's com médicos do PMM, quanto no grupo de ESF's com médicos não vinculadas ao PMM, os maiores escores médios foram atribuídos aos componentes "Grau de afiliação" e "Acesso de Primeiro Contato-Utilização", entretanto, apresentaram-se de forma alternada nos dois grupos.

No grupo de ESF's com médicos do PMM a ordem classificatória foi: 1º "Grau de afiliação" e 2º "Acesso de Primeiro Contato-Utilização". Já no grupo de ESF's com médicos não pertencentes ao PMM, o componente com maior escore médio foi 1º o "Acesso de Primeiro Contato-Utilização", seguido pelo 2º "Grau de Afiliação".

Vale destacar que nos dois grupos, esses dois componentes foram avaliados com médias de escores satisfatórios, em relação ao valor de corte do PCATool.

Nesta direção, tanto as ESF's com médicos do PMM quanto as ESF's com médicos que não eram do programa são orientadas à APS, no que tange ao "Grau de afiliação" e à "Utilização", na percepção dos usuários de saúde adultos das ESF's do município de estudo. Entretanto, sinalizam que as ESF's com médicos do PMM são mais reconhecidas e mencionadas por seus usuários de saúde adultos e as ESF's com médicos não vinculados ao PMM são mais referenciadas como porta de entrada do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

Da terceira à quinta posição, o comportamento das médias de escores dos componentes dos atributos da APS, quanto à ordem classificatória, foi coincidente nos dois grupos, a saber: 3º Longitudinalidade; 4º Coordenação-Sistema de Informação; 5º Coordenação Integração dos cuidados, sendo os mesmos inferiores ao escore médio recomendado de 6,6.

Já em relação à 6ª posição, houve uma inversão de comportamento com a 9ª, no que tange à ordem classificatória dos atributos derivados da APS "Orientação

Familiar" e "Orientação Comunitária", nos dois grupos de análise, na percepção dos entrevistados.

No grupo de ESF's com médicos que participam do PMM, o atributo "Orientação familiar" ocupou a 6ª posição e o atributo "Orientação Comunitária", a 9ª. De maneira inversa, o atributo "Orientação Comunitária" ficou na 6ª posição e o "Orientação Familiar" na 9ª, no grupo de ESF's com médicos que não fazem parte do PMM. Sendo que, nos dois grupos, também alcançaram-se médias de escore insuficientes ao que se recomenda o PCATool.

Enfim, quanto às 7^a, 8^a e 10^a posições, os dados se comportaram similarmente nos dois grupos, no que diz respeito às médias de escores obtidos, a saber: 7^o Integralidade- Serviços prestados; 8^o Acesso de primeiro contato-Acessibilidade e 10^o Integralidade-Serviços prestados. Todos esses atributos, avaliados negativamente pelos dois grupos (ESF's participantes do PMM) e ESF's não participantes do PMM).

Nesta perspectiva, depreendeu-se que o comportamento das médias de escores alcançados pelos dois grupos de análise, mostrou-se bastante símile, com apenas 02 inversões de posição, com predomínio de baixos valores médios de escores (em 8 dos 10 componentes dos atributos da APS), reforçando a premissa de que o PMM não promoveu impacto relativo à qualidade das ESF's, no município de Passos, na percepção dos usuários de saúde adultos.

Tais evidências, reforçaram aspectos tratados no item 6.3 dessa discussão e denotam possíveis hipóteses explicativas. A primeira hipótese refere-se ao reduzido período de criação do PMM pelo MS.

Miranda e Melo (2016) corroboram com a hipótese e completam que ainda é precipitado aferir ou comparar medidas relativas ao PMM devido ao exíguo tempo de sua implantação.

Outros autores também apontam como limitadores das evidências sobre o PMM, tanto o reduzido tempo de criação, quanto o fato de ainda estar em processo de implantação (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016; KEMPER, 2016; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2016; COMES et al, 2016).

Outra hipótese para se explicar a ausência de impacto do PMM na qualidade da APS, no município de estudo, faz referência à multiplicidade de modelos de formação médica presentes na constituição das ESF's com médicos do PMM, no município de estudo. Estavam presentes na constituição dessas ESF's: médicos formados em instituições de educação superior brasileiras; médicos brasileiros

formados em instituições de educação superior estrangeiras com habilitação para exercício da medicina no exterior; médicos estrangeiros com habilitação para exercício de medicina no exterior e médicos do programa de cooperação internacional com Cuba, porém, as evidências são insuficientes para a sustentação da hipótese acima (FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2016; MIRANDA; MELO, 2016; COMES et al., 2016; KEMPER, 2016).

Também se considerou como hipótese, o caráter provisório do programa e que o mesmo depende de renovação a cada três anos, podendo haver rotatividade dos profissionais médicos nas ESF's providas pelo PMM.

Corrobora com a hipótese do caráter provisório do PMM e do não alcance de diferença no que tange ao aumento da qualidade da APS, o resultado da pesquisa de Campos e Pereira Júnior (2016) em um estudo sobre as conquistas e limites do PMM, no qual o caráter provisório do programa foi um dos limites apontados pelos autores. Além do caráter provisório, os autores destacam o tipo de contrato de trabalho precário, em que os médicos do programa são remunerados por bolsa e advertem que o PMM não avançou na definição de carreiras para o SUS.

Além disso, há que se considerar quanto às baixas médias de escores obtidas nos dois grupos de análise, os desafios para a consolidação das ESF's como modelo de APS, com alto grau de orientação aos seus atributos essenciais e derivados.

Tais lacunas transcendem os objetivos do PMM e voltam-se às revisões relativas à consolidação da PNAB. (BRASIL, 2017)

Enfim, acredita-se que as hipóteses aqui levantadas para a explicação do comportamento das médias de escores, relativos aos componentes de qualidade da APS, na percepção de usuários das ESF's com médicos do PMM, no município de estudo, possam subsidiar a realização de outros estudos congêneres, e no futuro, melhorar a qualidade da atenção à saúde oferecida à população.

7 CONCLUSÕES

Partindo-se dos resultados e análises, algumas conclusões serão destacadas, mantendo-se a mesma sequência da apresentação dos resultados e discussão.

Sobre o perfil sociodemográfico dos entrevistados, prevaleceram os usuários adultos, com média de idade de 53 anos, do sexo feminino, que tinham menos de oito anos completos de estudo, renda familiar menor que três salários mínimos, que não possuíam plano de saúde suplementar e eram casados.

Quanto à presença e extensão dos atributos essenciais da APS, o componente "Serviços Prestados" do atributo Integralidade foi o que recebeu a menor média de escore, ao passo que o componente "Utilização" do atributo Acesso de Primeiro Contato foi o mais bem avaliado.

No que se refere aos atributos derivados da APS, tanto o item "Orientação Familiar" quanto o item "Orientação Comunitária" foram avaliados de maneira insuficiente, com médias de escores inferiores ao ponto de corte ideal, na percepção dos usuários de saúde que participaram desta pesquisa.

Assim, somente o grau de afiliação ao serviço e componente Acesso de Primeiro Contato-Utilização apresentaram orientação à APS, todos os demais foram avaliados negativamente, com médias de escores inferiores ao valor recomendado pelo PCATool.

Essa constatação revelou que as ESF's do município de estudo são reconhecidas como porta de entrada para se realizar o primeiro contato com o sistema de saúde, entretanto, possuem fraco grau de orientação aos demais princípios da APS, na perspectiva dos usuários que participaram deste estudo.

A insuficiente orientação das ESF's de Passos/MG, aos atributos da APS, foi também ressaltada pelas baixas médias alcançadas pelos Escores Essencial e Geral, inferindo que, além da reduzida orientação aos princípios da APS, essas ESF's também não são provedoras de APS, segundo os participantes da pesquisa.

Diante dessas constatações, foi possível compreender que os atributos da APS ainda não estão completamente incorporados às práticas das ESF's, no município de estudo e além do mais, apontam deficiências de estrutura e de processo de organização das mesmas, na concepção das pessoas entrevistadas.

Em relação à comparação da qualidade da APS entre as ESF's com médicos participantes e não participantes do PMM, não foi identificada diferença

estatisticamente significativa, nem na avaliação individual de cada atributo, nem na dos Escores Geral e Essencial, ao adotar-se o nível mínimo de significância de 5% (p-valor <0,05).

Nessa direção, denota-se que o PMM, tendo sido criado como uma estratégia para a qualificação da APS, não produziu impacto na qualidade das ESF's do município de Passos/MG, na perspectiva dos usuários de saúde adultos, até o momento de realização desta pesquisa.

Vale destacar, também, que o comportamento das médias de escores, em cada grupo (ESF's com médicos do PMM e ESF's com médicos não vinculados ao PMM) demonstrou-se símile, com baixas médias de escores, inferiores ao valor de corte de referência, e com ordens classificatórias (do componente melhor ao pior avaliado) semelhantes.

Frente aos resultados encontrados, recomenda-se à gestão e aos gerentes das ESF's, do município de Passos/MG, a adoção de estratégias que visem à acessibilidade, continuidade e integralidade da atenção à saúde, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e da participação comunitária, por meio da conjugação de ações dirigidas à concretização da saúde como um direito social e humano.

Sugere-se também, maior investimento em ações que venham a impactar na melhoria da Integralidade da atenção, por ter sido este o atributo pior avaliado, tanto pelos usuários de saúde adstritos às ESF's com médicos participantes do PMM, quanto às ESF's compostas por médicos que não participavam do programa.

Nessa direção, para o alcance de maior orientação à APS das ESF's de Passos, MG, cumprindo-se com seus atributos essenciais e derivados, recomendam-se: redução de rodízios dos profissionais; flexibilização dos horários e dias de atendimento; implantação do atendimento por telefone; melhoraria do agendamento de consultas de rotina; implementação de ações de acolhimento; fortalecimento das ações de educação permanente, com enfoque interprofissional; melhora do cuidado centrado na família; inclusão da comunidade nas ações dos profissionais das equipes multiprofissionais; realização de pesquisas de satisfação dos usuários; ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, orientações sobre a exposição a substâncias perigosas, uso e guarda de armas de fogo, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Assim, destaca-se a necessidade de se promover uma ampla discussão entre os agentes que participam da APS de Passos/MG (gestores, profissionais de saúde e, principalmente, os usuários), com a finalidade de se traçar medidas de intervenção para modificar os atributos que foram avaliados com baixos escores.

Enfim, recomenda-se também, a implementação de ações de avaliação e monitoramento de resultados relacionados ao PMM, visando aferir o alcance dos seus objetivos de melhoria da qualidade da APS, do município de Passos.

Indica-se, ainda, que sejam realizados futuros estudos relacionados à qualidade da APS, a partir do PMM, com usuários de saúde, direcionados à identificação de seu impacto nas ESF's, no que se refere à obtenção de maior orientação aos atributos da APS.

Espera-se que o conhecimento científico sobre a qualidade da APS, nas ESF's do município de Passos/MG, a partir do PMM, direcione os atores da APS à adoção de medidas destinadas à superação dos entraves indicados neste estudo, para o alcance de maior qualidade da atenção à saúde oferecida à população.

Nessa direção, há a necessidade de se qualificar as ESF's, por meio de ações que ultrapassem as propostas do PMM, com vistas à consolidação da PNAB.

Os resultados desta investigação devem ser considerados à luz de algumas limitações aqui reconhecidas: ter sido realizado com uma amostra de pessoas adultas pertencentes às ESF's de Passos/MG, não comtemplando a totalidade dessa população; ter se dirigido somente aos usuários de saúde, não atingindo assim a percepção de outros atores envolvidos na APS, tais como, profissionais e gestores; pelo fato de ser esse, um estudo com delineamento transversal, estando sujeito às limitações inerentes a este tipo de abordagem, e; por se propor a avaliar o PMM, um programa criado no ano de 2013 e que encontra-se em processo de implantação.

Todavia são escassos os estudos e as respectivas publicações que tratam do PMM no país, o que justifica a realização de novas investigações que possam agregar mais subsídios, hipóteses ou evidências correlatas.

8 REFERÊNCIAS

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 406-430, set. 2018.

ALENCAR, M. N.; COIMBRA, L. C.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, A.A.M.; PINHEIRO, S. R. A.; QUEIROZ, R. C. S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 19, n. 2, p. 353- 64, 2014.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. **Atenção integral à saúde - indicadores para avaliação**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2016.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L. Qualidade de vida: discussões contemporâneas. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. (org.). **Qualidade de vida:** evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: Ipes, 2010, p. 151-160.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A. de; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B. de; TAVARES, G.; SILVA, K. S. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e-180, 2018. Disponível em: https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/. Acesso em: 26 jan. 2019.

ARAKAWA, T.; ARCÊNCIO, R. A.; SCATOLIN, B. E.; SCATENA, L. M.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-am Enferm.**, v. 19, n. 4, p. 994-1.002, 2011.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499. Acesso em: 26 jan. 2019

ARAÚJO, J. S. S.; SILVA, C. S.; PAES, N. A.; FIGUEIREDO, T. M. R. M. de.; SILVA, A. T. M. C. Satisfação de mulheres hipertensas na atenção primária com relação aos atributos essenciais família e comunidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 411-422, abr-jun. 2015.

ARAÚJO, L. U. A.; GAMA, Z. A. S.; NASCIMENTO, F. L. A.; OLIVEIRA, H. F. V.; AZEVEDO, W. M.; ALMEIDA JÚNIOR, H. J. B. Avaliação da qualidade da atenção

- primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014.
- ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr./jun. 2015.
- ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2189-97, 2008. Suplemento 2.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.
- BALASUBRAMANIAN, H.; BIEHL, S.; DAI, L.; MURIEL, A. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. **Health Care Manag. Sci.**, v. 17, p. 31-48, 2014.
- BARBOSA, S. P. Acesso à atenção primária à saúde em municípios de uma região de saúde de Minas Gerais. (Tese de doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.
- BATISTA, C. B.; MACHADO, R. M.; MACIEL, F. J.; MORAIS, M. C. N.; PAULA. P. P. Trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em um município de Minas Gerais. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 10, n. 2; p. 264-374, jul-dez. 2017.
- BENAZZI, L. E. B; FIGUEIREDO, A. C. L.; BASSANI, D. G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 861-868, maio 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2019.
- BERNARDES, E. H. Sentidos de integralidade produzidos com trabalhadores de saúde em relações grupais. (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2011.
- BERRA, S.; HAUSER, L.; AUDISIO, Y; MÁNTARAS, J.; NICORA, V.; OLIVEIRA, M.M.C.de.; STARFIELD, B.; HARZHEIM, E. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, p. 30-39, 2013.
- BERRY-MILLETT, R.; BANDARA, S.; BODENHEIMER, T. The health care problem no one's talking about. **J. Fam. Pract.**, v. 58, n. 12, p. 633-637, 2009.
- BERTERRETCHE, R.; SOLLAZZO, A. El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un Centro de Salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. **Saúde debate** [online]. v. 36, n. 94, p. 461-472, 2012.

BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 188-202, out. 2018.

BONELLO, A. A. D. L. M, CORRÊA, C. R. S. Acesso aos serviços básicos de saúde e fatores associados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4397-4406, nov. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104397 & lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, jun. 2019.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 jun. 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de cobertura da saúde da família**. 2019. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobe. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo demográfico de 2012**. Brasília: 2012. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf>. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades** @:Minas Gerais. 2014a. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 - 2016). Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n° 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 841, de 2 maio 2012(a). Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 3 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.009, de 13 set. 2012(b). Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Brasília, **Diário Oficial da União**, 14 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 out. 2011(a). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, **Diário Oficial da União**, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 set. 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, **Diário Oficial da União**, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Programa Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União**, 9 jul. 2013.

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 Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3º ciclo:** avaliação externa para as equipes. Brasília, DF: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015-2016). Brasília, DF: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde** - Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1998.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Mais Médicos:** orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil. Brasília, DF, 2013a. 22p.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Salário mínimo:** valor atual. 2017b. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/sal_min/>. Acesso em: 25 jun. 2019.
- BRAZ, J. C. Avaliação da atenção às crianças menores de um ano nas Estratégias de Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto São Paulo, 2012.
- BRESICK, G.; SAYED, A.; LE GRANGE, C.; BHAGWAN, S.; MANGA, N.; HELLENBERG, D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). **Afr J Prm Health Care Fam Med.**, v. 8, n. 1, 2016, p. 1.057.
- BRUNELLI, B., GUSSO, G. D. F., SANTOS, I. S., BENSEÑOR, I. J. M. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 11, n. 38, 2016, p. 1-12. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241>. Acesso em: 15 abr. 2019.
- BRUNELLO, M.E.F.; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E.G. de.; ANDRADE, R.L. de P.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 1, p. 131-5, 2010.
- BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; MEDINA, M. G.; MARTINS, C. L.; ALMEIDA, P. F.; CAMPOS, E. M. S.; MOTA, P. H. S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, jun. 2019.
- CAMARGO, F. C.; ALVES, L. A.; GARCIA, A. A.; WALSH, I. A. P. de; EMÍLIO, M. M.; COELHO, V. H. M.; PEREIRA, G. A. Formação para o trabalho na Estratégia Saúde da Família: experiência da residência multiprofissional em saúde. **Rev Enferm Atenção Saúde [Online]**, v. 7, n. 1, p. 190-199, jan.- jul. 2018. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2127. Acesso em: 23 jan. 2019.
- CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 9, p. 190-200, 1993.
- CAMPOS, C. E. A.; PEREIRA, I. D. F. **Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro**. 1. ed. Brasília DF: Organização Panamericana de Saúde, 2016. v. 1. 75p.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 47-68, 2008.

- CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.
- CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). **Manual de práticas da atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 411p.
- CAMPOS, J. J. B.; FORSTER, A. C. A importância do ensino da atenção primária à saúde na formação médica. In: FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B.; VICENTIN, F. B. (orgs.). A Atenção Primária à Saúde no âmbito da FMRP-USP, FUNPEC, Ribeirão Preto, 2017.
- CARNEIRO, M. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 279-295, out. 2014.
- CARNEIRO, V. B.; MAIA, C. R.; RAMOS, E. M.; CASTELO-BRANCO, S. Tecobé no Marajó: tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2413-2422, 2018.
- CASSADY, C.; STARFIELD, B.; HURTADO, M.; BERK, R.; NANDA, J.; FRIEDENBERG, L. Measuring consumer experiences with primary care. **J Ambulatory Pediatric. Assoc.**, v. 105, p. 998-1003, 2000.
- CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.
- CÉSAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl.2, p. 59-70, 1996.
- CHOMATAS, E.; VIGO, A.; MARTY, I.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 2013, p. 294-303. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)828>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- COMES, Yamila et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2749-2759, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902749 & lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2019.

- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. S7-S27, 2008.
- CORRÊA, J. B.; BANDEIRA, V. A. C.; SOARES, M.; SFALCIN, A.; SANTOS, A. B. dos; STUMM, E. M. F. Percepções de usuárias de uma Estratégia Saúde da Família sobre saúde e condições de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 910-929, out.-dez. 2017.
- CRUZ, J. S.; ALMEIDA, P. F.; FIGUEREDO, A. H.; SANTOS, A. M. dos. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. **Rev. Salud Pública**, v. 19, n. 5, set.-out., 2017.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16(Supl. 1), p. 1029-1042, 2011.
- CUNHA, G. T.; CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; SANTOS, C. S. R.; ROSA, I. F.; RODRIGUES, M. C. **Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica:** um estudo qualitativo. Universidade Estadual de Campinas. Belo Horizonte, 2013.
- D'AVILA, O. P.; PINTO, L. F. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 855-865, mar. 2017.
- DASCHEVI, J. M.; TACLA, M. T. G. M.; ALVES, B. A.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N. **Semina**: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, p. 31-38, jan./jun. 2015.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.
- DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas RS, v. 42, Supl. 2, 2008, pp. 51-59.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care. **JAMA**, v. 250, n. 12, sept. 1988, p. 23-30.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care, 1966. Milbank Q [Internet]. v. 83, n. 4, p. 691. 2005.
- FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

- FACHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 223-228, set. 2018.
- FARIA, H. T. G. **Desafios para a atenção em saúde**: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2, no município de Passos, MG. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto São Paulo, 2011.
- FARIAS, D. N. de; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U. dos; BRITO, G. E. G. de. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.
- FERREIRA, J. B. B.; DELATORRE, T. A atenção primária à saúde e suas particularidades. In: FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B.; VICENTIN, F. B. (orgs). **A Atenção Primária à Saúde no âmbito da FMRP-USP**, FUNPEC, Ribeirão Preto, 2017.
- FERREIRA, N. M.; CUNHA, G. T.; DIAS, N. G. O desafio da mudança: a transformação curricular de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 40, p. 1-12, 2018.
- FERREIRA, T. L. S.; SOUZA, A. M. G.; MEDEIROS, J. S. S.; ANDRADE, F. B. Avaliação do atributo coordenação do cuidado em Serviços de Puericultura na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 1, p. 98-107, 2017.
- FERREIRA, V. D.; OLIVEIRA, J. M.; MAIA, M. A. C.; SANTOS, J. S.; ANDRADE, R. D.; MACHADO, G. A. B. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um município mineiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2016.
- FERRER, A. P. S. Avaliação da atenção primária à saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- FIGUEIREDO; A. M.; KUCHENBECKER, R. S.; HARZEIM, E.; VIGO, A.; HAUSER, L.; CHOMATAS, E. R. V. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 41-48. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100004. Acesso em: 13 abr. 2019.
- FONTENELLE, L. F.; CAMARGO, M. B. J.; BERTOLDI, A. D.; GONÇALVES, H.; MACIEL, E. L. N.; BARROS, A. J. D. Utilização das unidades básicas de saúde da ESF conforme a cobertura por plano de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 55, 2018.
- FOURNIER, J.; HEALE, R.; RIETZE, L. "I can"t wait": advance access decreases wait times in primary health care. **Healthc. Q**., v. 15, n. 10, p. 64-68, 2012.
- FRACOLLI, L. A.; MURAMATSU, M. J.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F. R. Z. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015.

- FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, 2018.
- FREIRE FILHO, J. R.; MAGNAGO, C.; COSTA, M. V. da; FORSTER, A. C. Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. **Interface (Botucatu)** [online], v. 22, sup. 2, p. 1613-1624, 2018. Disponível em: ">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601613&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2019.
- FREIRE FILHO, J. R.; COSTA, M. V. DA; MAGNAGO, C.; FORSTER, A. C. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3018, 2018a.
- FURTADO, M. C. C.; BRAZ, J. C.; PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 554-561, 2013.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.
- GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H.; FAUSTO, M. C.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G.; SEIDL, H.; FRANCO, C. M.; FUSARO, E. R.; ALMEIDA, S. Z. F. Emergency supply of doctors by the Mais Médicos (More Doctors) Program and the quality of the structure of primary health care facilities. **Cienc Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.
- GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 18-28, 2003.
- GÓMEZ, S. A.; PAEPE, P.; CONDE, L. L.; STOLKINER, A. La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 436-448, jul./set. 2012.
- GONTIJO, T. L.; DUARTE, A. G. S.; GUIMARÃES, E. A. A.; SILVA, J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde Debate** [online], v. 41, n. 114, 2017, pp. 741-752. ISSN 0103-1104. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406. Acesso em: 2 jun. 2019.
- GOUVEIA, G. C. **Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.
- GUEDES, T. A.; MARTINS, A. B. T.; ACORSI, C. R. L.; JANEIRO, V. Estatística descritiva. **Projeto de Ensino Aprender Fazendo Estatística**, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo EACH/USP, 1 jan. 2019. Disponível em: http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes_etal_Estatistica_Descritiva.

- pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- GUIBU, I. A.; MORAES, J. C.; GUERRA JUNIOR; A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A; COSTA, K. S. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017; n. 51, Supl 2, p. 17.
- HAGGERTY, J. L.; PINEAULT, R.; BEAULIEU, M. D.; BRUNELLE, Y.; GAUTHIER, J.; GOULET, F., et al. Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. **Can Fam Physician**. v. 53, p.1056-1057, 2007.
- HAGGERTY, J.; MARTIN, C. M. Evaluating Primary Health Care in Canada AND The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa, **Health**, Canadá, 2005.
- HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 2013, p. 274-284. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829. Acesso em: 12 maio 2019.
- HARZHEIM, E.; GONÇALVES, M. R.; OLIVEIRA, M. M. C.; TRINDADE, T. G.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** primary care assessment tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; PINTO, L. F. **Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária à Saúde:** a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2015.
- HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-84, 2013.
- HARZHEIM, E.; PINTO, L. F.; HAUSER, L.; SORANZ, D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, maio 2016.
- HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.
- HAUSER, L.; CASTRO, R. C. L.; VIGO, A.; TRINDADE, T. G.; GONÇALVES, M. R.; STEIN, A. T. et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244-255, 2013.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio PNAD**, 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Minas Gerais. **Rendimento médio mensal familiar**. 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama. Acesso em: 3 jun. 2019.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Passos MG**. 2019a. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/passos/panorama. Acesso em: 3 jun. 2019.
- INSTITUTE OF MEDICINE. A manpower policy for primary health care: a report of a study. Washington DC: National Academy of Sciences, 1978.
- KEMPER, E. S. **Programa Mais Médicos**: contribuições para o fortalecimento da Atenção Primária à saúde. (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2016.
- KEMPER, E. S.; TASCA, R.; HARZHEIM, E.; JIMÉNEZ, J. M. S.; HADAD, J.; SOUSA, M. F. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42. E1, 2018. Disponível em: https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e1/. Acesso em: 23 jan. 2019.
- KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments: getting it right. Aust. **Fam. Physician**, v. 40, n. 1-2, p. 20-23, 2011.
- LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v.11, n. 3, set. 2011.
- LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. C. D.; MACIEL, E. L. N. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Lat. Am. Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015.
- LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; RODRIGUES, M. C.; BOUSQUAT, F. A.; SILVA, E. V. da. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. spe., set. 2018.
- LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. C. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2761-2772, 2016.
- MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's

Largest Payment for Performance System in Primary Care. **J Ambulatory Care Management [internet]**, v. 40, n. 2, S4-S1, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338882/pdf/jamcm-40-s04.pdf.12. Acesso em: 9 jul. 2019.

MELO, E. A. O que pode o Mais Médicos? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2672-2674, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902672. Acesso em: 23 jan. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, MG: ESP, 2009.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193p

MENDOZA-SASSI, R; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Cad. Saúde Pública,** n. v. 37, n. 3, 2003, p. 372-378.

MENDOZA-SASSI, R; BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D.; PINHEIRO, R. J.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002, p. 687-707.

MESQUITA FILHO, M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, jul. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais - SES. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR).** Belo Horizonte, MG, 2011. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acesso em: 22 set. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais - SES. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. 30 out. 2012 (atualização: 28 out. 2014). Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acesso em: 30 out. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Minas Gerais. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Belo Horizonte: 2018.

MINAYO, M. C. Violência: um problema de saúde pública no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p.10-35.

MIRANDA, A. S.; MELO, D. A. Análise comparativa sobre a implantação do Programa Mais Médicos em agregados de municípios do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2837-2848, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902837 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2019.

- MOLINA, J.; TASCA, R.; SUAREZ, J. Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 21, n. 9, p. 2925-2933, 2016. Disponível em: ">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123201600090902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://www.scielo.php?pid=S1413-8123201600090902925&script=sci_abstract&tlng=pt>">http://ww
- MOSQUERA, P. A.; HERNÁNDEZ, J.; VEGA, R.; MARTÍNEZ, J.; SAN SEBASTIÁN, M. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota-Colombia: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**, v. 15, n. 13, p. 315, ago. 2013.
- MOURÃO NETTO, J. J.; RODRIGUES, A. R. M.; ARAGÃO, O. C.; GOYANNA, N. F.; CAVALCANTE, A. E. S.; VASCONCELOS, M. A. S., et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2018; n. 42. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.2. Acesso em: 23 abr. 2019.
- NASCIMENTO FILHO, J. M.; ROCHA, N. S. P. D. Tempo de Colheita: experiência no programa Mais Médicos na zona rural de Lagoa de Pedras/RN. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 13, n.40, p. 1-9, 2018.
- NODARI, C. H.; OLEA, P. M.; DORION, E. C. H. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. **Rev. Adm. Pública** [online]. v. 47, n. 5, p. 1243-1264, 2013.
- OCKÉ-REIS, C. O. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. **Saúde debate**, v. 1, n. 41, p. 365-371, abr.-dez. 2017.
- OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, Ribeirão Preto, maio/jun. 2012.
- OLIVEIRA, J. P. A.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, set. 2016.
- OLIVEIRA, M. M. C.; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J.; DUNCAN, B. B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, 2013, p. 256-263. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823. Acesso em: 23 maio 2019.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**., v. 66, n. esp, p.158-164, 2013.
- OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 1, p. 30-36, 2015.
- OLIVEIRA, V. B. C. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde da Criança no Município de Colombo Paraná. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Pós-Graduação em Enfermagem São Paulo, 2012.

- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Renovação da atenção primária à saúde nas américas:** uma orientação estratégica e programática para a organização panamericana da saúde. Cd46/13 (port.) 24 agosto 2005. Organização pan-americana da saúde. Washington, D.C., EUA, 26-30 set. 2005.
- OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Implementação do Programa** "**Mais Médicos" em Curitiba**. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília: OPAS, 2015. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/estudo%20mm.pdf. Acesso em: 29 jun. 2019.
- PASSARÍN, M. I.; BERRA, S.; RAJMIL, L.; SOLANS, M.; BORRELL, C.; STARFIELD, B. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. **Atenção Primária**. v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.
- PATARRA, N. L. Mudanças na dinâmica demográfica. In: MONTERO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil:** a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 67-80.
- PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **J. Res: Fundam. Care.**, online, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, janeiro/março, 2016.
- PAULA, C. C.; SILVA, C. B.; NAZÁRIO, E. G.; FERREIRA, T.; SCHIMITH, M. D.; PADOIN, S. M. M. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet], v. 17, n. 4, out./dez. 2015.
- PEDRAZA, D. F.; QUEIROZ, D.; SALES, M. C.; MENEZES, T. N. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. **ABCS Health Sci.**, v. 43, n. 2, p. 77-83, 2018.
- PEDUZZI, M.; CARVALHO, B.G.; MANDÚ, E.N.T.; SOUZA, G.C.; SILVA, J.A.M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.
- PEDUZZI; M.; OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, J. A. M.; AGRELI, H. L. F.; MIRANDA NETO, M. V. Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: **Clínica Médica:** atuação em clínica médica. 2. ed. São Paulo: Manole: 2016, p. 171-178.
- PENSO, J. M.; PÉRICO, E.; OLIVEIRA, M.M.C.; STROHSCHOEN, A.A.G.; CARRENO, I.; REMPEL, C. 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, jan.-dez., 2017.

- PEREIRA, M. J. B.; ABRAHÃO-CURVO, P.; FORTUNA, C. M.; COUTINHO, S. S.; QUELUZ, M. C.; CAMPOS, L. V. O.; FERMINO, T. Z.; SANTOS, C. B. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, 2011.
- PEREIRA, M. H. B.; COSTA, A. A. Z.; SOUZA, M. H. N.; LEITE, F. M. C.; SOUSA, A. I. Estratégia saúde da família no município de Rio de Janeiro: Avaliação da cobertura e internações por condições cardiovascular. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, p. 605-611, jul.-set. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6021/pdf Acesso em: 23 jan. 2019.
- PERUZZO, H. E.; BEGA, A. G.; LOPES, A. P. A. T.; HADDAD, M. C. F. L.; PERES, A. M.; MARCON, S. S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.
- PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; ET, A. L. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 7, n. 1, p. 75-82, 2007.
- PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C. BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002, p. 687-707.
- PINHO, L. M. G. de; GARCIA, V. L.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 20, n. 1, p. 23-31, jan.-mar. 2018.
- PINTO, L. F.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; D'AVILA, O. P.; GONÇALVES, M. R.; TRAVASSOS, P.; PESSANHA, R. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. **Ciênc. Saúde Colet.,** v. 22, n. 3, mar. 2017.
- PISCO, L. Reformar a APS, proximidade e qualidade para todos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1993, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000601993 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 jul. 2019.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. pt 3, cap. 8, p. 163-98.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, v. 27, n. 2, jan.-mar. 2017.
- PRATES, M. L.; MACHADO, J. C.; SILVA, L. S.; AVELAR, P. S.; PRATES, L. L.; MENDONÇA, E.T. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

- RECH, M. R. A.; HAUSER, L.; WOLLMANN, L.; ROMAN, R.; MENGUE, S. S.; KEMPER, S. E.; FLORENCIO, A. S. R.; ALFARO, G.; TASCA, R.; HARZHEIM, E. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 42, e164, 2018. Disponível em: https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e164/#ModalTutors. Acesso em: 23 jan. 2019.
- REIS, R. S.; COIMBRA, L. C.; SILVA, A. A. M.; SANTOS, A. M.; ALVES, M. T. S. S. B.; LAMY, Z. C.; RIBEIRO, S. V. O.; DIAS, M.S. A.; SILVA, R. A. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.
- RIQUINHO, D. L.; PELLINI, T. V.; RAMOS, D. T.; SILVEIRA, M. R.; SANTOS, V. C. F. dos. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 163-182, jan.-abr. 2018.
- ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016.
- RODRIGUES, E. M. D. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Usuários Adultos do Município de Juazeiro do Norte Ceará Tese de Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
- RODRIGUES, E. M. D.; BISPO, G. M. B.; COSTA, M. S., OLIVEIRA, C. A. N. DE; FREITAS, R. F. JR. F. DE; DAMASCENO, M. M. Avaliação do atributo "Orientação Comunitária" na óptica do usuário adulto da atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 72, n. 3, p. 632-639, jun. 2019.
- RODRÍGUEZ-RIVEROS, M.I.; BURSZTYN, I.; RUOTI, M.; DULLAK, R.; PÁEZ, M.; ORUÉ, E.; SEQUERA, M.; LAMPERT, N.; GIMÉNEZ, G.; VELÁZQUEZ, V. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados Bañado Sur Paraguay, 2011. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 449-460, jul./set. 2012.
- RODRÍGUEZ-VILLAMIZAR, L.A.; ACOSTA-RAMÍREZ, N.; RUIZ-RODRÍGUEZ, M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. **Rev. Salud Pública**, v. 15, n. 2, p. 167-179, 2013.
- SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 948-960, 2011.
- SANTOS, F. P., MALTA, D. C., MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de

- Janeiro, v. 13, n. 5, 2008, p. 1463-1475. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500012. Acesso em: 12 jun. 2019.
- SANTOS, N. C. C. B.; VAZ, E. M. C.; NOGUEIRA, J. A.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 32, n. 3, e00172214, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000300708&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 jan. 2019.
- SANTOS, S. C.; TONHOM, S. F. R.; KOMATSU, R. S. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. supl., p. 118-127, dez. 2016.
- SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Work process in Family Health Program: the potential of subjectivity of care for reconfiguration of the care model. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018.
- SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J** FamPract, v. 50, p. 161-175, 2001.
- SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das redes de atenção à saúde no Brasil. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.
- SILVA, J. M. P. da; FONSECA, S. C.; DIAS, M. A. B.; TEIXEIRA, G. P.; BELFORT, P. P. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 1, p. 7-35, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 jan. 2019.
- SILVA, L. A.; CHAVES, S. C. L.; CASOTTI, C. A. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.
- SILVA, S. A.; BAITELLO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 979-987, 2015.
- SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 692-705, out/dez. 2014.
- SILVA, Z. P.; RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, 2003, p. 372-378.

- SILVA, Z. P.; RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.
- SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 263-271, 2011.
- SOUSA, N. P.; REHEM, T. C. M. S. B.; SANTOS, W. S.; SANTOS, C. E. dos. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 118-125. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167- reben-69-01-0118.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2019.
- SOUZA, G. T.; ALVES, B. A.; TACLA, M. T. G. M.; COLLET, N.; TOSO, B. G. O. Avaliação do princípio da coordenação na atenção primária à saúde da criança em Londrina-PR. **Semina**: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2015.
- SOUZA, L. A., RAFAEL, R. M. R., MOURA, A. T. M. S., NETO, M. Perfil de internações e prevalência de condições sensíveis à atenção primária em hospital universitário. **Revista Rene**, v. 18, n. 4, jul.-ago. 2017, p. 491-498.
- SOUZA, M. F.; SANTOS, A. F.; REIS, I. A.; SANTOS, M. A. C.; JORGE, A. O.; MACHADO, A. T. G. M.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Revista Saúde Pública**, v. 51, n. 87, 2017.
- STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.
- STARFIELD, B. **Primary care:** concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.
- STARFIELD, B.; SHI, L. **Manual for the Primary Care Assessment Tools**. Baltimore: Johns Hopkins University, 2009.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q [Internet], v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.
- STARFIELD, B.; SHI, L.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v.50, n.2, p.161-175, 2001.
- STEIN, A. T.; FERRI, C. P. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-4, jan.-dez. 2017.

- STURMER, J.; BETTINELLI, L. A.; AMARAL, P. P.; BORTOLUZZI, E. C.; DORING, M. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários das estratégias de saúde da família. **Revista Enfermagem UFPE** [online], Recife, 11(supl. 8), p. 3236-3242, ago. 2017.
- TAGLIARI, A. C.; MURARO, C. F.; FERREIRA, M. G. G. Impacto da estratégia saúde da família nas internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 876-891 out./dez. 2016.
- TAHAN-SANTOS, E. **Estratégia Saúde da Família**: satisfação de usuários. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Departamento de Psicologia e Educação. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.
- TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc. São Paulo,** v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.
- TRINDADE, R. F. C.; COSTA, F. A. M. M.; SILVA, P. P. A. C.; CAMINITI, G. B.; SANTOS, C. B. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 5, p. 748-755, 2015.
- TSAI, J.; SHI, L.; YU, W. L.; HUNG, L. M.; LEBRUN, L. A. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. **J Am Board Fam Med**, v. 23, n. 3, p. 402-412, 2010.
- UCHÔA, S. A. C.; MARTINIANO, C. S.; QUEIROZ, A. A. R.; BAY JÚNIOR, O. G., NASCIMENTO, W. G.; DINIZ, I. V. A.; HARTZ, Z. M. A. Inovação e utilidade: avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 100-113, set. 2018.
- URSS. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. **Declaração de Alma-Ata.** URSS,1978.
- VAN DOORSLAER, E.; MASSERIA, C.; KOOLMAN, X. For the OECD Health Equity Research Group. Inequalities access to medical care by income in developed countries. **CMAJ**, v. 174, n. 2, 2006, p. 177-183.
- VAN STRALEN, A. C. S.; MASSOTE, A. W.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. N. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 14-72, 2017.
- VAZ, E. M. C.; MAGALHÃES, R. K. B. P. M.; TOSO, B. R. G. O.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2015.
- VIACAVA, F.; DACHS, N.; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 863-869, 2006.

VIANA, A. L. D.; ROCHA, J. S.Y.; ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N.; NOVAES, M. H. D. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, 2006.

VIANA, L. M. M. Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias. [s.l.] Universidade Federal do Piauí, 2012.

WELLER, J. Shedding new light on tribalismo in health care. **Med. Educ.**, 2012, v. 46, n. 2, p. 134-136.

WIKIMEDIA COMMONS. **Minas Gerais**: município de Passos. 2019. Disponível em: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:MinasGerais_Municip_Passos.svg. Acesso em: 13 jun. 2019.

WONG, S. Y.; KUNG, K.; GRIFFITHS, S. M.; CARTHY, T.; WONG, M. C; LO, S. V.; CHUNG, V.C.; GOGGINS, W. B.; STARFIELD, B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**. v. 10, p. 397, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care.** Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação dos serviços do município de Passos - MG, por usuários adultos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

"O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa." (Resolução. nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, tendo sido convidado
(a) a participar como voluntário (a) do estudo "A qualidade da Atenção Primária, a partir
do Programa Mais Médicos: avaliação dos serviços do município de Passos - MG, por
usuários adultos" recebi da Profa. Dr. Aldaísa Cassanho Forster e da pós-graduanda
Vanessa Luzia Queiroz Silva, ambas vinculadas ao programa de Doutorado em Saúde na
Comunidade, do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina da USP-RP,
responsáveis por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem
dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a avaliar a qualidade das Unidades da Estratégia de Saúde da Família participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, do município de Passos-MG.
- Que a importância deste estudo é de contribuir na definição de políticas públicas de saúde orientadas por evidências científicas, com qualificação da assistência prestada pelas Unidades da Estratégia de Saúde da Família.
- Que os resultados que se deseja alcançar possam evidenciar questões relativas à
 orientação e condução da Estratégia de Saúde da Família, bem como de sua
 efetividade sobre a população, demonstrando (ou não) o cumprimento de seus
 objetivos sobre a população.
- Que esse estudo começará em 2016 e terminará em 2018.
- Que o estudo será organizado da seguinte maneira: primeiramente o
 preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos convidados
 a participar do estudo, em seguida, realização da entrevista e por último a análise
 dos dados pelas pesquisadoras.

- Que a minha colaboração se dará por meio de respostas às questões que compõem a entrevista realizada pelas pesquisadoras.
- Que, sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Que não terei nenhuma despesa e nenhum beneficio financeiro na participação.
- Que receberei uma cópia deste termo de consentimento.

Vanessa Luzia Queiroz Silva Pesquisadora responsável Fones: (35) 35219698/ (35) 9118-5688

e-mail:vanessaqueirozpsf@yahoo.com.br

Aldaisa Cassanho Forster
Orientadora da pesquisa
Fones: (16) 3602-2519/(16) 2602-1526

e-

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no

estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da UEMG- Unidade de Passos-MG

Endereço: Rua Dr. Carvalho 1147

Telefone: 3529 - 6027

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS I

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS
A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação
da Estratégia de Saúde da Família por usuários, em uma cidade brasileira.
Data atual: / /
Data atual:/
Entrevistador:
·
I - IDENTIFICAÇÃO
Nome:
II - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS
1. Sexo () Feminino () Masculino
2. Data de Nascimento:/
3. Anos de estudo: anos completos
4. Renda familiar: (em salários mínimos)
5. Plano de Saúde ()Não ()Sim
6. Você é:
() Casado (a)/Tem companheiro/Ajuntado (a)
() Separado (a)/Divorciado (a)
() Solteiro (a)
() Viúvo (a)

APENDICE C - OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PASSOS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

Pós-graduação em Saúde na Comunidade http://prpg.usp.br/pgsc

Ribeirão Preto, 20 de julho de 2016.

Para: Secretaria Municipal de Saúde de Passos Sra. Angelita Dias Borges Orsolini

Prezada;

Sirvo-me do presente para cumprimentá-la cordialmente e solicitar vossa autorização para a realização da pesquisa intitulada: A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação dos serviços do município de Passos - MG, por usuários adultos, a qual será desenvolvida pela pesquisadora Vanessa Luzia Queiroz Silva, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, do Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, sob orientação da Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster.

Seu objetivo é avaliar a qualidade das ESF's participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, no município de Passos-MG, mediada pelo instrumento PCATool-Brasil, versão para usuários de saúde adultos.

Para alcance do objetivo proposto, a coleta de dados se dará por meio das etapas que se seguem. Etapa 1: Levantamento das ESF's existentes no município e das pessoas com 18 anos ou mais, adscritas às áreas de abrangência dessas Unidades, a partir dos registros existentes nos Sistemas de Informação da Coordenação da APS e/ou junto às Unidades de Saúde.

De posse da lista com os nomes e endereços dos usuários das ESF's, será realizado um sorteio daqueles que irão compor a amostra da pesquisa. Após o sorteio, os pesquisadores de campo se dirigirão aos domicílios desses usuários. No domicílio, se apresentarão aos sujeitos da pesquisa, explicarão a natureza da mesma e seus objetivos, e os convidarão a participar do estudo. Para cada sujeito que concordar participar da pesquisa será oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e após sua concordância, será solicitada sua assinatura ou impressão digital.

Uma cópia desse será entregue para cada sujeito. Para alguns usuários, a entrevista ocorrerá no mesmo dia, para outros, de acordo com sua necessidade será agendada nova data e horário. Para cada dois, dos serviços de APS serão alocados um pesquisador de campo.

Cabe esclarecer que em caso de recusa serão sorteados dois usuários reservas para

compor a amostra.

Etapa 2: Realização da entrevista, no domicílio dos usuários que aceitarem livremente

participar do estudo, dirigidas por dois instrumentos de coleta de dados, o primeiro

constituído por dados sociodemográficos do usuário de saúde e o segundo, por um

instrumento de avaliação da APS, denominado PCATool-Brasil, versão adulto, que seguem

anexos, juntamente com projeto de pesquisa.

Em atenção aos aspectos éticos relacionados às pesquisas com seres humanos, esse

projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em atenção à

Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre Ética em

Pesquisa com Seres Humanos e as etapas de coleta de dados somente ocorrerão após sua

apreciação e aprovação.

Certas de contarmos com vossa autorização, subscrevemo-nos.

Atenciosamente.

Vanessa Luzia Queiros Silva Pesquisadora responsevel

Fones: (35) 35210075/ (35) 9118-5688 e-mail:vanessaqueirozpsf@yahoo.com.br

Julouzada a malizacos da Argenta Des Borges Constini Socretaria Marticipa de Saide

Reali em 22/07/16 Augelile

ANEXO A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PCATooL BRASIL - VERSÃO USUÁRIOS DE SAÚDE ADULTOS

A- GRAU DE AFILIAÇÃO
A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa
de conselhos sobre a sua saúde?
() Não
() Sim (Por favor, dê o nome e o endereço)
Nome do profissional ou serviço de saúde:
Endereço:
A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?
() Não
() Sim, o mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
() Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço).
Nome do profissional ou serviço de saúde:
Endereço:
A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?
() Não
() Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
() Sim, o mesmo que A1 somente.
() Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e o endereço).
Nome do profissional ou serviço de saúde:
Endereço:
Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFEREMEIRO A SER

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFEREMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na resposta A3 (Preencha o item A5).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três	pergunta	s, por favo	or pergunte	o nome	do último		
médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário							
sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).							
A4 – Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:							
Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas	as pergur	ntas seguin	tes serão s	obre o(a):			
A5 –							
B - ACESSO DE PRIMEIRO	CONTATO) - UTILIZA	CÃO				
Entrevistador - para todas as próximas			-	sta			
Por favor, indique a melhor opção	Com	Provavel-	Provavel-	Com	Não sei /		
. or tarely manque a memor op gas	certeza,	mente,	mente,	certeza,	não		
B1 – Quando você necessita de uma consulta de	sim 4 ()	3 ()	não 2()	não 1()	lembro 9()		
revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu	4()	3()	2()	1()	9()		
"nome do serviço de saúde ou nome do							
médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de							
saúde?							
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde,	4()	3()	2()	1()	9()		
você vai ao seu "nome do serviço de saúde ou nome							
do médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de							
saúde? B3 – Quando você tem que consultar um especialista,	4()	3()	2()	1()	9()		
o seu "nome do serviço de saúde ou nome do	4()	3()	2()	1()	9()		
médico/enfermeiro" tem que encaminhar você							
obrigatoriamente?							
C - ACESSO DE PRIMEIRO CO	NTATO -	ACESSIBI	LIDADE				
	Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.						
Por favor, indique a melhor opção	Com	Provavel-	Provavel-	Com	Não sei /		
		Provavel- mente, sim			Não sei / não lembro		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do	Com certeza,	mente,	Provavel- mente,	Com certeza,	não		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no	Com certeza, sim	mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	não Iembro		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?	Com certeza, sim 4 ()	mente, sim 3 ()	Provavel- mente, não 2()	Com certeza, não 1()	não lembro 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do	Com certeza, sim	mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	não Iembro		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas	Com certeza, sim 4 ()	mente, sim 3 ()	Provavel- mente, não 2()	Com certeza, não 1()	não lembro 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	Com certeza, sim 4 ()	3 ()	Provavel- mente, não 2()	Com certeza, não 1()	9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou	Com certeza, sim 4 ()	mente, sim 3 ()	Provavel- mente, não 2()	Com certeza, não 1()	não lembro 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você	Com certeza, sim 4 ()	3 ()	Provavel- mente, não 2()	Com certeza, não 1()	9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	Com certeza, sim 4 () 4 ()	mente, sim 3 () 3 ()	Provavelmente, não 2() 2()	Com certeza, não 1() 1()	9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você	Com certeza, sim 4 ()	3 ()	Provavel- mente, não 2()	Com certeza, não 1()	9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou	Com certeza, sim 4 () 4 ()	mente, sim 3 () 3 ()	Provavelmente, não 2() 2()	Com certeza, não 1() 1()	9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 ()	3 () 3 () 3 ()	Provavelmente, não 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou	Com certeza, sim 4 () 4 ()	mente, sim 3 () 3 ()	Provavelmente, não 2() 2()	Com certeza, não 1() 1()	9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 ()	3 () 3 () 3 ()	Provavelmente, não 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 ()	3 () 3 () 3 ()	Provavelmente, não 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 () 4 ()	3() 3() 3() 3()	Provavel- mente, não 2() 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 ()	3 () 3 () 3 ()	Provavelmente, não 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado no sábado	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 () 4 ()	3() 3() 3() 3()	Provavel- mente, não 2() 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 () 4 ()	3() 3() 3() 3()	Provavel- mente, não 2() 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 () 4 () 4 ()	mente, sim 3() 3() 3() 3() 3()	Provavel- mente, não 2() 2() 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 () 4 ()	3() 3() 3() 3()	Provavel- mente, não 2() 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1() 1()	9() 9() 9()		
C1 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo? C2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? C3 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia? C4 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? C5 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? C6 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? C7 – Quando o seu "nome do serviço de saúde ou	Com certeza, sim 4 () 4 () 4 () 4 () 4 ()	mente, sim 3() 3() 3() 3() 3()	Provavel- mente, não 2() 2() 2() 2() 2()	Com certeza, não 1() 1() 1() 1() 1()	9() 9() 9()		

C8 –É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro"?	4()	3()	2()	1()	9()
C9 – Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4()	3()	2()	1()	9()
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para mercar hora no seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro"?	4()	3()	2()	1()	9()
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?	4()	3()	2()	1()	9()
C12 – Quando você tem que ir ao "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4()	3()	2()	1()	9()
D - LONGITUI	DINALIDAD	ÞΕ	•	•	
Entrevistador - para todas as próxima					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4()	3()	2()	1()	9()
D2 – Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4()	3()	2()	1()	9()
D3 – O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4()	3()	2()	1()	9()
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o "médico/enfermeiro" que melhor conhece você?	4()	3()	2()	1()	9()
D5 – O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?	4()	3()	2()	1()	9()
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4()	3()	2()	1()	9()
D7 – O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4()	3()	2()	1()	9()
D8 – O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 ()	3()	2()	1()	9()
D9 – O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 ()	3()	2()	1()	9()
D10 – O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 ()	3()	2()	1()	9()
D11 – O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4()	3()	2()	1()	9()
D12 – O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4()	3()	2()	1()	9()
D13 – O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 ()	3()	2()	1()	9()
D14 – Você mudaria do "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4()	3()	2()	1()	9()

	~				
E - COORDENAÇÃO - INTE	GRAÇAO	DE CUIDA	DOS		
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço e no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro"? () Sim () Não (Passe para a questão F1) () Não sei / não lembro (Passe para a questão F1) Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resp		no período er	n que você es	stá em acomp	panhamento
E2 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4()	3()	2()	1()	9()
E3 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4()	3()	2()	1()	9()
E4 – O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4()	3()	2()	1()	9()
E5 – O seu "médico/enfermeiro" ou alguém que trabalha no/com "nome do serviço de saúde" ajudou-o/a a marcar esta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E6 – O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E7 – O "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E8 – Depois que você foi a este especialista o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
E9 – O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4()	3()	2()	1()	9()
F - COORDENAÇÃO - SIST		_ ~		oto	
Entrevistador - para todas as próxima Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 – Quando você vai no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (Exemplifique se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4()	3()	2()	1()	9()
F2 – Quando você vai ao "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro", o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível para consulta?	4()	3()	2()	1()	9()
F3 – Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro"?	4()	3()	2()	1()	9()

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

A seguir, apresentamos uma lista de serviços /orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro" esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: "Está disponível no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro")

(Repetir a cada 3-4 iteris. Esta disponiverno nome di	o oci viço d	ic sadde oc	i nome do i	Ticaloo/cili	cimeno ,
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 – respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4()	3()	2()	1()	9()
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistênciasocial ou benefícios sociais.	4()	3()	2()	1()	9()
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4()	3()	2()	1()	9()
G4 – Vacinas (imunizações).	4()	3()	2()	1()	9()
G5 – Avaliação de saúde bucal (exame dentário)	4()	3()	2()	1()	9()
G6 – Tratamento dentário	4()	3()	2()	1()	9()
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4()	3()	2()	1()	9()
G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4()	3()	2()	1()	9()
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4()	3()	2()	1()	9()
G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4()	3()	2()	1()	9()
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti- HIV.	4()	3()	2()	1()	9()
G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4()	3()	2()	1()	9()
G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4()	3()	2()	1()	9()
G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4()	3()	2()	1()	9()
G15 – Remoção de verrugas.	4()	3()	2()	1()	9()
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste papanicolau).	4()	3()	2()	1()	9()
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4()	3()	2()	1()	9()
G18 – Cuidados pré-natais.	4()	3()	2()	1()	9()
G19 – Remoção de unha encravada.	4()	3()	2()	1()	9()
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4()	3()	2()	1()	9()
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama	4()	3()	2()	1()	9()
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma). H - INTEGRALIDADE - SI	4()	3()	2()	1()	9()

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

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

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro".

Em consultas ao "nome do serviço de saúde ou nome do médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens) Com Provavel-Provavel-Com Não sei / Por favor, indique a melhor opção certeza, mente, mente. certeza, não sim sim não não lembro H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre 4() 3() 2() 9() 1() dormir suficiente. H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos 3() 2() 1() 4() 9() em segurança. 4() H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de 3() 2() 1() 9() segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que 4() 3() 2() 1() 9() podem surgir de vez em quando. H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos 4() 3() 2() 1() 9() apropriados para você. H6 - Teste de sangue para verificar os níveis de 4() 3() 2() 1() 9() colesterol. H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você 4() 3() 2() 1() 9() está tomando H8 - possíveis exposições a substâncias perigosas 4() 3() 2() 1() 9() (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho ou na sua vizinhança. 3() 4() H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e 2() 1() 9() orientar como guardá-la com segurança. H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por 4() 3() 2() 1() 9() água quente, óleo quente, outras substâncias). 4() H11 – Como prevenir quedas. 3() 2() 1() 9() H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose 4() 3() 2() 1() 9() ou ossos frágeis. H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas 4() 3() 1() 2() 9() comuns da menstruação ou menopausa. I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. Com Não sei / Por favor, indique a melhor opção Com Provavel-Provavelcerteza. mente. mente. certeza. não lembro sim sim não não 11 - O seu "médico/enfermeiro" lhe perguntou sobre 4() 2() 3() 1() 9() suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? 12 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou a 4() 3() 2() 1() 9() respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? 13 - O seu "médico/enfermeiro" se reuniria com 4() 2() 1() 9() 3() membros de sua família se você achasse necessário? J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. Com Provavel-Provavel-Não sei / Por favor, indique a melhor opção Com certeza, mente, mente, certeza, não sim lembro sim não não J1 – Alguém no "nome do serviço de saúde ou nome 4() 3() 2() 1() 9() do médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares? J2 – O seu "nome do serviço de saúde ou nome do 4() 3() 2() 1() 9() médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? 4() J3 – O seu "nome do serviço de saúde ou nome do 3() 2() 1() 9() médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da

comunidade de como melhorar os serviços de saúde?					
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidad saúde ou nome do médico/enfer					rviço de
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4()	3()	2()	1()	9()
J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4()	3()	2()	1()	9()
J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?	4()	3()	2()	1()	9()

ANEXO B - BASE CONCEITUAL DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE SEGUNDO BÁRBARA STARFIELD

	Atributos essenciais		
	Renovação do contato a cada comparecimento da		
	população ao serviço tem relação direta com		
	acessibilidade. Esta é uma premissa que só o usuário		
Primeiro contato	será capaz de dizer se está presente naquele serviço ou		
	não. Ela poderá ser medida através da avaliação da		
	acessibilidade que é um elemento estrutural, e da		
	utilização que é um elemento processual.		
	Está relacionada com a interação entre serviço e		
	população, uma espécie de fidelidade no qual o serviço		
Longitudinalidade	é responsável pela população e a acompanha por um		
	longo espaço de tempo, indefinido, e a população		
	mantém aquele serviço como sua referência.		
	Refere-se à capacidade do serviço de saúde em prover		
	a população de toda a assistência que ela necessita,		
	mesmo que não disponha de todos os serviços. Para		
Integralidade	tanto deverá encaminhar a população para as unidades		
	de referência. A integralidade pressupõe também o grau		
	de competência dos serviços em identificar a natureza		
	dos problemas que recebe, sejam eles, funcionais,		
	orgânicos ou sociais.		
	Pressupõe continuidade. Uma vez encaminhado a outro		
Coordonação do	serviço, o vínculo do paciente com a unidade de origem		
Coordenação da	deve permanecer, os registros garantidos, e a		
Atenção	comunicação entre profissionais de níveis de atenção		
	diferentes deve constituir-se em uma rotina, garantindo assim a referência e a contrarreferência.		
	Atributos derivativos		
	Conhecimento que o serviço deve possuir sobre		
Centrado na família	membros da família, seus problemas de saúde e sobre		
	a família em si, como foco de atenção.		
	The state of the s		

	Sensibilidade do serviço em reconhecer as diferenças			
	entre as populações a partir de suas origens, crenças,			
Competência cultural	etnias, raças, valores e cultura, no atendimento às suas			
	necessidades.			
	Entendimento das necessidades da população			
Orientado para a	presentes no contexto social em que estão inseridas e			
comunidade	que, portanto, os profissionais de saúde precisam			
	conhecer.			

Fonte: Starfield (2002).

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE PASSOS -FESP/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A qualidade da Atenção Primária, a partir do Programa Mais Médicos: avaliação dos serviços do município de Passos - MG, por usuários adultos

Pesquisador: Vanessa Luzia Queiroz Silva

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 59894316.9.0000.5112

Instituição Proponente: Fundação de Ensino Superior de Passos - FESP/MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.041.124

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, de inquérito que possui base populacional representativa da população adulta, com 18 anos ou mais, adscrita às ESF's de Passos, MG. Nesse tipo de delineamento, os indivíduos são selecionados a partir de uma população de estudo, segundo critérios de amostragem.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade das ESF's participantes e não participantes do Programa Mais Médicos, no município de Passos-MG, mediada pelo instrumento PCATool-Brasil, versão para usuários de saúde adultos. Caracterizar os usuários de saúde adultos, adscritos às ESF's de Passos, MG, segundo as variáveis

sociodemográficas. Identificar as ESF's, segundo sua participação ou não no PMM, e quando participante, segundo a modalidade de participação do profissional médico (Médico brasileiro; Médico estrangeiro; Médico cooperado). Mensurar a presença e a extensão dos atributos da APS (essenciais e derivados) nessas ESF's. Comparar a presença e a extensão dos atributos da APS entre as ESF's, a partir de sua

Endereço: Av.Juca Stockler 1130

Bairro: belo horizonte CEP: 37,900-106

UF: MG Municipio: PASSOS

Telefone: (35)3529-8035 Fax: (35)3529-6055 E-mail: jose.paula@fespmg.edu.br



FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE PASSOS -FESP/MG



Continuação do Parecer: 2.041.124

participação ou não no PMM e, quando participante, a partir da modalidade de participação do profissional médico. Associar a presença e a extensão dos atributos da APS com as variáveis sociodemográficas dos usuários adultos, adscritos às ESF's

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em atenção à Resolução CNS 466/2012, toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. Na presente pesquisa foram considerados riscos mínimos, relacionados ao processo de divulgação dos resultados. Nesse sentido, os mesmos serão minimizados, a partir da apreciação do Projeto pelo CEP e da garantia de divulgação dos resultados em meios acadêmicos, com preservação dos aspectos éticos. Beneficios:

Identificação de indicadores de qualidade para a Atenção Primária à Saúde. Contribuição com a efetivação e qualificação de Políticas Públicas de Saúde, no âmbito da Atenção Primária

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa possui relevância acadêmica e social

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados e devidamente assinados.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	11/03/2017		Aceito
do Projeto	ROJETO 762938.pdf	08:48:08		
Projeto Detalhado /	projetocompleto.pdf	12/09/2016	Vanessa Luzia	Aceito
Brochura		10:01:25	Queiroz Silva	
Investigador			1	1

Enderego: Av.Juca Stockler 1130

Bairro: belo horizonte CEP: 37.900-106

UF: MG Municipio: PASSOS



FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE PASSOS -FESP/MG



Continuação do Perecer. 2.041.124

Outros	autorizsecsaude.pdf	12/09/2016 10:00:18	Vanessa Luzia Queiroz Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEassinadofinal.pdf	12/09/2016 09:00:34	Vanessa Luzia Queiroz Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	16/08/2016 15:35:15	Vanessa Luzia Queiroz Silva	Aceito
Outros	Instrumentodecoleta2.pdf	21/07/2016 16:22:47	Vanessa Luzia Queiroz Silva	Aceito
Outros	PCATool.pdf	21/07/2016 15:58:21	Vanessa Luzia Queiroz Silva	Aceito
Orçamento	Orcamentodapesquisa.pdf	21/07/2016 15:56:23	Vanessa Luzia Queiroz Silva	Aceito
Cronograma	Cronogramadapesquisa.pdf	21/07/2016 15:28:53	Vanessa Luzia Queiroz Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSOS, 02 de Maio de 2017

Assinado por: Jose de Paula Silva (Coordenador)

Enderego: Av.Juca Stockier 1130

CEP: 37.900-106

Bairro: belo horizonte UF: MG Municipio: PASSOS

Telefone: (35)3529-8035 Fax: (35)3529-6055

E-mail: jose.paula@fespmg.edu.br

ANEXO D - COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGO APRESENTADO NO EXAME DE QUALIFICAÇÃO



REVISTA ATENAS HIGÉIA CERTIFICADO DE PUBLICAÇÃO

O comitê editorial da Revista Científica Atenas Higéia, certifica que o artigo intitulado

> Avaliação da Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência do treinamento dos pesquisadores de campo

Com de autoria de:

Vanessa Luzia Queiroz Silva Aldaísa Cassanho Forster Ana Gabriela Cecato Daniela Maria Souto Marques Bruno José Mendes Rezende Isabela Ranieri Sillos

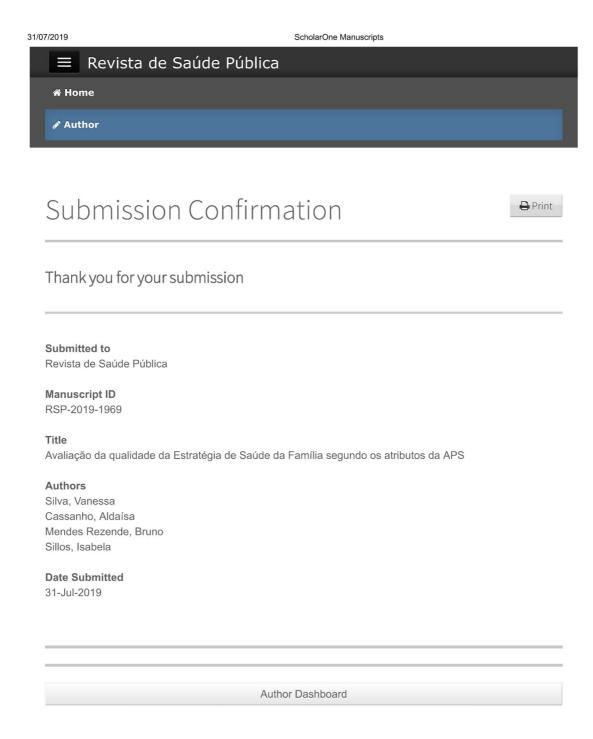
Foi publicado na versão eletrônica do periódico Ano I, Volume I, Número I de 2019, disponível no endereço:

http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/a rticle/view/9/9

> Prof. Dr. José de Paula Silva Editor da revista Atenas Higéia



ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO RELACIONADO À TESE



© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. All Rights Reserved. ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc. ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

♥ @ScholarOneNews | 🗱 System Requirements | 🕰 Privacy Statement | 🔦 Terms of Use

ANEXO F - ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO

Revista de Saúde Pública



Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo os atributos da APS

Journal:	Revista de Saúde Pública
Manuscript ID	RSP-2019-1969
Manuscript Type:	Original Article
Keyword – Go to DeCS to find your keywords.:</a 	Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Avaliação em saúde

SCHOLARONE™ Manuscripts

Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família segundo os atributos da APS

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), cuja noção inicial é atribuída ao Relatório Dawson, em 1920, ganhou força, na década de 1970, a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978. O conceito de APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, que se caracteriza pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais, vem sendo muito utilizado, inclusive pelo Ministério da Saúde brasileiro¹⁻⁴.

Diante desse conceito, Barbara Starfield qualifica um serviço de APS pela presença e extensão de quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e uso do serviço a cada novo episódio de um problema; a longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo; a integralidade, que implica fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde; e a coordenação, que é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Além desses, a autora também define três atributos derivados: a orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; a orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais³.

No Brasil, a mudança do modelo assistencial, orientado pela APS iniciou-se em meados dos anos 90, associado ao movimento de Reforma Sanitária, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e posteriormente do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, mais tarde elevado ao status de Estratégia⁵. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como modelo para a expansão e reorganização da APS, pelo Ministério da Saúde brasileiro e vem crescendo em número de equipes e cobertura populacional.

Em 2001, foi criado e validado um instrumento de avaliação da APS, nos Estados Unidos da América, o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* que mede a presença e a extensão dos atributos da APS, além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde, para usuários adultos e para crianças, em diferentes modelos de APS⁶. Em 2006, foi realizada a primeira validação do PCATool no Brasil, na versão usuários crianças e em 2013 na versão usuários adultos^{7,8}.

No Brasil, já se realizaram diversos estudos de avaliação das ESF's Entretanto, a falta de uniformidade conceitual utilizada nas diversas definições de APS e a grande variabilidade metodológica dos estudos, ainda não nos permite estabelecer uma visão homogênea do processo de reorganização dos serviços de APS no Brasil^{9,10}.

Desse modo, o objetivo do estudo foi avaliar, a qualidade das Estratégias de Saúde da Família, segundo a presença e extensão dos atributos da APS, mediada pelo PCATool-Brasil, versão para usuários de saúde adultos.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, de inquérito populacional. O estudo foi realizado no município de Passos, MG.

Para o cálculo do tamanho da amostra, realizou-se levantamento de todas as pessoas adultas adscritas às 19 Estratégias de Saúde da Família, obtendo-se um total de 51.808 pessoas. Nessa direção, ao indicar a margem de erro (absoluto) igual a 5% (d), um intervalo de confiança de 95% ($Z\alpha(95\%)=1,96$), uma população finita de 51.808 pessoas adscritas às ESF's de Passos, MG, com idade de 18 anos ou mais e proporção p = q = 50% , o cálculo do tamanho da amostra foi de 384 pessoas.

Ao considerar possível perda de amostragem por morte, recusa e migração, entre outros fatores, foi acrescido o valor de 20% no tamanho da amostra, totalizando 461 pessoas. Totalizaram-se 41 perdas de amostragem. Assim, a amostra foi constituída por 420 pessoas que atenderam os critérios de seleção adotados no estudo.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes. Para cada sujeito que concordou participar da pesquisa foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quanto à análise de dados, as variáveis sociodemográficas foram dicotomizadas. A variável estado civil foi dividida em casados e não casados. A idade, em < 54e ≥ 54 anos, levando-se em consideração a mediana da idade dos entrevistados. A escolaridade foi considerada baixa quando < 8 anos completos de estudo e alta ≥ 8 anos. Para a renda, foi considerada baixa, quando < 3 salários mínimos e alta ≥ 3 salários mínimos. Sobre o sexo, distribuiu-se em participantes do sexo feminino e masculino. Quanto ao estado civil considerou-se casados e não casados e enfim, em relação ao plano de saúde suplementar, ponderou-se os participantes que possuíam e os que não possuíam plano de saúde.

Sobre as variáveis referentes à avalição da qualidade das Estratégias de Saúde da Família, a análise apoiou-se no cálculo dos escores obtidos pelo uso da Escala Likert, método proposto pelo instrumento *PCATool Brasil – versão usuários adultos*¹¹.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, bem como realizados os cálculos dos escores mínimos, máximas, média, desvio-padrão e escores médios referentes às variáveis relativas aos atributos da Atenção Primária à Saúde. Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva.

Foram garantidos os aspectos éticos previstos para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Dos 420 (100%) sujeitos, a idade variou de 18 a 89 anos, com média e desvio padrão de 53(± 17,08) anos e predomínio do sexo feminino (58,09%). Quanto à escolaridade, verificou-se que 57,14% tinham menos de oito anos completos de estudo, com média e desvio padrão de 7,19 (±4,11) anos. Em relação à renda familiar, 348 (82,86%) sujeitos recebiam menos de três salários mínimos, com média e desvio padrão de 1,57(±1,60). No que diz respeito a possuírem plano de saúde suplementar,

332 (79,05%) não possuíam. Enfim, sobre o estado civil evidenciou-se que 63,57% dos sujeitos eram casados.

Quanto às variáveis relacionadas à qualidade da Estratégia de Saúde da Família, representadas pela presença e extensão dos componentes dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde evidencia-se que em relação aos componentes que integram os atributos essenciais, a média e desvio padrão podem ser observados na tabela 2. Assim, dos 08 (100%) componentes referentes aos atributos essenciais, apenas 01 (12,5%), o Acesso de Primeiro Contato (Utilização) atingiu valor de 7,844, considerado como Alto Escore, ou seja, superior a 6,6 (Tabela 2).

Todos os demais componentes, 07 (87,5%) representados por Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) 3,814; Longitudinalidade 6,388; Coordenação (Integração dos Cuidados) 5,062; Coordenação (Sistemas de Informação) 5,683; Integralidade (Serviços Disponíveis) 3,836; Integralidade (Serviços Prestados) 3,333 obtiveram valores considerados como Baixo Escore, inferiores a 6,6.

Destaca-se, portanto o atributo essencial, Acesso de Primeiro Contato (Utilização) como o de mais alto escore, com média e desvio padrão 7,844 e o atributo Integralidade (Serviços Prestados) como o de menor escore, com média e desvio padrão de 3,333.

Salienta-se que o componente Integração de cuidados do atributo Coordenação apresentou "missing" significativo. Dos 420 (100%) participantes, foram excluídas da análise as repostas de 206 (49%). A exclusão se fez, uma vez que 50% ou mais do total de itens deste componente não foram preenchidos ou obtiveram resposta "não sei/não lembro"²².

No que se refere aos atributos derivados, as médias e desvios padrão obtidos foram: Orientação Familiar 4,202 (±3,002) e Orientação Comunitária 3,779 (±2,316), ambos menores que 6,6, portanto, classificados como de Baixo Escore.

Sobre o grau de afiliação, que não é considerado um atributo da Atenção Primária, porém é um dos componentes para a obtenção do escore geral, obteve-se média e desvio padrão de 7,641 (±2,765), considerado Alto Escore.

Já em relação ao escore essencial obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais: Acesso de primeiro contato (Utilização e

Acessibilidade), Longitudinalidade, Coordenação (Integração de Cuidados e Sistemas de Informação), Integralidade e o Grau de Afiliação do usuário com o serviço atingiu-se média e desvio padrão 6,002 (±1,727), sendo categorizado como Baixo Escore (Tabela 2).

E o escore geral calculado pela média entre os componentes dos atributos essenciais, dos atributos derivados e do grau de afiliação do usuário com o serviço, se alcançou média e desvio padrão 4,801 (±1,382), e, portanto também identificado como Baixo Escore.

DISCUSSÃO

Sobre a caracterização dos usuários de saúde segundo as variáveis demográficas, depreendeu-se que dos 420 (100%) usuários de saúde, a idade variou de 18 a 89 anos, com média de 53 anos, sendo que 50,24% da população encontrava-se acima de 54 anos, em consonância ao estudo sobre satisfação de usuários com a Estratégia de Saúde da Família, realizado em Ribeirão Preto/SP, que mostrou média de 51 anos e com o estudo de avaliação da Atenção Primária à Saúde, realizado do município de Porto Alegre/RS em que a média de idade dos usuários entrevistados foi de 49 anos^{13,14}.

Entretanto, esses dados são dissonantes aos encontrados no estudo sobre avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro, desenvolvido em Recife, o qual evidenciou que 59,8% dos usuários tinham entre 18 e 39 anos de idade¹⁵.

Estudos transversais realizados com pessoas adultas, atendidas por serviços de Atenção Primária à Saúde, mostraram predomínio do sexo feminino em 63 e 80%, respectivamente^{8,16}.

Quanto à escolaridade, difere do estudo destinado à apresentação da versão reduzida do PCATool-Brasil para usuários adultos, realizado com usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde, em Porto Alegre/RS, em que a escolaridade média foi de 9,6 anos de estudo¹⁴

Quanto à renda familiar, obteve-se média de 1,57 salários mínimos, sendo que a maioria (82,86%) dos sujeitos referiram receber salário inferior a três salários mínimos. Esses resultados estão em concordância com outro estudo

que apontou que a faixa de renda que predominou entre os entrevistados estava entre um a dois salários mínimos (50,0%)¹³.

Sobre o estado civil evidenciou-se que 63,57% dos sujeitos eram casados. Os dados veem de encontro aos resultados obtidos em estudos sobre a avaliação da atenção primária à saúde, onde a maioria dos sujeitos entrevistados eram casados, sendo respectivamente 59,1% e 67% 17,18.

Já em relação à presença e extensão dos componentes dos atributos da atenção primária, observa-se que o Grau de Afiliação, nesta pesquisa, se obteve escore médio de 7,641, considerado Alto Escore, o que revela adequada orientação à APS pelas ESF's de Passos, em consonância às evidências demonstradas em inquéritos avaliativos sobre a qualidade da APS no Brasil, que obtiveram escores de: 6,67, na pesquisa de Brunelli et al. (2016)¹⁶; 7,5 no estudo de Duarte et al. (2016)¹⁹; 9,31 na investigação de Fracolli et al. (2015)²⁰16 e 6,9 na avaliação de Lima et al. (2015)¹⁷.

O estudo sobre os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde nas Estratégias de Saúde da Família do município de Passos, MG demonstrou que o Acesso de Primeiro Contato (Utilização) obteve alto escore e Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) foi avaliado como baixo escore.

Os dados corroboram com os achados de outros estudos que avaliam a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde por usuários de Estratégias de Saúde da Família em diversos municípios brasileiros como São Paulo/SP; Curitiba/RS; Londrina/PR e Juazeiro do Norte/CE. Em todos estes estudos, os escores obtidos em relação ao atributo Acesso de Primeiro Contato (Utilização) foram altos e Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) baixos 16,21,22.

Em contrapartida, são dissonantes ao resultado da pesquisa sobre avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior de São Paulo, que obteve os escores 9,22 e 6,75 respectivamente nos atributos Acesso de Primeiro Contato (Utilização) e Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade), ambos avaliados como alto escore. Vale considerar que mesmo sendo ambos avaliados com alto escore, o atributo Acesso de Primeiro Contato (Utilização) foi melhor avaliado que o atributo Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade)¹⁹.

Ante a sua abrangência conceitual, esta pesquisa adotou o conceito de acesso defendido por Barbara Starfield³, pela qual o acesso de primeiro contato significa a escolha dos serviços pelo usuário em relação a problemas novos ou antigos.

Neste sentido, o baixo escore obtido no componente "Acessibilidade" evidencia características da Atenção Primária à Saúde no município estudado, pois, as ESF's trabalham em horário comercial, de segunda a sexta-feira e possuem estrutura física e organização de trabalho deficientes. Essa mesma barreira foi descrita nos estudos de Nodari, Olea e Dorion (2013)²³, Ferreira et al, (2016)²⁴ e Rodrigues (2018)²².

Quanto ao componente do atributo Acesso de Primeiro Contato "Utilização" ter obtido avaliação positiva, aponta que as ESF's estão seguindo os preceitos de Atenção Primária, como porta de entrada. Alguns estudos assinalam resultados semelhantes ao deste estudo^{25,26,27}.

Corroboram com achados a respeito do componente Longitudinalidade que obteve escore médio de 6,388, os resultados alcançados em dois estudos sobre avaliação da Atenção Primária, o primeiro realizado em um município da região centro-oeste de Minas Gerais, no ano de 2016 e o outro no município de São Paulo, no mesmo ano, onde o escore obtido em ambos, em relação à Longitudinalidade foram baixos, respectivamente 5,7 e 5,96^{19,16}.

O atributo Coordenação, foi avaliado negativamente pelos participantes do estudo, expressando insuficiente orientação das ESF's de Passos, MG ao princípio da Atenção Primária à Saúde de Coordenação.

Tais achados corroboram com os dos estudos de avaliação das Estratégias de Saúde da família, com usuários adultos, em diferentes municípios brasileiros, confirmando a baixa orientação das ESF's ao atributo Coordenação. 16,17,19

Sobre o atributo da APS Integralidade, que se constitui pelos componentes: Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, nesta pesquisa, obtiveram-se também médias de escores insatisfatórias.

Diversos estudos sobre avaliação do atributo Integralidade, em ESF's encontraram escores abaixo do ideal. Estes indicam a necessidade de a gestão oferecer maior elenco de serviços, inclusive maior investimento na educação permanente de profissionais de saúde quanto à execução de cuidados voltados

para problemas causadores de grandes efeitos na saúde da pessoa, família e comunidade^{16,28}.

Além dos quatros atributos essenciais da APS defendidos por Starfield (2002)³, a autora também estabelece outros três atributos derivados: atenção focada na orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais de saúde e gestores.

No processo de validação do PCATool no Brasil, o atributo de competência cultural foi retirada⁸, por isso não fez parte desta pesquisa.

Os atributos derivados foram avaliados neste estudo de maneira negativa em relação ao valor de referência. A "Orientação Familiar" recebeu avaliação insatisfatória pelos participantes, que expressa fraca orientação à Atenção Primária à Saúde, no que se refere ao enfoque familiar.

Os dados da pesquisa reforçam evidências de estudos sobre o atributo, que também indicaram baixo enfoque das ESF's à orientação familiar. 17,19

Em contrapartida, ensaios de avaliação da APS, com uso do PCATool-Brasil desenvolvidos por de Fracolli²⁰ (2015), em um município do interior de São Paulo e por Rodrigues²² (2018) em Juazeiro do Norte-Ceará, o atributo Orientação Familiar alcançou resultados positivos.

O escore obtido no atributo Orientação Comunitária foi inferior ao valor de referência. Resultados similares foram descritos em outros estudos sobre a avaliação da Atenção Primária à Saúde. 16,17,19,22

Por meio dos escores depreendidos nas avaliações de todos os componentes dos atributos da Atenção Primária à Saúde e no Grau de Afiliação, identificaram-se os Escores Essencial e Geral.

Para o escore essencial, obtido pela média dos componentes dos atributos essenciais e o grau de Afiliação dos usuários, alcançou-se média de 6,002, categorizada como insatisfatória, o que denota baixa orientação das ESF's estudadas aos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde.

CONCLUSÕES

Sobre o perfil sociodemográfico dos entrevistados, prevaleceram os usuários adultos, com média de idade de 53 anos, do sexo feminino, que tinham menos de oito anos completos de estudo, renda familiar menor que três

salários mínimos, que não possuíam plano de saúde suplementar e eram casados.

Quanto à presença e extensão dos atributos essenciais da APS, o componente "Serviços Prestados" do atributo Integralidade foi o que recebeu a menor média de escore, ao passo que o componente "Utilização" do atributo Acesso de Primeiro Contato foi o mais bem avaliado.

No que se refere aos atributos derivados da APS, tanto o item "Orientação Familiar" quanto o item "Orientação Comunitária" foram avaliados de maneira insuficiente, com médias de escores inferiores ao ponto de corte ideal.

Assim, somente o grau de afiliação ao serviço e componente Acesso de Primeiro Contato-Utilização apresentaram orientação à APS, todos os demais foram avaliados negativamente, com médias de escores inferiores ao valor recomendado pelo PCATool.

Essa constatação revelou que as ESFs do município de estudo são reconhecidas como porta de entrada para se realizar o primeiro contato com o sistema de saúde, entretanto, possuem fraco grau de orientação aos demais princípios da APS, na perspectiva dos usuários que participaram deste estudo.

A insuficiente orientação das ESFs de Passos/MG, aos atributos da APS, foi também ressaltada pelas baixas médias alcançadas pelos Escores Essencial e Geral.

Diante dessas constatações, foi possível compreender que os atributos da APS ainda não estão completamente incorporados às práticas das ESFs, e além do mais, apontam deficiências de estrutura e de processo de organização das mesmas, na concepção das pessoas entrevistadas.

Nessa direção, para o alcance de maior orientação à APS das ESFs de Passos, cumprindo-se com seus atributos essenciais e derivados, recomendam-se: redução de rodízios dos profissionais; flexibilização dos horários e dias de atendimento; implantação do atendimento por telefone; melhoraria do agendamento de consultas de rotina; implementação de ações de acolhimento; fortalecimento das ações de educação permanente, com enfoque interprofissional; melhora do cuidado centrado na família; inclusão da comunidade nas ações dos profissionais das equipes multiprofissionais; realização de pesquisas de satisfação dos usuários; ampliação das ações de

promoção da saúde e prevenção de doenças, orientações sobre a exposição a substâncias perigosas, uso e guarda de armas de fogo, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Espera-se que o conhecimento científico sobre a qualidade da APS, nas ESFs do município de Passos/MG, direcione os atores da APS à adoção de medidas destinadas à superação dos entraves indicados neste estudo, para o alcance de maior qualidade da atenção à saúde oferecida à população.

Os resultados desta investigação devem ser considerados à luz de algumas limitações aqui reconhecidas: ter sido realizado com uma amostra de pessoas adultas pertencentes às ESFs de Passos/MG, não comtemplando a totalidade dessa população; ter se dirigido somente aos usuários de saúde, não atingindo assim a percepção de outros atores envolvidos na APS, tais como, profissionais e gestores e pelo fato de ser esse, um estudo com delineamento transversal, estando sujeito às limitações inerentes a este tipo de abordagem.

Todavia são escassos os estudos que tratam da qualidade das ESFs, realizados com a utilização de métodos rigorosos de avaliação, como realizado neste estudo, o que justifica a realização de novas investigações que possam agregar mais subsídios, hipóteses ou evidências correlatas.

REFERÊNCIAS

- 1. World Health Organization. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.
- 2. Institute of Medicine. A manpower policy for primary health care: a report of a study. Washington DC: National Academy of Sciences, 1978.
- 3. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO: Ministério da Saúde, Brasília, 2002.
- 4. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.
- 5. Ocké-Reis CO. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. Saúde debate, v. 1, n. 41, p. 365-371, abr.-dez. 2017.
- 6. Cassady C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenberg L. Measuring consumer experiences with primary care. J Ambulatory Pediatric Assoc, v.105, p. 998-1003, 2000.

- 7. Harzheim E, Starfield B, Rajmil I, Álvarez-Dardet C, Stein A. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. Caderno de Saúde Pública. V. 22, n. 8, p. 1649-59, 2006.
- 8. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser I, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 8, n. 29, p. 274-84, 2013.
- 9. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 7, n.1, p. 75-82, 2007.
- 10. Cruz JS, Almeida PF, Figueredo AH, Santos AMD. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. Rev. salud pública, v. 19, n. 5, set.-out., 2017.
- 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Mais Médicos: orientações sobre a organização da Atenção Básica do Brasil. Brasília, DF, 2013a. 22 p.
- 12. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde- Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília, DF, 2010.
- 13. Tahan-Santos E. Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários. Ribeirão Preto, 2011, 133 p.: il.; Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia e Letras de Ribeirão Preto.
- 14. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. RevBrasMedFam Comunidade. 2013; 8(29):256-63. Disponível em: http:// dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823.
- 15. Gouveia GC. Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro. Recife, 2009. 189 f.: il. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
- 16. Brunelli B, Gusso GDF, Santos IS, Benseñor IJM. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. RevBrasMedFam Comunidade. 2016;11(38):1-12. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1241.
- 17. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. RevLatAmEnferm. v.23, n.3, p.553-9, 2015.
- 18. Benazzi LEB, Figueiredo ACL, Bassani DG. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva,2010.
- 19. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, Silva J. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saúde Debate [online], v. 41, n. 114, 2017, pp. 741-752. ISSN 0103-1104. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711406>. Acesso em: 2 jun. 2019.

- 20. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, Nabão FRZ. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo Brasil. O Mundo da Saúde, São Paulo. v.39, n.1, p.54-61, 2015.
- 21. Santos NCCB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. Cad. Saúde pública 2018; 34(1).
- 22. Rodrigues EMD. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na Perspectiva dos Usuários Adultos do Município de Juazeiro do Norte-Ceará2018.187. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
- 23. Nodari CH, Olea PM, Dorion ECH. Relação entre inovação e qualidade da orientação do serviço de saúde para atenção primária. Rev. Adm. Pública [online]. v.47, n.5, pp.1243-1264, 2013.
- 24. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado GAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um município mineiro. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, dez. 2016.
- 25. Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Orué E, Sequera M, Lampert N, Giménez G, Velázquez V. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados Bañado Sur Paraguay, 2011. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 449-460, jul./set. 2012. ISSN 0103-1104. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300016.
- 26. Gómez AS, Paepe P, Conde LL, Stolkiner A. La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso em el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 436-448, jul./set. 2012.
- 27. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. Rev Latino-Am Enfermagem. v.21, n.2, p.554-61, 2013.
- 28. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., v.11, n.3, set, 2011.
- 29. Mesquita MF, Luz BSR, Araújo CSA. Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 2033-46, julho, 2014.
- 30. Bresick G, Sayed A, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). Afr J Prm Health Care Fam Med. v.8, n.1, p.a1057, 2016.

Tabela 1. Distribuição dos usuários de saúde adultos, adscritos às Estratégias de Saúde da Família segundo variáveis sociodemográficas, Passos, Minas Gerais, 2018.

Variáveis sociodemográficas	N s	%	Média (DP)*	Median a	Mínimo	Máximo
Sexo	420	100	-	-	-	
Feminino	244	58,09	-	-	-	-
Masculino	176	41,91	-	-		-
Idade	420	100	53 (± 17,08)	54	18	89
<54 anos	s 207	49,28	40,15 (± 11,27)	42	18	57
≥54 anos	213	50,72	68,35 (± 7,43)	67	58	89
Escolaridade	420	100	7,19 (± 4,11)	7	0	19
<8 anos	240	57,14	4,15 (± 1,81)	4	0	7
≥8 anos	180	42,86	11,23 (± 2,49)	11	8	19
Renda familiar**	420	100	1,57 (± 1,60)	1	0	14
<3SM	348	82,86	1,03 (± 0,710)	1	0	2
≥3SM	72	17,14	4,24 (± 2,05)	4	3	14
Plano de Saúde	420	100	-	-	-	-
Sim	88	20,95	-		-	-
Não	332	79,05	-	-	-	-
Estado civil	420	100	(V), -	-	-	-
Casado	267	63,57	4	-	-	-
NãoCasado	153	36,43		-	-	-

*DP: desvio padrão; **Valores calculados com base no salário mínimo vigente - R\$954,00, segundo Decreto nº 9.255, de 29 de dezembro de 2017, que dispões sobre o salário mínimo a partir de 1º de janeiro de 2018.

Tabela 2. Distribuição da média dos escores de qualidade das Estratégias de Saúde da Família, representada pelos componentes dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, Passos, Minas Gerais, 2018.

Componentes dos Atributos da Atenção Primária à Saúde	Resposta s	Median a	Medi a	DP*	IC**
Grau de Afiliação	420	10	7,641	±2,76	7,376 - 7,905
Acesso de primeiro contato (Utilização)	418	8,889	7,844	±2,56 7	7,597 - 8,091
Acesso de primeiro contato (Acessibilidade)	419	3,611	3,814	±1,91 4	3,630 - 3,998
Longitudinalidade	419	6,905	6,388	±2,24 4	6,172 - 6,603
Coordenação (Integração dos cuidados)	214	5,417	5,062	±2,93 2	4,667 - 5,457
Coordenação (Sistemas de informação)	409	5,556	5,683	±2,44 1	5,446 - 5,921
Integralidade (Serviços disponíveis)	389	3,788	3,836	±1,56 1	3,680 - 3,991
Integralidade (Serviços prestados)	409	3,077	3,333	±2,15 0	3,124 - 3,542
Orientação familiar	417	3,333	4,202	±3,00 2	3,913 - 4,491
Orientação comunitária	378	3,333	3,779	±2,31	3,544 - 4,013
Essencial	420	5,906	6,002	±1,72 7	5,836 - 6,167
Geral	420	4,725	4,801	±1,38 2	4,669 – 4,934

^{*}DP: desvio padrão; **IC: intervalo de confiança;