

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Rubens Araújo de Carvalho

A orientação da atenção primária à saúde em uma equipe com 20 anos de longitudinalidade em Aracaju, Sergipe.

Rio de Janeiro

2019

Rubens Araújo de Carvalho

A orientação da atenção primária à saúde em uma equipe com 20 anos de longitudinalidade em Aracaju, Sergipe.

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Guilan

Co-orientadora: Profa. Ma. Carla Pacheco

Rio de Janeiro

2019

Título do trabalho em inglês: The orientation of primary health care in a team with 20 years of longitudinality in Aracaju, Sergipe.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

C331o Carvalho, Rubens Araújo de.

A orientação da atenção primária à saúde em uma equipe com 20 anos de longitudinalidade em Aracaju, Sergipe / Rubens Araújo de Carvalho. -- 2019.

198 f. : il. color. ; graf. ; mapa ; tab.

Orientadoras: Cristina Guilan e Carla Pacheco.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família 4. Medicina de Família e Comunidade. 5. Unidade Básica de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098141

Rubens Araújo de Carvalho

A orientação da atenção primária à saúde em uma equipe com 20 anos de longitudinalidade em Aracaju, Sergipe.

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 30 de maio de 2019.

Banca examinadora

Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Cristina Guilan (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Profa. Ma. Carla Pacheco (Co-orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

Dedico este trabalho à toda comunidade do Povoado de Areia Branca, aos colegas da Unidade de Saúde da Família “João Bezerra”, aos meus pais e à Samira, que mudou tudo.

AGRADECIMENTOS

À Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade que me ensinou tanta coisa, inclusive do PCAT, e aos seus membros Marcelo Gonçalves, Thiago Trindade e Gustavo Gusso, que tiraram minhas dúvidas.

Ao falecido Fernando Luiz Campos e ao Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, que me acolheu enquanto patinho feio e me fez resistir a graduação.

Ao Rogério, que me falou do concurso em Aracaju, e ao Gusso, que passou meu telefone para ele.

Aos Professores que batalharam para este mestrado acontecer.

Ao casal fofo Bruno de Lima Fontan e Tatiana Magalhães Florêncio, que me acolheram na casa deles para as aulas na UFAL.

Aos gestores que me forneceram informações fundamentais: Jennifer Gomes Sobral, a apoiadora institucional, Victor Tavares Silva, o cara do e-SUS, a Sueline Silva dos Santos, dos dados do SIAB, Luiz Soares (Lula), dos dados da conferência local de saúde.

Às digitadoras do e-SUS, Neilma Rodrigues Pereira e Inácia Vitória Lopes, que tiveram a paciência de ganhar pouco e fazer um serviço chatíssimo.

Ao Professor Jairo Cavalcante, que calculou e recalculou as estatísticas neste estudo.

Aos alunos da UFS que ajudaram na coleta de dados: Arthur Andrade Melo Santana, Cássia Pires Novaes, Edvaldo Victor Góes Oliveira, Hermílio Carvalho Júnior, Igor Marques Santos, Jaira Vanessa de Carvalho Matos, Lara Benário de Lisboa Santos, Maria Júlia Miranda de Paula Lana, Monique Lordéolo da Silva de Santana, Natália Prata Fortes, Nayna Dantas Passos de Barreto, Roberto Meneses de Oliveira, Rosangela Monteiro Silva, Sarah Souza Marques, Táffines Rumenic Teodoro Machado e, especialmente, à Victória de Andrade Palma que nos cedeu a casa dela para a reunião organizadora dos entrevistadores, à Sanni Silvino Parente e Emanuelle de Andrade Oliveira, por terem sorteado a amostra toda e ajudado a coordenar este povo todo e ao Lucas Teixeira Graia que trouxe e operou o Kobotool[®] para a pesquisa, além de fazer (e refazer) todos os cálculos.

Ao João Batista Cavalcanti que me deu os dois livros da experiência do PMAQ em Sergipe e tirou muitas das minhas dúvidas quanto a este instrumento;

Ao quadringentésimo quinquagésimo sétimo paciente que eu nunca atendi em 2009.

“Um romântico tem quase sempre medo – não tem? – de que a realidade não corresponda a suas expectativas. Sempre espera demais.” (GREENE, 1991, p. 117, tradução nossa)

RESUMO

Referência: CARVALHO, Rubens Araujo. **A orientação da atenção primária à saúde em uma equipe com 20 anos de longitudinalidade em Aracaju, Sergipe.** 2019. 218 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

A Unidade de Saúde da Família “João Bezerra” (USFJB) completou 20 anos em setembro de 2018. Desde então, a equipe 006 vem oferecendo seus serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Povoado de Areia Branca em Aracaju, Sergipe. A equipe é participante da Estratégia Saúde da Família e vem sendo avaliada pelo Ministério da Saúde de diversas formas nestes anos, tendo sido a última avaliação realizada pelo Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) em 2017. A avaliação do PMAQ, apesar de um avanço para APS brasileira, é falha ao avaliar a equipe segundo os atributos da APS. Estes atributos são sete, sendo quatro essenciais: Acesso, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Integralidade e três acessórios: Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Estes podem ser medidos quantitativamente utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCAT), que permite calcular o grau de orientação da APS de um serviço de saúde. Esta ferramenta é validada cientificamente para o português e, no Brasil, tem uma versão reduzida para usuários, o que facilita a sua aplicação. O PCAT na versão reduzida foi aplicado em 309 pessoas cadastradas na equipe 006, maiores de 20 anos que tivessem capacidade para responder ao questionário. Desta amostra conseguimos calcular a afiliação à USFJB de 82% (254) dos entrevistados e destes calculamos o grau de orientação da APS obtendo o resultado de 6,85. Escores maiores de 6,66 indicam um bom grau de orientação da APS e, comparando os dados obtidos com aqueles provenientes de outros estudos que utilizaram o PCAT, nota-se que esta equipe consegue oferecer um serviço de boa qualidade em relação às equipes de saúde da família das regiões brasileiras do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Os três ciclos do PMAQ nos mostram que a APS da cidade necessita ser melhorada e que as reformas das Unidades de Saúde da Família com implantação do prontuário eletrônico são medidas importantes. Contudo, a diminuição da cobertura assistencial, que gera equipes sobrecarregadas, bem como a falta de especialização dos profissionais são outros pontos a serem considerados. Apesar destas dificuldades encontradas, a equipe 006 ainda consegue oferecer uma APS de boa qualidade para sua população cadastradas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Medicina de Família e Comunidade; Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Referência: CARVALHO, Rubens Araujo. **The orientation of primary health care in a team with 20 years of longitudinality in Aracaju, Sergipe.** 2019. 218 f. Dissertation (Master in Primary Health Care) - Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

The health center “João Bezerra” (USFJB) has completed 20 years in September 2018, since then the health team 006 is offering their primary health care (PHC) services in a community called Povoado de Areia Branca in Aracaju, in the state of Sergipe in Brazil. This team is a participant in the Family Health Strategy (FHS) and has been evaluated by the Ministry of Health in various ways all those years, last time was in 2017 by the Program to Improve Access and Quality in the PHC (PMAQ). The evaluation of the PMAQ, despite an advance for Brazilian PHC, is faulty to evaluate the team according to the PHC attributes. These attributes are seven, four essentials; Access, Continuity of Care, Coordination of Care and Comprehensiveness, and three accessories; Family Orientation, Community Orientation and Cultural Competence. Those can be quantitatively measured using Primary Care Assessment Tool (PCAT) and from it one can calculate the degree of the PHC in this specific service. This tool is scientifically validated in Portuguese and, in Brazil, has a reduced version for the health services users, this facilitates your utilization. The PCAT in your reduced version has been applied to 309 persons, all older than 20 years who were capable of answering the questionnaire, all of them are in the list of patients of team 006. From this sample, we were able to calculate the affiliation of our list and discovered that 82% (254) are linked to the team, from those we calculated the degree of the PHC service obtaining the result of 6.85. Scores greater than 6.66 indicate a good degree of the PHC service and, compared to other studies that used the PCAT in Brazil, it's noted that this team manages to offer a good quality service in relation to the health teams in the North, Northeast and Central West of Brazil. The three cycles of PMAQ show us that the PHC policy needs to be improved as a whole. Reform of the Family Health Units with electronic medical records are important measures, but an overloaded team and their low qualification are also reasons for offering low quality PHC. Despite the overbooking and other difficulties in the team itself, team 006 still manages to provide good quality PHC for their affiliated patients.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Family Medicine; Health Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Método Clínico Centrado na Pessoa e seus 4 componentes.....	42
Figura 2 - Ecologia dos serviços médicos.....	45
Figura 3 - Fases do PMAQ do Ciclo 1 e 2.....	52
Figura 4 - Fases do 3ºciclo do PMAQ.....	58
Figura 5 - Registro errôneo das atividades pela SMS no SIAB do ano 2008.....	93
Figura 6 - e-SUS em impresso específico digitado por pessoa contratada pelo médico.....	95
Figura 7 - Documento do resultado do PMAQ da USFJB.....	107
Figura 8 - Mapa com as microáreas da USFJB.....	110
Figura 9 - Dados populacionais da equipe 006 do SIAB 2015.....	112
Figura 10 - Pilha de TCLEs assinados para entrega aos entrevistadores.....	116
Figura 11 - Entrega dos TCLEs aos entrevistadores antes da dispersão.....	116
Figura 12 - Foto da reunião de 22/07/18 com os alunos voluntários.....	117
Figura 13 - Lista dos sorteados com endereços próximos e referências locais.....	119
Figura 14 - Victória entrevistando o usuário com o Kobotool.....	119
Figura 15 - Igor em busca de algum entrevistado na microárea I.....	119
Figura 16 - Almoço com os entrevistadores e preparo para a atividade da tarde.....	120
Figura 17 - Mapa online para guiar os alunos quanto aos pontos de referência.....	120
Figura 18 - Registro em formulário próprio do CIAP pelo Médico da equipe em 2012.....	132
Figura 19 - Análise do território da USFJB em maio de 2009.....	171
Gráfico 1 - Relação entre força da APS e o gasto em saúde.....	26
Gráfico 2 - Número médio de consultas por ano e média de consultas por mês.....	94
Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados por ACS.....	122
Gráfico 4 - Distribuição por sexo dos entrevistados afiliados à USFJB.....	125

Gráfico 5 - Autodeclaração da Raça na Amostra Total.....	127
Gráfico 6 - Estado Civil da Amostra Total.....	127
Gráfico 7 - Vínculo Empregatício da Amostra Total.....	128
Gráfico 8 - Autoavaliação da saúde do total de entrevistados.....	129
Gráfico 9 - Autoavaliação da saúde dos afiliados à USFJB.....	130
Gráfico 10 - Número de pessoas entrevistadas cobertas com plano de saúde.....	134
Gráfico 11 - Número de afiliados cobertos com Planos de Saúde.....	134
Gráfico 12 - Definição do serviço ou profissional afiliado dos entrevistados.....	136
Gráfico 13 - Identificação de seu ACS das pessoas afiliadas.....	137
Gráfico 14 - Escore geral da APS nas 5 regiões do Brasil.....	139
Gráfico 15 - Quantidade de MFC por região do Brasil segundo o CFM.....	139
Gráfico 16 - Escore Geral em 3 capitais brasileiras.....	140
Gráfico 17 - Comparação entre o Escore Geral do usuário e do profissional.....	141
Gráfico 18 - Respostas à pergunta B2 do questionário.....	146
Gráfico 19 - Respostas à pergunta C4 do PCATVR.....	147
Gráfico 20 - Respostas à pergunta C11 do PCATVR.....	149
Gráfico 21 - Número de consultas por mês no ano de 2018.....	149
Gráfico 22 - Respostas à pergunta D1 do PCATVR.....	151
Gráfico 23 - Respostas da Pergunta D6 do PCATVR.....	152
Gráfico 24 - Resposta à pergunta D9 do PCATVR.....	153
Gráfico 25 - Resposta à pergunta D15 do PCATVR.....	154
Gráfico 26 - Respostas à pergunta E6 do PCATVR.....	157
Gráfico 27 - Respostas à pergunta E10 do PCATVR.....	158
Gráfico 28 - Respostas à pergunta E11 do PCATVR.....	159

Gráfico 29 - Resposta à pergunta E13 do PCATVR.....	160
Gráfico 30 - Respostas à pergunta F3 do PCATVR.....	161
Gráfico 31 - Respostas à pergunta G9 do PCATVR.....	163
Gráfico 32 - Respostas à pergunta G17 do PCATVR.....	163
Gráfico 33 - Respostas à pergunta G20 do PCATVR.....	164
Gráfico 34 - Respostas à pergunta H1 do PCATVR.....	165
Gráfico 35 - Respostas à pergunta H5 do PCATVR.....	165
Gráfico 36 - Respostas à pergunta H7 do PCATVR.....	166
Gráfico 37 - Respostas à pergunta H11 do PCATVR.....	167
Gráfico 38 - Respostas à pergunta I1 do PCATVR.....	168
Gráfico 39 - Respostas à pergunta I3 do PCATVR.....	168
Gráfico 40 - Respostas à pergunta J4 do PCATVR.....	169
Quadro 1 - Gasto anual em saúde per capita em dólares americanos (USD).....	26
Quadro 2 - Número de citações dos atributos da APS na PNAB.....	35
Quadro 3 - Indicadores de qualidade do 1º e 2º ciclo do PMAQ.....	53
Quadro 4 - Quantidade de Itens por módulo na avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ.....	54
Quadro 5 - Eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade.....	54
Quadro 6 - Percentagem da nota final por cada dimensão de avaliação do 1º e 2º ciclo.....	55
Quadro 7 - Percentagens do componente de qualidade do piso de atenção básica variável.....	56
Quadro 8 - Dimensões e subdimensões da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ.....	60
Quadro 9 - Indicadores de Desempenho do 3º ciclo do PMAQ.....	61
Quadro 10 - Número de itens por módulo de avaliação.....	62
Quadro 11 - Número de perguntas referentes a cada item avaliado no módulo II.....	63
Quadro 12 - Número de perguntas referentes a cada item avaliado no módulo III.....	64

Quadro 13 - Percentagem da nota final do 3º ciclo do PMAQ.....	65
Quadro 14 - Os sete pilares de qualidade de Donabedian.....	69
Quadro 15 - Perguntas do PCAT versão reduzida.....	70
Quadro 16 - Valores das respostas no PCAT.....	72
Quadro 17 - Quantidade de perguntas por componente na versão integral e resumida.....	76
Quadro 18 - Avaliação do Acesso no PCAT versão reduzida.....	80
Quadro 19 - Avaliação da Longitudinalidade no PCAT versão reduzida.....	82
Quadro 20 - Avaliação da Coordenação do Cuidado no PCAT versão reduzida.....	83
Quadro 21 - Lista de Procedimentos na USFs segundo o PMAQ e na USFJB.....	84
Quadro 22 - Questões sobre a Integralidade no PCATVR.....	85
Quadro 23 - Comparativo de dimensões do PCAT e PMAQ.....	87
Quadro 24 - Produção anual de consultas pelo SIAB de 2005-09.....	92
Quadro 25 - Percentagem de estruturas básicas ausentes nas USFs de Aracaju.....	96
Quadro 26 - Percentual de participação em ações de Educação Permanente em Aracaju.....	98
Quadro 27 - Percepção sobre as atividades do Apoio Institucional em Aracaju.....	99
Quadro 28 - Percepção da Forma do Apoio Matricial na Rede de Aracaju.....	101
Quadro 29 - Características da Progressão no Plano de Carreira do Município.....	103
Quadro 30 - Número de equipes por desempenho em Aracaju.....	104
Quadro 31 - Quantitativo de maiores de 20 anos pelo SIAB de 2015.....	112
Quadro 32 - Quantitativo de famílias cadastradas na recepção.....	113
Quadro 33 - Quantitativo necessário para ser sorteado por microárea.....	115
Quadro 34 - Resultado encontrado durante a realização do sorteio nas pastas famílias.....	121
Quadro 35 - Consistência Interna segundo os valores do alfa de Cronbach.....	123
Quadro 36 - Valores do Alfa de Cronbach calculados para a amostra.....	123

Quadro 37 - Sexo do total de entrevistados.....	124
Quadro 38 - Perfil da Idade, escolaridade e quantidade de moradores por domicílio.....	125
Quadro 39 - Distribuição das consultas médicas por idade.....	126
Quadro 40 - Porcentagem da população de Sergipe quanto a raça autodenominada.....	127
Quadro 41 - Os 10 mais atendimentos médicos mais frequentes na equipe 006.....	130
Quadro 42 - Pessoas cobertas com plano de saúde cadastradas pelo SIAB.....	133
Quadro 43 - Abreviações utilizadas nos gráficos.....	142
Quadro 44 - Fatores que interferem no atributo acesso.....	144
Quadro 45 - Porcentagem de respostas “CCNÃO” e NÃO SEI” de G9, G17 e G20.....	164
Quadro 46 - Análise estatística significativa entre escolaridade e questões selecionadas.....	173
Quadro 47 - Análise estatística significativa entre idade e questões selecionadas da equipe....	174

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Associação Médica Americana
AMQ	Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CC	Coordenação do Cuidado
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAB	Povoado de Areia Branca
PMA	Prefeitura Municipal de Aracaju
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PCATVR	Primary Care Assessment Tool Versão Reduzida
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UFS	Universidade Federal de Sergipe

USF	Unidade de Saúde da Família
USFJB	Unidade de Saúde da Família “João Bezerra”
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WONCA	World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	JUSTIFICATIVA.....	22
3	OBJETIVOS.....	24
4	O QUE É ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE QUALIDADE?.....	25
4.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	25
4.2	ATENÇÃO BÁSICA X ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	28
4.3	QUALIDADE DE ATENÇÃO: UM CONCEITO COMPLEXO.....	30
4.4	A APS DE QUALIDADE E SUA RELAÇÃO COM OS ATRIBUTOS..	30
4.4.1	Acesso de primeiro contato.....	31
4.4.2	Longitudinalidade.....	31
4.4.3	Integralidade.....	32
4.4.4	Coordenação do cuidado.....	33
4.4.5	Orientação familiar, comunitária e competência cultural.....	33
4.5	OS ATRIBUTOS E A QUALIDADE DA APS.....	34
4.6	OS ATRIBUTOS DA APS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....	34
4.6.1	A PNAB e o profissional médico.....	36
4.7	A ESPECIALIDADE: MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE..	38
4.7.1	O conceito de saúde e a MFC.....	40
4.7.2	O método clínico centrado na pessoa.....	41
4.7.2.1	MCCP e os atributos.....	43
4.7.3	A função de filtro do MFC.....	44
4.7.4	Condições para um MFC funcionar com qualidade.....	46
5	AVALIAÇÃO NA APS.....	48
5.1	O DESAFIO DE FAZER UMA APS DE QUALIDADE NO BRASIL	48
5.2	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA APS.....	49
5.2.1	Instrumentos de avaliação no Brasil.....	49
5.3	O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	51
5.3.1	O primeiro e segundo ciclos (2012-14).....	51
5.3.1.1	Comentários ao primeiro ciclo.....	56
5.3.2	O terceiro ciclo.....	57

5.3.2.1	Comentários sobre os ciclos do PMAQ.....	65
5.3.2.1.1	<i>Problemas comuns aos 3 ciclos</i>	67
5.4	O PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCAT).....	68
5.4.1	O instrumento do PCAT versão reduzida.....	70
5.4.2	Cálculo dos escores.....	72
5.4.3	Observações quanto ao PCAT e o PCATVR.....	74
5.5	COMPARAÇÕES ENTRE O PMAQ E PCAT.....	76
5.5.1	A avaliação dos atributos pelo PMAQ.....	77
5.5.1.1	Acesso.....	78
5.5.1.2	Continuidade do cuidado/ longitudinalidade.....	80
5.5.1.3	Coordenação do cuidado.....	82
5.5.1.4	Integralidade.....	83
5.5.2	Comparações gerais entre os instrumentos.....	85
5.6	CONCLUSÃO.....	87
6	AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO AO LONGO DOS 20 ANOS	
	DA EQUIPE 006 E A APLICAÇÃO DO PCAT.....	87
6.1	INTRODUÇÃO.....	87
6.2	AS AVALIAÇÕES DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ARACAJU NESTES 20 ANOS DE ESF.....	88
6.2.1	A produção das consultas médicas pelo SIAB (2005-09).....	90
6.2.2	Considerações sobre o SIAB 2010-14.....	93
6.2.3	O e-SUS em Aracaju.....	94
6.2.4	Avaliação de Aracaju em 2012 no 1º ciclo do PMAQ.....	96
6.2.4.1	Estruturas da USF.....	96
6.2.4.2	A educação permanente em Aracaju.....	97
6.2.4.3	O apoio institucional.....	99
6.2.4.4	O grau de especialização dos médicos na APS.....	101
6.2.4.5	Características da contratação na APS em Aracaju.....	102
6.2.4.6	Considerações sobre o PMAQ de 2012 em Aracaju.....	103
6.2.5	O terceiro ciclo do PMAQ em Aracaju.....	104
6.2.5.1	Resultados do PMAQ na cidade do Rio de Janeiro.....	104
6.2.5.2	Avaliação da equipe 006 no 3º ciclo do PMAQ.....	105
6.3	A APLICAÇÃO DO PCAT VERSÃO REDUZIDA (PCATVR).....	107
6.3.1	Metodologia.....	108

6.3.2	Tipo de estudo.....	108
6.3.3	Cenário de estudo.....	108
6.4	O CÁLCULO DA AMOSTRA.....	112
6.4.1	CrITÉrios de incluso e excluso da amostra.....	115
6.4.2	O aplicativo Kobotoolbox.....	116
6.4.3	Seleo dos entrevistadores.....	117
6.4.4	A aplicao piloto.....	117
6.4.5	Sorteio da amostra.....	118
6.5	RESULTADOS E DISCUSSO - A APLICAO DO PCATVR NO TERRITÓRIO.....	121
6.5.1	A distribuio dos entrevistados.....	121
6.5.2	Alfa de Cronbach.....	122
6.5.3	Perfil socioeconômico.....	123
6.5.3.1	Sexo.....	124
6.5.3.2	Idade, escolaridade e número de moradores.....	125
6.5.3.3	Raa.....	126
6.5.3.4	Estado civil.....	127
6.5.3.5	Vínculo empregatício.....	128
6.5.3.6	Autoavaliao da saúde.....	129
6.5.3.7	Plano de saúde.....	133
6.5.4	Primary care assessment tool verso reduzida.....	135
6.5.4.1	Afiliao.....	135
6.5.4.2	O grau da orientao para a APS da equipe 006.....	137
6.5.5	Avaliao por item do PCATVR.....	142
6.5.5.1	Acesso de primeiro contato.....	142
6.5.5.1.1	<i>Utilizao</i>	145
6.5.5.1.2	<i>Acesso à USFJB</i>	146
6.5.5.2	Longitudinalidade.....	150
6.5.6	Coordenao do cuidado.....	156
6.5.7	Integralidade.....	162
6.5.8	Atributos acessórios.....	167
6.5.8.1	Enfoque comunitário.....	169
6.6	ANÁLISE BIVARIADA DE CADA QUESTÃO.....	173
7	CONCLUSO	

7.1	O DESAFIO POLÍTICO-INSTITUCIONAL.....	178
7.2	NA ESFERA FEDERAL.....	178
7.3	NA ESFERA MUNICIPAL.....	181
7.4	O DESAFIO ORGANIZATIVO.....	182
7.5	O DESAFIO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DENTRO DA EQUIPE.....	184
7.6	O INSTRUMENTO.....	196
7.7	FINAL.....	187
	REFERÊNCIAS.....	189
	ANEXO A.....	200

1. INTRODUÇÃO

Em setembro de 2018, a Unidade de Saúde da Família João Bezerra (USFJB) fez 20 anos de existência. Esta foi a sexta Equipe de Saúde da Família (EqSF) a ser implantada em Aracaju, no estado de Sergipe, em fins de 1998.

Era o início da reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) baseada no Programa de Saúde da Família (PSF) pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Aracaju. O impulso inicial maior foram os incentivos financeiros do Ministério da Saúde (MS), que visava a uma reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil, à época mais centrado na doença e no cuidado hospitalar (BRASIL, 2010).

Esse movimento brasileiro em direção a um modelo de cuidado baseado na APS acompanhou o movimento mundial, apesar de alguns anos de atraso.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1978, em sua conferência mundial de cuidados primários à saúde, já recomendava este direcionamento. Desta conferência temos a declaração de Alma-Ata recomendando que “os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento...” (OMS, 1978, p. 3).

Desde então sua posição vem se mantendo, reforçada, em 2008, por outro relatório mundial com o título: “Cuidados Primários à Saúde: Agora Mais que Nunca” (OMS, 2008). E, em outubro de 2018, em nova conferência global de APS na cidade de Astana, mais uma vez foi enfatizado que a “APS é o enfoque mais eficaz, eficiente e equitativo para melhorar a saúde, o que faz dela um alicerce necessário para conseguir a cobertura universal de saúde” (OMS, 2018, s. p.).

A partir de 1993, se inicia a implantação do PSF, criado a partir de experiências exitosas de diversos municípios brasileiros. Esse modelo envolve a implantação em unidades ambulatoriais de pequeno porte com equipes constituídas, basicamente, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes são os responsáveis sanitários pelas famílias moradoras de um determinado território.

A adesão municipal ao programa é voluntária e conta com apoio financeiro e logístico do MS. De início, faz sucesso nos municípios de pequeno e médio porte gerando, ao longo dos anos, um crescimento vertiginoso do número de equipes. Com o sucesso da iniciativa, em 2006, o PSF é transformado na Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006) para que esta seja uma política permanente do SUS.

Nesta transformação, lenta e gradual, da APS brasileira, chegamos, em novembro de 2017, a 42.596 EqSF funcionantes em todo o território nacional. Estas oferecem serviço de saúde para 75% da população nacional (BRASIL, 2018). Um salto exponencial ao longo destes 24 anos considerando o tamanho da população e do território brasileiro.

Esta revolução silenciosa da APS contribui para a diminuição da desigualdade social brasileira, pois promove o acesso de milhares de brasileiros ao SUS. No entanto, não basta o SUS oferecer cobertura quantitativa, ainda temos muitos desafios a vencer.

A própria OMS enfatizou sua preocupação com a qualidade dos serviços de saúde da APS na Declaração de Astana, na qual enfatiza que para se ter uma boa APS é necessário oferecer equidade, qualidade e eficiência (OMS, 2018).

Em Aracaju, das 6 equipes iniciais, chegamos, hoje, a 117 equipes que cobrem aproximadamente 74% da população municipal, um crescimento de 20 vezes da cobertura inicial. Esse crescimento vertiginoso da cobertura da APS gerou inúmeros desafios para gestão municipal e suas equipes, criando uma demanda que o sistema municipal tem dificuldade de resolver.

Apesar deste crescimento, em 2004, Aracaju tinha 120 equipes apresentando 85% de cobertura da sua população do momento. Isso nos mostra que apesar de todos os avanços em 15 anos, conseguimos regredir a cobertura da ESF na cidade (SANTOS, 2006).

No Povoado de Areia Branca, antes da USFJB, os cuidados primários eram fornecidos em uma Unidade Básica de Saúde a 15 km de distância, o que dificultava o acesso da população. Com 20 anos de implantação da USFJB, os moradores mais antigos reconhecem a importância de se ter um local próximo para cuidar de suas necessidades de saúde. Porém, hoje, este usuário ainda sofre, pois tem acesso ao médico generalista, mas há uma dificuldade enorme para se chegar em outros pontos da rede. Um sistema de saúde local desorganizado contribui com esse problema.

Um dos pontos nevrálgicos da desorganização do sistema é a falta de qualidade da APS. A APS sem qualidade é pouco resolutiva, e, com isso, demanda mais consultas especializadas e exames, o que agrava problemas de acesso a um sistema que já está sobrecarregado.

O próprio MS sinaliza isto ao publicar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011). Estes demonstram um esforço ministerial para se estabelecer um padrão de qualidade mínimo para as equipes; porém, apesar desta política acertada, ainda há muito a se percorrer.

As EqSF têm um certo grau de autonomia para gerenciar a sua demanda e buscar o seu desenvolvimento na qualidade de sua atenção considerando as suas características locais. Nestes 20 anos de longitudinalidade, a EqSF 006 usou de diversas estratégias para lidar com os desafios de oferecer uma APS de qualidade para a sua população adscrita. A referida equipe participa do PMAQ tendo conceito “Muito Bom” nesta avaliação.

Em congressos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), ao participar de debates sobre a medidores de qualidade em APS houve a curiosidade de se realizar uma análise da equipe com o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCAT).

O PCAT é um instrumento de avaliação da APS quantitativo que gera um escore que dimensiona o grau de orientação da APS (BRASIL, 2010). Este se estrutura na verificação da presença dos atributos da APS em um determinado serviço de saúde. Sua aplicação permitiu à equipe 006 avaliar e refletir sobre a sua jornada de 20 anos em direção a uma APS de qualidade. Este é o tema desta dissertação.

2. JUSTIFICATIVA

A avaliação de políticas públicas se mostra necessária para amparar a decisões políticas de aprimoramento de um investimento governamental. O balanço positivo entre os fatores custo e benefício para uma determinada população é fundamental para que investimentos públicos sejam mantidos, incrementados ou realocados.

Para que a avaliação das políticas públicas seja confiável, se faz necessário o uso de instrumentos adequados, de maneira a evitarmos conflitos de interesses que possam se traduzir em benefícios de interesses pessoais, corporativos ou partidários.

Como política pública de grande magnitude, a ESF precisa ser avaliada pelo uso de métodos confiáveis de avaliação que demonstrem se o investimento se mostra acertado para a população brasileira.

Devido ao grande crescimento da ESF, nestes últimos 25 anos, tivemos um aumento do interesse no desenvolvimento de instrumentos científicos que possam avaliar o impacto desta política no Brasil.

É a partir da primeira publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, que temos um aumento gradativo e significativo do número de publicações nacionais com os descritores “Atenção Básica” ou “Atenção Primária em Saúde”. Em 2017, a produção científica brasileira chega a um número intermediário de publicações (2475) comparados com outros países (média = 3329), o que demonstra a importância desta política pública e um direcionamento para a sua qualificação ao longo do tempo (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

O próprio Ministério da Saúde tem investido em mecanismos para avaliação da APS brasileira para produzir dados relevantes que demonstrem a validade deste vultoso investimento. Como evidência disto, temos em 2010 a publicação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCAT) (BRASIL, 2010) e, em 2011, o lançamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2011). São eles as duas formas de avaliação mais utilizadas na APS nacional, com diferenças importantes entre eles.

O PMAQ foi criado pelo MS enquanto instrumento de avaliação da ESF oficial do governo, é aplicado em equipes desejem participar voluntariamente ao programa e está em seu terceiro ciclo. O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde ou, em inglês, Primary Care Assessment Tool (PCAT), é um instrumento internacional de avaliação quantitativa que foi traduzido e validado para o português que, apesar de ter sido chancelado pelo MS, não é utilizado sistematicamente em nível federal (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al.,

2013). Alguns municípios como Porto Alegre, Rio de Janeiro e Curitiba, por iniciativa própria, utilizaram deste para avaliar e qualificar sua rede (CASTRO et al., 2012; HARZHEIM et al., 2016; CHOMATAS et al., 2013; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013).

A equipe 006 é participante do PMAQ desde o seu primeiro ciclo, sendo avaliada, neste último ciclo, com o conceito “Muito Bom”. Ser bem avaliada no PMAQ é um primeiro passo para a confirmação de que a equipe está no caminho certo para uma excelência qualitativa. Com este enfoque e interesse de entender acerca da qualidade na APS, chegamos a este outro instrumento de avaliação, o PCAT.

Este é uma ferramenta importante para se determinar o grau de orientação à APS de um serviço, pois permite avaliar o quanto do serviço é voltado para os atributos da APS. Estas características fundamentais da APS são sete, sendo divididas em quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e três derivados (a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural).

Ao se calcular o grau da orientação da APS, o instrumento permite que haja uma avaliação do serviço segundo um padrão de qualidade internacional para qualquer contexto onde uma EqSF esteja inserida, em resumo, um bom serviço é aquele local que oferece um trabalho bem orientado para os atributos da APS (BRASIL, 2010).

Como o PMAQ e o PCAT não são instrumentos equivalentes e a aplicação do PCAT na população adscrita à equipe 006 permite um olhar diferenciado sobre a qualidade do serviço oferecido ao longo destes 20 anos. Com as informações colhidas é possível considerar outras estratégias de enfrentamento às dificuldades enfrentadas pela equipe e abrir um espaço importante para uma maior qualificação desta EqSF.

Ao qualificarmos o serviço oferecido fazemos jus ao investimento público feito nestes 20 anos na comunidade do Povoado de Areia Branca, em Sergipe e no Brasil.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o grau de orientação à APS através da aplicação da versão reduzida do PCAT nos usuários da USFJB da equipe 006 após 20 anos de sua implantação.

3.2 Específicos

- Avaliar a percepção dos atributos da APS pelos usuários através do PCAT.
- Levantar um perfil socioeconômico dos usuários entrevistados.
- Analisar as ações realizadas pela equipe em relação ao grau de orientação à APS pelo atributo da longitudinalidade.
- Verificar o grau de afiliação dos pacientes cadastrados na equipe.
- Analisar a produção de consultas médicas da equipe pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB, E-SUS).

4 O QUE É A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE QUALIDADE?

4.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um sistema de saúde é dividido em três níveis de atenção complementares: o primário, o secundário e a terciário.

Segundo Barbara Starfield, a atenção primária à saúde:

é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada apenas para enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, p. 28)

A atenção secundária se refere aos especialistas focais que devem dar apoio diagnóstico e de tratamento para casos específicos (p.e. oftalmologia) e hospitais de pequeno porte enquanto o nível terciário é a referência para casos mais raros e complexos, onde encontraremos os superespecialistas (p.e. realização de transplantes) e os hospitais de grande porte. Os três níveis de assistência devem atuar coordenadamente em rede de maneira a articular a oferta de uma gama de serviços de saúde com as necessidades de saúde da população usuária dos serviços.

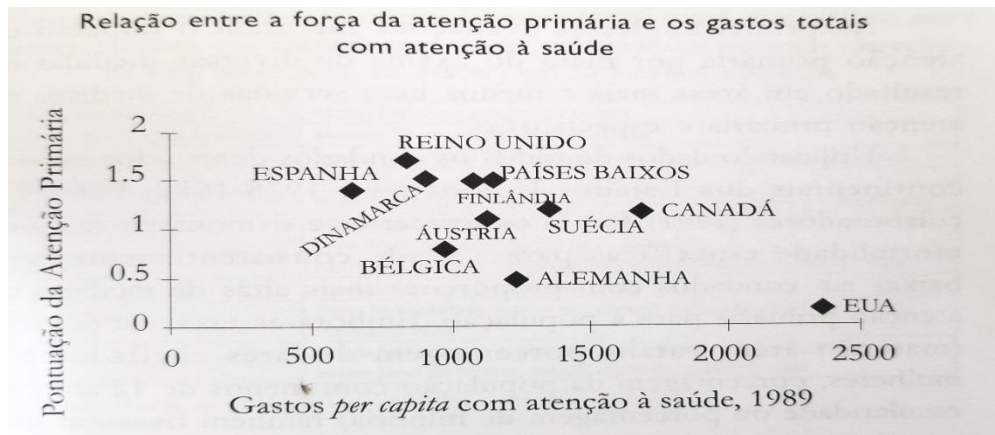
Os sistemas de saúde podem ser seletivos ou universais. Seletivos quando apenas algumas pessoas podem utilizá-lo como, por exemplo, os planos de saúde ou outros em que só pessoas indigentes podem se cadastrar. Os universais são definidos quando seu acesso é aberto a todos os cidadãos de um país. Estes dois sistemas podem oferecer uma atenção primária em diferentes graus.

Os sistemas de saúde baseados numa APS forte são mais equânimes, mais acessíveis, melhoram a saúde da população em geral (SHI et al., 2005; KRINGOS et al., 2013). Quando comparados a outros modelos de atenção à saúde mundiais a relação custo/benefício é tanto maior quanto mais o sistema é orientado pela APS (STARFIELD, 2002). Diversos países com sistemas de saúde universais investem em uma APS forte como Inglaterra, Canadá e Espanha apresentando os resultados mencionados (OCDE, 2017).

No Gráfico 1, vemos que países com pontuação maior na APS apresentam gastos menores *per capita* com atenção à saúde demonstrando uma maior racionalidade de gastos. Se considerarmos que o sistema dos EUA é seletivo e que o do Reino Unido é universal, vemos que a um custo mais baixo o Reino Unido consegue oferecer serviços de saúde a TODOS os

seus cidadãos. Assim, sistemas universais de saúde com APS forte tendem a ter um custo menor *per capita* que sistemas seletivos.

Gráfico 1 - **Relação entre força da APS e o gasto em saúde.**



Fonte: Starfield (2002).

No Quadro 1, a partir de dados da organização para a cooperação e desenvolvimento econômico, vemos a evolução do gasto *per capita* em dólares americanos por ano no Reino Unido e nos EUA, demonstrando que a diferença dos gastos dos dois países não mudou muito ao longo destes anos²¹.

Quadro 1 – **Gasto anual em saúde *per capita* em dólares americanos (USD)**

GASTO	ANUAL	EM	SAÚDE	PER	CAPITA	EM USD
PAÍS	2005	2008	2010	2013	2015	2017
REINO UNIDO	2147	2544	2778	3447	3697	3889
EUA	6443	7402	7939	8619	9491	10209

Fonte: OCDE (2017).

Mesmo o modelo inglês sendo uma referência mundial, não há um modelo ideal para a se seguir para a APS, pois a mesma tem de ser voltada às características culturais e econômicas de cada país (OMS, 1978). Sendo assim, o Brasil teve de desenvolver a sua própria APS, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) nosso modelo para o SUS.

Iniciada em 1993, como Programa de Saúde da Família (PSF), a APS no Brasil foi capitaneada pelo MS da época para a indução de estados e municípios nesta direção. De adesão municipal voluntária, teve sua implantação de forma gradual, pois era (e ainda é) baseada na estratégia de fornecer incentivos financeiros diretos às SMS para a sua organização (MALTA et al., 2013). Hoje, sob a definição de Estratégia de Saúde da Família, o padrão é preponderante

na APS nacional. A ESF é a proposta para um caminho mais sólido para atingirmos os princípios do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2000).

A ESF é a mola propulsora da transformação do SUS na direção de se ter uma APS de maior força e qualidade. Sua função primordial é ser a porta de entrada do usuário no SUS para a oferta de um cuidado integral e longitudinal, além de organizar a demanda dos usuários que necessitem dos outros níveis de atenção.

Mesmo tendo as características próprias de nosso país, a ESF deve se mostrar tão eficaz quanto as outras experiências internacionais de APS, e o conhecimento adquirido em países com maior tradição em relação aos cuidados primários é de fundamental importância para que possamos aprimorar nossa experiência. Instrumentos desenvolvidos e utilizados para a avaliação da APS em outros países podem ser úteis para se obter dados relevantes e de qualidade. Desenvolver instrumentos de qualidade para nossa realidade é, também, importante; porém podem não permitir uma comparação entre as experiências de outros países.

Em 35 anos de existência, evidências científicas robustas sobre a ESF foram produzidas ao longo deste caminho demonstrando efeitos como a redução da mortalidade infantil (BASTOS et al., 2017; MACINKO et al., 2007), redução de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) (MACINKO et al., 2011), melhora da qualidade do pré-natal e da puericultura (PICCINI et al., 2007), aumento da quantidade de visitas domiciliares realizadas pela APS (ESCOREL et al., 2007), redução de mortalidade por doenças suscetíveis a cuidados de saúde (TRINDADE, 2007; GONÇALVES, 2007) e aumento do acesso à serviços de saúde de populações socioeconômicas vulneráveis (RECH et al., 2018).

Diante dessas evidências científicas podemos afirmar que a ESF tem produzido um impacto relevante na saúde pública brasileira, aproximando a política de saúde do país em direção a sua definição de saúde presente em sua constituição em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

4.2 ATENÇÃO BÁSICA X ATENÇÃO PRIMÁRIA

Historicamente, dentro da APS brasileira temos um conflito de conceitos sobre sua abrangência. Antes da ESF, já tínhamos experiências pontuais de centros de saúde que eram vistos como:

serviços de saúde pública e de controle de doenças voltados aos pobres, cuja função dirigia-se à prevenção, às vacinações, à educação sanitária e ao tratamento de doenças endêmicas e/ou de relevância coletiva, com pouca responsabilidade pelo cuidado clínico aos indivíduos (TESSER; NORMAN, 2014).

Com sua origem baseada num conceito de APS seletiva, o modelo brasileiro é, ainda hoje, carregado com este estigma.

A política da APS foi reformulada em 1993 de maneira a padronizar sua oferta nacionalmente. Ironicamente, neste mesmo ano, o Banco Mundial lança seu “Relatório para o Desenvolvimento Mundial” que, entre outras coisas, sugeria uma atenção primária seletiva com pacotes assistenciais básicos para população de baixa renda. Nessa disputa, entre os paradigmas de uma APS seletiva ou abrangente, nasce o Programa de Saúde da Família. Talvez o uso do termo “Atenção Básica” em detrimento à “Atenção Primária à Saúde” seja um reflexo disto³⁴.

Os estudos de Schraiber¹ apud Tesser & Norman (2014) pontuam que o PSF nasceu “com prioridade para prevenção de doenças, promoção da saúde, ações programáticas” (TESSER; NORMAN, 2014, p. 873), mostrando que o conceito “básico” foi estimulado desde sua origem.

Deste conceito historicamente construído, se baseia o entendimento de muitos dos gestores e de profissionais de saúde. A ESF ficaria responsável pelos programas e, no máximo, seria um local de triagem para outros problemas de saúde que devem ser referenciados para os especialistas focais. Uma atenção BÁSICA! Infelizmente, por ignorância de uns e má-fé de outros, esse conceito serve para justificar barreiras de acesso nos serviços de saúde (TESSER; NORMAN, 2014). E uma APS com barreiras de acesso não é uma APS de boa qualidade.

Conforme o passar dos anos, seu sucesso inicial e a mudança de gestão federal, em 2006, o PSF ganha um documento norteador de suas ações, chamado de Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nele a definição de atenção básica é expandida e o predecessor Programa passa a ser denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Este é um marco histórico devido ao fato desse documento especificar o norteamento que a MS quer para sua APS e pela já citada troca do nome de “programa” para “estratégia”, demonstrando um entendimento que a “Saúde

¹ SCHRAIBER, Lilia Blima. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

da Família” era, neste momento, algo mais sedimentado no governo que um programa, devendo se manter para além de uma gestão político-partidária.

Desde 2006, a APS brasileira é regida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabelece as diretrizes gerais para a APS no SUS. Estas diretrizes norteiam a APS nos municípios que tem equipes de saúde da família. Desde a sua primeira publicação a PNAB foi modificada por 2 vezes em 2011 e 2017.

A última versão de 2017 equipara os termos Atenção Básica e APS ao registrar “os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (BRASIL, 2017, s. p.).

Em todas as versões, o conceito de Atenção Básica mostra uma visão mais ampliada de sua definição. Seu artigo segundo, da versão de 2017 define que:

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

Pela definição da “Atenção Básica” na PNAB, esta abrange, indireta e genericamente, os atributos essenciais da APS. Porém, ao ser genérico, sua definição deixa em aberto a sua operacionalização, contribuindo para distorções de seu resultado final. Como exemplo, temos a questão do acesso: como a PNAB (ou outro documento) não orienta como este será realizado cabe à gestão local definir. Isso abre margem para criação de barreiras no acesso à APS e pode deixar a ESF só como uma oferta de serviços básicos. A falta de um direcionamento da PNAB para questões sobre a qualidade da oferta da APS local permite essas distorções e demonstra que ainda falta a criação de um padrão nacional de qualidade da oferta da APS que possa contribuir com o aprimoramento desse serviço.

Este entendimento que a APS é apenas a oferta de serviços básicos não contempla uma APS de qualidade. A necessidade atual da APS brasileira é sua qualificação e assim precisamos superar o fantasma da Atenção “Básica”.

4.3 QUALIDADE DE ATENÇÃO: UM CONCEITO COMPLEXO

Segundo Starfield, todo sistema social deve ser responsável pelo seu desempenho e em um sistema de saúde esta responsabilidade deve ser refletida na qualidade de seus serviços prestados (STARFIELD, 2002).

Cabe ressaltar, contudo, que o foco da qualidade de atenção não está restrito à APS, mas todos os níveis de atenção devem estar em busca de uma melhoria do serviço prestado.

Starfield define qualidade de atenção como o grau em que as “necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde” (STARFIELD, 2002, p. 419).

Como vemos na definição, o serviço deve estar apto não só a diagnosticar doenças, mas também, a agir preventivamente em relação aos riscos de cada um de seus usuários e manejar suas preocupações em relação às doenças.

A qualidade de atenção pode ser vista sob dois ângulos diferentes. Sob a perspectiva populacional, o olhar fica voltado para o impacto da política pública na saúde da população e na redução das desigualdades entre subgrupos populacionais. Já a perspectiva clínica se volta ao impacto de um profissional ou grupo de profissionais sobre a saúde de seus pacientes. Na perspectiva populacional, vimos como a ESF teve um impacto positivo ao oferecer inúmeros avanços qualitativos no SUS. Este estudo, no caso, é para avaliarmos a qualidade da atenção pela perspectiva individual.

Na APS ao considerarmos a pessoa em primeiro lugar, a doença será considerada na medida da sua influência sobre a pessoa. Assim uma avaliação da qualidade da atenção acaba sendo mais complexa que no ambiente hospitalar, que é um ambiente com muito mais variáveis a serem controladas que o ambulatorial.

Dessa forma, para uma avaliação adequada se faz necessário estabelecer critérios de qualidade e um instrumento voltado para as peculiaridades da APS, o que nos dedicaremos a seguir.

4.4 A APS DE QUALIDADE E SUA RELAÇÃO COM OS ATRIBUTOS

A Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos, antigo “Institute of Medicine”, em sua terceira revisão, concluiu, em 1994, que a APS se orienta por 7 eixos estruturantes denominados atributos (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994).

Atributo é um substantivo masculino que significa: “o que é próprio, uma característica positiva e um símbolo distintivo de algo” (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, 2019, s. p.). Assim, os atributos são características que fundamentam a APS, de modo que a sua presença indica uma maior a qualidade do serviço.

Os atributos da APS estão divididos em dois grupos: os essenciais e os derivados. Os essenciais são quatro: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Já os derivados, são três: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994). Estes atributos não funcionam isoladamente, estão interligados entre si e com os outros níveis de atenção, como uma teia onde um depende do outro para funcionar adequadamente.

4.4.1 Acesso de Primeiro Contato

Este é o atributo que se refere à acessibilidade e à utilização dos serviços quando os usuários têm uma nova necessidade de saúde. Acesso não é sinônimo de acessibilidade, esta última é o conjunto das características do serviço (geográfico, econômico, sociocultural, funcional) que indicam a possibilidade de os usuários chegarem, física e efetivamente, ao serviço. Já o acesso é a forma como os usuários perceberem a acessibilidade, ou melhor, se o uso oportuno da USF é possível (CAMPOS et al., 2014).

Sua importância, segundo a Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos, é devido ao fato do acesso oportunizar o uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar positivamente o estado de saúde das pessoas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

4.4.2 Longitudinalidade

É umas das características mais importantes da APS e de exclusividade desta. Sendo definida como o estabelecimento de uma relação terapêutica, entre o serviço e o usuário, para o acompanhamento de distintos problemas de saúde ao longo do tempo. Tal atributo, se bem utilizado, permite produzir diagnósticos e tratamento mais precisos, bem como diminuir encaminhamentos e exames desnecessários (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Diferencia-se do termo “continuidade do cuidado” pois este se refere ao cuidado ao longo do tempo de um problema específico somado a transferência de informações para orientar decisões terapêuticas em outros níveis de atenção, segundo Starfield (2002). Este termo define o trabalho dos especialistas focais.

Algumas condições são necessárias para que a longitudinalidade aconteça como a continuidade informacional, a continuidade pessoal e a identificação da USF como a fonte regular de cuidado de um usuário (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Continuidade informacional é a forma como se registra as informações do usuário a cada encontro com o serviço de saúde e em seus diversos níveis, sendo fundamental que haja disponibilidade para a APS de todas as informações produzidas no sistema.

A continuidade pessoal é a forma de garantir que os usuários possam ser atendidos pelo mesmo profissional, na maioria das vezes que ele tenha uma nova necessidade de saúde. A importância disso é que, com o aprofundamento da relação médico-pessoa, a comunicação e o entendimento entre as partes melhoram desfechos clínicos e a qualidade da prevenção, pelo fato desta estar mais adequada a especificidades individuais (STARFIELD, 2002).

A identificação da USF como fonte regular de cuidado permite que a continuidade do cuidado e profissional aconteça. Demonstra a confiança do usuário no serviço oferecido e serve para resolução de novas necessidades de saúde, agudização de problemas crônicos e/ou serviços preventivos.

Como podemos ver, a longitudinalidade da APS não acontece apenas por existir um serviço há 20 anos num território. Há a necessidade de que a gestão dos serviços de saúde desenvolva condições para que ela ocorra de forma adequada e qualificada para o usuário.

4.4.3 Integralidade

O conceito de integralidade, intuitivamente, nos remete a pensar que um serviço de APS deveria oferecer tudo a todos e que os profissionais devem estar preparados para tanto. Se esta ideia fosse possível, receberíamos da realidade um serviço de baixa qualidade pela implausibilidade do conhecimento universal, sendo, portanto, uma falácia.

A integralidade não só é um atributo da APS como um princípio doutrinário do SUS, isso demonstra sua importância dentro de nosso sistema de saúde. Apesar de terem o mesmo significado e terem suas interdependências, suas abrangências são diferentes. A integralidade como princípio do sistema se refere à disponibilidade da rede de atenção, enquanto atributo ela está diretamente ligada ao acesso aos outros níveis de atenção e deve ser adequada às necessidades da comunidade e não o contrário (STARFIELD, 2002).

Ao se ter a possibilidade de acesso a todos os níveis, o sistema consegue oferecer todos os serviços necessários àqueles que precisam, chegando ao conceito de integralidade como intuimos, isto é, oferece todos os serviços de saúde.

Ainda o caso do atributo da APS, a Integralidade é a disponibilidade de serviços abrangentes a ponto de terem uma boa resolutividade e aceitação para a comunidade adscrita àquele serviço.

4.4.4 Coordenação do Cuidado

Este atributo se refere ao papel da APS de acompanhar a caminhada que o usuário faz dentro do sistema de saúde de maneira a organizar seu cuidado conforme suas necessidades específicas e a adequar as diversas interações entre os níveis de atenção.

Starfield (2002) diz que “a coordenação é um estado de estar em harmonia numa ação, ou esforço em comum” (STARFIELD, 2002, p. 365) entre o usuário e todos os serviços que ele usa no sistema. O profissional de saúde da APS deve ser a ponte que une essas diversas informações e contribui no seu manejo junto com a pessoa assistida.

Na caminhada difícil do usuário dentro do sistema de saúde, o profissional da APS deve estar atento ao convívio das diversas intervenções realizadas. Isto para que aspectos negativos resultantes delas sejam amenizados ou contornados de maneira que a melhor abordagem possível seja garantida. Na APS, os aspectos individuais das abordagens do sistema como um todo devem ser levadas em consideração, isto para que atinjamos o melhor resultado para o cuidado individual.

A importância deste atributo é que ele interfere diretamente na expectativa de vida individual, isto é, a oferta no serviço de uma boa coordenação do cuidado melhora a qualidade do tratamento oferecido ao usuário e com isto ajuda a aumentar sua expectativa de vida.

Shi (1994) demonstrou isso ao estudar que a ausência de um médico de família no cuidado de um indivíduo aumenta a mortalidade geral comparada a grupos de pessoas acompanhadas por especialistas e um médico de família nos Estados Unidos da América (EUA) em 1994. Basu et al. (2019) encontrou resultados semelhantes ao avaliar a mortalidade estadunidense de 2005-15.

4.4.5 Orientação Familiar, Comunitária e Competência Cultural

Os três atributos acessórios da APS têm características que são muito mais acessíveis neste nível de atenção do que nos outros e podem influenciar desfechos na saúde ao entendermos o seu funcionamento e sua utilidade.

A Orientação Familiar discorre sobre o olhar do profissional sobre as implicações da família na saúde do indivíduo, e vice-versa. Abre o escopo de possibilidades da influência do ambiente familiar sobre a saúde individual permitindo que o trabalho da EqSF flua de maneira

mais integrada a esse fator, podendo ser utilizada como ferramenta de auxílio em diversas situações. Por exemplo, facilitar a realização da dieta de um diabético ao ter contato com o familiar que cuida da alimentação da pessoa orientando-a sobre os alimentos de maior índice glicêmico.

Quanto à Orientação Comunitária temos que, da mesma maneira que o indivíduo é influenciado pela sua família, a comunidade e as pessoas que nela convivem também repercutem na experiência individual. Relacionamentos com grupamentos religiosos, escolares, afetivos etc. terão sua maneira de influenciar o indivíduo, e vice-versa. Conhecer esses grupos e seus comportamentos específicos permitirá ao serviço pensar em maneiras mais abrangentes de atingir um determinado problema de saúde que possa ser influenciado por uma cultura local específica. Como exemplo temos o problema de gravidez na adolescência que pode ser abordado num grupamento escolar com uma ação de educação em saúde.

A Competência Cultural é o atributo que depende da longitudinalidade mais do que qualquer um dos outros. Diz respeito à forma como o serviço se comunica com seus usuários de maneira inteligível, usando de linguagem, exemplos e possibilidades que façam sentido para a vida daquelas pessoas dentro de seu nível cultural. A maior parte desse conhecimento é empírico, ou seja, vem da convivência dos profissionais com a comunidade da sua alçada. Não é algo disponível para o aprendizado teórico, *a priori*, mas um conhecimento adquirido *in loco* e na prática do dia-a-dia. É outro atributo que depende da disponibilidade de cada profissional.

4.5 OS ATRIBUTOS E A QUALIDADE DA APS

Definidos os atributos, podemos dizer que serviços de APS são tão melhores quanto maior o grau de oferta destes para seus usuários. Assim, uma das maneiras de uma equipe buscar uma melhoria na qualidade de seu serviço prestado é se orientar pelos atributos da APS.

4.6 OS ATRIBUTOS DA APS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A PNAB é o documento norteador de nossa APS e, foi revisto em 3 edições, havendo avanços qualitativos a cada edição (BRASIL, 2017). O Quadro 2 compara a quantidade de vezes que os atributos essenciais foram citados em cada revisão da PNAB. Deste quantitativo é possível ver o quanto a PNAB tem se aproximado dos atributos da APS.

Quadro 2 – Número de citações dos atributos da APS nas edições da PNAB.

ATRIBUTOS	2006	2011	2017
ACESSO	02	18	38
LONGITUDINALIDADE	02	05	07
INTEGRALIDADE	04	05	12
COORDENAÇÃO DO CUIDADO	02	04	06
Total	10	32	63

Fonte: elaborado pelo autor.

Ao longo do texto podemos perceber algumas menções indiretas aos atributos em algumas de suas definições.

No artigo segundo temos:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, s. p.).

Neste artigo, em que podemos perceber a presença do atributo integralidade, há, também, uma menção ao atributo acesso já que restringe a atuação da equipe a um território, definindo a quem o cuidado deve ser endereçado.

No primeiro parágrafo deste artigo, há a referência aos atributos acesso de primeiro contato e à coordenação do cuidado, como vemos a seguir: “§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017, s. p.).

No segundo parágrafo do mesmo artigo temos, novamente, o atributo da integralidade e do acesso inferidos em suas palavras, junto com o atributo derivado da orientação comunitária: “§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde” (BRASIL, 2017, s. p.).

No terceiro e quartos parágrafos temos o atributo acesso mencionado ao se colocar que todas as pessoas devem ser atendidas no SUS, independentemente de sua condição:

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. (BRASIL, 2017, s. p.)

Outro atributo, a longitudinalidade, característica fundamental da APS, é diretamente mencionado nas diretrizes da APS junto com a coordenação do cuidado demonstrando a importância destes para a APS brasileira.

Dessa maneira, vemos que na PNAB, além de citações diretas aos atributos da APS temos a sua presença indireta nas definições da APS. Isso demonstra que, ao nortearmos a qualidade da APS segundo seus atributos, estaríamos indo em conformidade à definição da APS pela PNAB.

Apesar de todo detalhamento da PNAB, vemos que esta, ao se vincular indiretamente aos atributos da APS, não é suficientemente clara em relação a alguns desses potentes indutores de qualidade. Isto dificulta a qualificação da mesma pois dá margem a interpretações distorcidas.

Além deste problema que se arrasta ao longo de suas publicações, esta última versão da PNAB sofreu diversas críticas por seu conteúdo flexibilizar o repasse financeiro da APS e retirar a prioridade da ESF como modelo indutor da APS brasileira (ABRASCO; CEBES; ENSP, 2017; SBMFC, 2017). Com isso, há o receio que os repasses da APS sejam desviados para a média e alta complexidade (KANNO; BELLODI, 2012), desvirtuando a capacidade de indução do MS para a qualificação da APS local.

4.6.1 A PNAB e o profissional médico

A equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família é formada por agentes de saúde, um técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico. Esta equipe deve garantir o cumprimento dos princípios da APS brasileira definidos pela PNAB (BRASIL, 2017). Cada membro da equipe deve cumprir as tarefas do seu campo de conhecimento e trabalhar em equipe para poder oferecer a sua comunidade o melhor serviço possível dentro das possibilidades da sua realidade.

Para o MS, qualquer médico pode atuar na APS como generalista, apesar da preferência ser o especialista em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Ou seja, médicos sem especialização específica ou com uma formação diferente da residência voltada para a APS são considerados aptos para nela atuar (BRASIL, 2017). Neste sentido, há um entendimento que a graduação em medicina formaria um generalista capaz de atuar, naturalmente, na APS brasileira. Comparado a países de grande desenvolvimento econômico, como EUA ou a Comunidade Europeia, onde os médicos atuam sem supervisão somente após a especialização

médica, o Brasil não demonstra esse cuidado, o que pode repercutir negativamente na questão da qualidade do serviço de APS ofertado aqui.

De acordo com os dados nacionais do 1º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) de 2012, apenas 11,3%, dos médicos atuantes na ESF são especialistas em MFC (BRASIL, 2015). Em Sergipe, 100% dos médicos não possuem residência, apesar deste escriba ter concluído a residência em 2002 e a equipe 006 ter participado desta pesquisa. Em 2018, há em Sergipe, segundo a demografia médica de 2018, 40 MFCs (SCHEFFER et al., 2018), o que é um crescimento considerável. Cabe frisar, contudo, que nem todos estes especialistas atuam na ESF, ainda que alguns deles estejam trabalhando como professores nas três universidades do estado.

Ainda pela PNAB, as responsabilidades do médico da EqSF são:

- I – Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
- II – Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
- III – Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- IV – Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
- V – Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- VI – Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e
- VII – Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. (BRASIL, 2017, s. p.)

Exercer essas funções sem uma formação específicas somando-se o fato que a APS é um local de muitas peculiaridades e complexidades não é simples.

Mesmo depois das mudanças implementadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação de Medicina de 2014, ainda temos a maior parte das escolas com um currículo de um modelo de formação mais hospitalar (BRASIL, 2001; GOMES et al., 2012). Este fator, em mudança lenta e gradual, ainda gera uma incompatibilidade com o perfil do médico generalista esperado para atuar na ESF, o que faz com que a APS perca muito em qualidade. É possível que o médico generalista, com tempo e dedicação, desenvolva as habilidades necessárias, porém outro fator prejudicial da APS brasileira é a alta rotatividade de seus profissionais. Essa falta de longitudinalidade em grande parte das equipes brasileiras dificulta o aprimoramento em serviço.

A PNAB cita, em suas três versões, a educação permanente como uma diretriz a ser aplicada em toda APS, porém, a falta de fixação dos profissionais médicos faz com que muitas vezes o trabalho de qualificação profissional seja desperdiçado.

Ney & Rodrigues, em 2011, realizaram um estudo qualitativo para avaliar os fatores que dificultam fixação do médico na ESF, encontrando os seguintes motivos: insatisfação profissional, condições de trabalho inadequadas, carga de trabalho pesadas, distorções na remuneração, problemas no plano de cargos, carreira e salários, deficiências na política de formação profissional para especialidade, insuficiente regulação da profissão médica no Brasil por parte do Estado e excessiva interferência política na prestação de serviços públicos de saúde (NEY; RODRIGUES, 2012). Este trabalho demonstra que a fixação é um problema complexo e que necessita de uma abordagem ampla, não se restringindo apenas à formação continuada.

Além da fixação, há lugares onde a dificuldade é de provimento. Locais muito distantes de centros urbanos, como aldeias indígenas, apresentam muitas dificuldades de encontrar profissionais para contratação. Essa problemática gerou dois programas: o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e, um tempo depois, o Programa Mais Médicos (PMM). Essas duas estratégias visaram impulsionar a contratação de médicos nessas localidades, porém o problema da continuidade profissional se manteve, pois os dois programas eram de contratos temporários e, assim, não estimulavam a longitudinalidade.

Pelo que podemos ver, a PNAB ainda é um instrumento débil quando se trata de estabelecer um padrão de qualidade para a APS brasileira. Isso porque ela não estabelece parâmetros para solucionar problemas crônicos da APS, como a continuidade profissional do médico; o que dificulta o caminho para a qualidade da atenção e contribui para a constatação de que mesmo com programas suplementares a ela, alguns problemas se mantêm.

4.7 A ESPECIALIDADE: MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

No setor da saúde, o início do século XX foi marcado pela busca da qualificação na medicina. O Relatório Flexner, documento patrocinado pela Associação Médica Americana (AMA), foi crucial ao contribuir para a organização e sistematização da educação médica mundial em busca de um padrão de qualidade para estes profissionais. Naquele momento, a ênfase nas tecnologias e conhecimentos científicos emergentes faz a era da especialização nascer. Esse movimento faz o número de “médicos gerais” diminuir gradualmente, já que a fragmentação da profissão e a ênfase na tecnologia demonstrava uma obsolescência do generalista. Essa mudança resultou em ganhos técnicos, mas levou a uma deterioração do relacionamento entre as pessoas e os médicos.

Ao perceber esta insatisfação pública, em 1966, a própria AMA solicita uma nova avaliação da educação médica americana chegando ao Relatório Millis (AMA, 1966). Este relatório ressalta que a formação médica americana tem carência de formar clínicos que sejam competentes e que desejem oferecer um cuidado integral (*comprehensive care*) com longitudinalidade (*continuity of care*), entre outras coisas, demonstrando a necessidade de uma especialidade que englobasse estas características. Este relatório teve como consequência a criação de disciplinas acadêmicas de Medicina de Família e Comunidade em diversas universidades do Reino Unido, Holanda, Canadá e Estados Unidos para suprir essa deficiência de formação profissional.

Segundo McWhinney & Freeman (2010), as especialidades médicas surgem de três formas: pela transformação de uma antiga especialidade, pelo retorno de uma especialidade que estava abandonada ou pela fragmentação de uma área mais ampla. Da deterioração da relação médico-pessoa, surge a necessidade de um novo tipo de generalista, diferente do “clínico geral antigo”, mas com algumas características deste, o Médico de Família e Comunidade (MFC).

Em 1972, a partir da formação da World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine (WONCA), surgiu um consenso em relação à necessidade de se romper com esse antigo “clínico geral” e de se estabelecer a Medicina de Família como a especialidade para atuar na APS (COSTA et al., 2014). É, também, desse “*locus*” primário onde coexistem doenças em suas diversas fases, sintomas indiferenciados, multimorbidades, problemas sociais, sintomas inexplicáveis etc. que nasce a necessidade de uma especialidade com uma epistemologia própria. Este novo especialista tem um papel diferenciado e um conjunto de habilidades próprias, o que demonstra que a MFC não é um “Frankenstein” de todas as outras.

A MFC é uma disciplina médica complexa, que contempla uma abordagem sistêmica que engloba todo o contexto psicológico, social, cultural e econômico em que a pessoa se insere, isto é, uma especialidade holística direcionada para a prática de uma medicina centrada na pessoa que vai de encontro aos problemas atuais da nossa sociedade (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Esta especialidade, ainda segundo McWhinney & Freeman, se rege por princípios específicos. São eles:

1. O Médico de Família e Comunidade é comprometido, em primeiro lugar, com a pessoa, e não com um conjunto de conhecimentos, grupos, doenças ou técnica especial;

2. O Médico de Família e Comunidade procura entender o contexto da experiência com a doença;
3. O Médico de Família e Comunidade vê cada contato com as pessoas como uma oportunidade de prevenção de doenças ou promoção da saúde;
4. O Médico de Família e Comunidade vê as pessoas que atende como uma “população de risco”;
5. O Médico de Família e Comunidade considera-se parte de uma rede comunitária de agências de apoio e de atenção à saúde;
6. O ideal seria que o Médico de Família e Comunidade compartilhassem o mesmo habitat que as pessoas que atendem;
7. O Médico de Família e Comunidade visita as pessoas em suas casas;
8. O Médico de Família e Comunidade dá importância aos aspectos subjetivos da medicina;
9. O Médico de Família e Comunidade é um gerenciador de recursos.

Muitos desses princípios estão de acordo com as funções do médico estabelecidas pela PNAB demonstrando que a especialidade tem uma relação importante com o tipo de profissional almejado pela ESF. Considerando a especificidade e complexidade da APS, é improvável que profissionais de saúde sem um treinamento direcionado para a área consigam atingir um desenvolvimento satisfatório na sua prática em um curto período de tempo.

Borgiel et al. (1989), ao compararem parâmetros de qualidade entre médicos de família com residência e médicos sem a especialidade no Canadá, encontraram diferenças positivas significativas, reforçando que um sistema que preza por qualidade deve estimular a especialização de seus trabalhadores. Atualmente, com o PCAT, encontramos vários estudos nacionais (CASTRO et al., 2012; HARZHEIM et al., 2016; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013) e internacionais (STARFIELD, 2002; SHI, 1994; SHI et al., 1990; ZOU et al., 2015) que demonstram uma superioridade qualitativa em serviços com especialistas da APS.

É esta especialidade, com suas ferramentas, que se adequa melhor às necessidades da APS, seja no Brasil, seja em qualquer outro lugar do mundo, já que foi forjada dentro das necessidades específicas deste nível de atenção.

4.7.1 O conceito de saúde e a MFC

O conceito de saúde que a OMS adotou, que a define enquanto “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS,

2006, p. 1), contribuiu para que houvesse a necessidade de uma especialidade que conseguisse ter um olhar mais holístico para o sofrimento humano (SCLIAR, 2007).

Dada essa subjetividade do adoecer, carece ao profissional da APS entender como a pessoa vê o que é saúde para ela e como isso está ligado ao seu sofrimento. Porém, nem sempre isso é claro para a própria pessoa, de forma que cabe ao profissional da APS entender a “experiência da doença” de cada um.

A “Experiência da doença” é o nome que se dá à experiência e a interpretação subjetiva do adoecer de cada pessoa. Em geral, é acompanhada de sentimentos como medo, perda, solidão ou traição (LOPES, 2019). A “experiência da doença” não pode ser traduzida somente em algo físico ou apenas diagnosticada em exames, pois a mesma está ligada com o contexto que a pessoa traz sobre o seu adoecimento. A observação desse fenômeno trouxe a necessidade de que um novo especialista surgisse para poder abarcar esta percepção da realidade. O especialista na pessoa, o Médico de Família e Comunidade.

Um médico para entender a subjetividade do adoecimento, considerando o seu contexto familiar, social e cultural, ou seja, um profissional com um olhar sistêmico para o adoecimento individual. Um médico para poder nos aproximar do conceito de Saúde como a OMS define.

4.7.2 O método clínico centrado na pessoa

“The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease.” Sir William Osler

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) é o instrumento preferencial de consulta do MFC. Este facilita a compreensão e a execução de competências essenciais deste especialista, sendo fundamental para o bom exercício profissional deste.

Sua incorporação visa à qualificação da prática do MFC por demonstrar benefícios como: melhor adesão ao uso de medicamentos, maior satisfação com a consulta, maior empoderamento dos pacientes, maior alívio de preocupações, melhora da pressão arterial, ser mais custo efetiva etc. (CASTRO, 2013). Devido a estes fatores, o método é ensinado em diversas residências da Medicina de Família e Comunidade do Brasil visando a qualidade da prática de nossos especialistas.

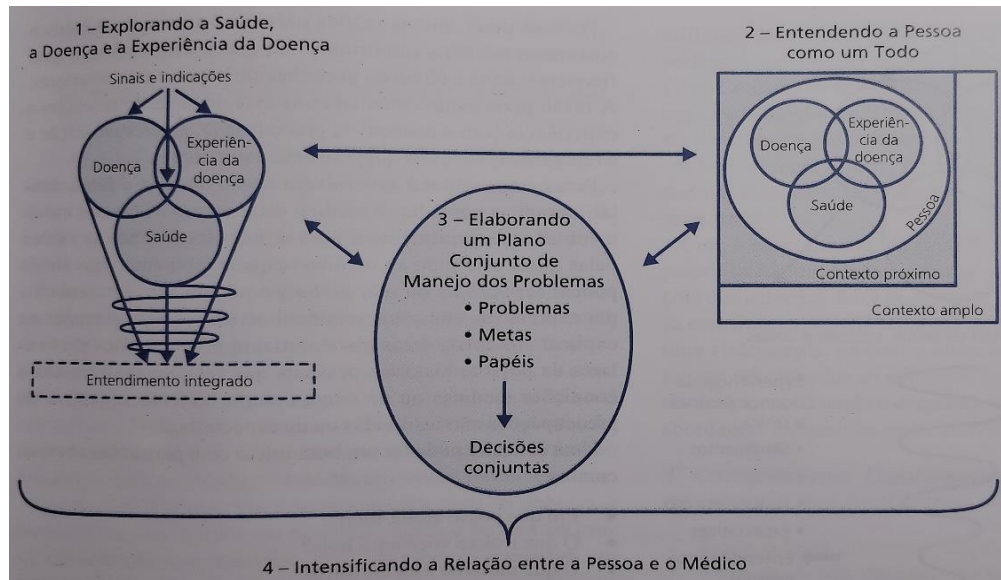
O MCCP consiste numa abordagem de consulta médica dividida em quatro etapas:

1. Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença;
2. entendendo a pessoa como um todo;

3. elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas;
4. intensificando a relação entre a pessoa e o médico

A figura 1 demonstra os 4 componentes e sua relação entre si:

Figura 1 - Método Clínico Centrado na Pessoa e seus 4 componentes



Fonte: Lopes & Dias (2019).

O componente 1 nos permite acessar uma visão integrada entre a doença, o entendimento da pessoa sobre o que é saúde para ela e a “experiência da doença”. Ao abranger estes três aspectos, essa visão proporciona ao profissional um entendimento não só das alterações que o corpo está refletindo (p.ex. sinais e sintomas, exames alterados), mas de como a pessoa interpreta essas alterações, possibilitando um alcance maior do alívio do sofrimento.

O segundo componente facilita ao médico contextualizar como aquele sofrimento da pessoa impacta suas diversas atribuições sociais e refina o seu entendimento da experiência da doença proporcionando elementos para construir o próximo componente.

Chegando ao terceiro componente, segundo o qual se vai elaborar um plano conjunto de manejo de problemas. Nesta etapa se constrói o equilíbrio das visões do profissional e da pessoa de maneira a ficar bem claro:

1. O problema a manejar;
2. a meta a ser atingida e as prioridades de tratamento;
3. a responsabilidade de cada parte envolvida.

O quarto componente abrange as outras etapas que facilitam o aprofundamento da relação médico-paciente, que, por sua vez, intensifica o conhecimento mútuo, permitindo que novas informações sejam absorvidas no sistema de maneira a melhorar a parceria para um resultado comum. Como a APS é em sua essência longitudinal, a cada encontro novas informações se adicionam possibilitando um ganho qualitativo a cada consulta.

Apesar do possível aumento do tempo de consulta, estudos que avaliam a influência desse fator demonstraram resultados contraditórios (CASTRO, 2013). A habilidade do profissional em administrar seu tempo de consulta pode facilitar a aplicação do método sendo este selecionado para os momentos necessários e em dias em que o quantitativo de pessoas não esteja proibitivo.

É um método que possibilita a exploração completa de um sintoma de uma pessoa pelo profissional permitindo um equilíbrio das intervenções médicas a fim de se evitar seu excesso e suas consequências nefastas. Talvez seja o método que melhor consiga aproximar o profissional e a pessoa da definição de Atenção Básica da PNAB.

4.7.2.1 MCCP e os atributos

A MCCP contribui para que a prática médica se aproxime dos atributos essenciais da APS de diferentes formas.

Dentre tais atributos a integralidade é o que mais se beneficia, já que a MCCP tenta explorar os sintomas de maneira holística, abrangendo seu conteúdo de forma global possibilitando esta aproximação.

O acesso, a continuidade do cuidado e longitudinalidade são ferramentas acessórias para que a MCCP ocorra em sua plenitude. Como a quantidade de informação disponível refina o método, proporcionar ao usuário a oferta desses atributos permite que novos dados entrem no sistema, o que facilita que uma dinâmica profícua seja possível.

Os atributos acessórios (orientação familiar e comunitária mais a competência cultural) fazem o MCCP possível. O profissional ao se comprometer com uma visão abrangente do problema vai ter de se guiar pelo contexto próximo (orientação familiar) e pelo contexto amplo (orientação comunitária), como vemos na Fig.19, para poder melhorar o seu diagnóstico. Essas informações dependerão de um conhecimento prévio do contexto e da comunicação com a pessoa em consulta, para tanto o uso da competência cultural é primordial.

Por essas razões podemos concluir que a MCCP estimula e requiere os atributos da APS para seu melhor desempenho, funcionando como um círculo virtuoso. Logo, a MCCP pode promover a qualificação da APS.

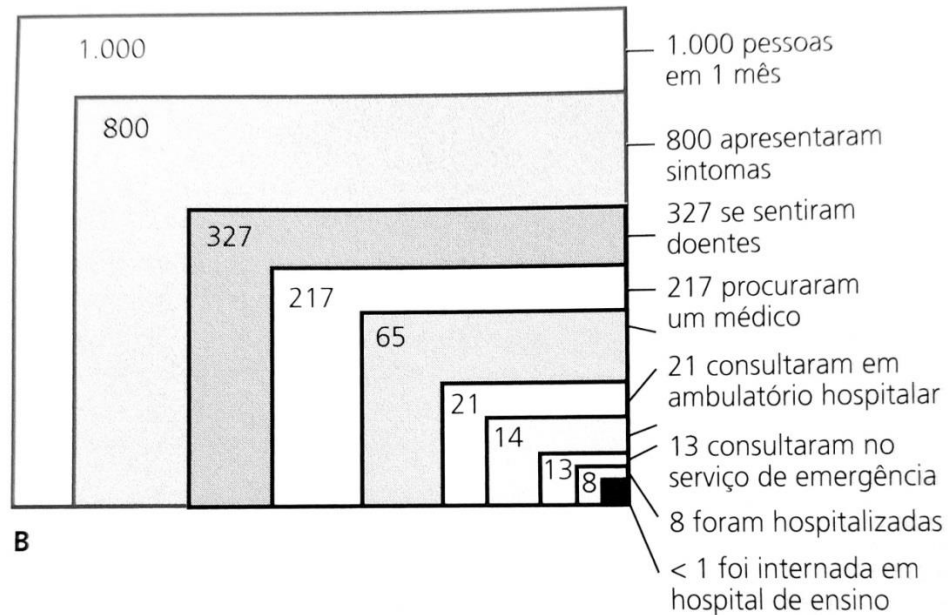
4.7.3 A função de filtro do MFC

Diante da tarefa de considerar a “experiência da doença” no seu diagnóstico com a ajuda do MCCP, o MFC contribui com o sistema de saúde ao servir como um filtro para o acesso aos outros níveis de atenção (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Antes da entrada no sistema de saúde, há outros mecanismos para lidar com sintomas. Este nível de atenção é chamado de autocuidado (pré-sistema) e envolve os mecanismos usados por todas as pessoas para lidar com sintomas sem a necessidade de um médico.

Como podemos ver na figura 2, um estudo ecológico sobre a relação entre a quantidade de sintomas e a procura de atenção médica mostra que, no período de um mês, em um grupo de 1000 pessoas, 80% delas apresentaram algum sintoma, porém só 327 se sentiram doentes e 217 que procuraram um médico (VIDAL et al., 2019). Ou seja, só 20% que procuram um médico!

Figura 2 - Ecologia dos serviços médicos



Fonte: Vidal et al. (2019).

A decisão de se consultar com um médico vai depender de dois fatores, segundo McWhinney & Freeman (2010): o papel do doente e o comportamento da “experiência da doença”. Assumir o “papel do doente” acarreta obrigações e privilégios na nossa sociedade, tais como a obrigação de se tratar para melhorar e o privilégio de poder estar incapaz para exercer certos papéis, como trabalhar ou estudar. A determinação pessoal para assumir esse papel vai depender da forma como a pessoa avalia certo sintoma, isto é, da sua experiência da doença. Sendo assim, nem sempre consultamos as pessoas por sintomas que consideramos graves, mas com base no quanto a pessoa acha que aquele sintoma é grave.

Como, na maioria das vezes, a decisão de consultar cabe à própria pessoa ou a pessoas próximas, geralmente leigas, é necessária uma avaliação técnica para podermos selecionar as pessoas que precisarão de cuidados mais especializados, isto é, exercer a função de filtro⁷¹ para os outros níveis de atenção à saúde.

A necessidade da função de filtro do MFC para os sistemas de saúde é poder aumentar a eficiência do sistema. Ao aumentar o valor preditivo pré-teste, isto é, aumentar a probabilidade da pessoa avaliada ter, realmente, aquela doença, a pessoa encaminhada ao especialista focal tem maiores chances de obter um benefício para sua saúde. Essa função diminui as chances de se encontrar exames “falsos-positivos” e, assim, evita iatrogenias. Os especialistas focais são treinados para detectar doenças e, ao filtrar seus pacientes, escolhendo

aqueles com maior chance da real necessidade dos mesmos, os MFCs, aumentam sua eficiência e, conseqüentemente, a do sistema como um todo (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2005).

Assim, ao separar a “experiência da doença” das doenças “reais” os MFCs realizam um duplo benefício ao sistema: evitam que pessoas saudáveis sejam tratadas como doentes e facilitam o acesso daqueles que realmente necessitam de uma intervenção médica especializada.

Dessa maneira, na APS, o médico precisa utilizar deste conhecimento da “experiência da doença” e do MCCP para poder separar as pessoas saudáveis com sintomas de pessoas doentes, de forma que estas ferramentas do MFC qualificam a APS e o sistema como um todo. Estar apto a aplicar essas técnicas é fundamental para o SUS se almejamos sua qualificação.

Sendo assim, incentivar as equipes a esse direcionamento se torna medida fundamental para uma mudança da APS em direção a sua excelência.

4.7.4 Condições para um MFC funcionar com qualidade

Segundo Lopes & Dias (2019), a MFC tem 4 princípios:

1. O médico de família é um clínico qualificado;
2. a atuação do médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade;
3. o médico de família é o recurso de uma população definida;
4. a relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família.

Todos os princípios estão inter-relacionados e os itens 1, 2 e 4 só dependem do profissional para garanti-los, sempre em conjunto com sua EqSF. Apenas o 3º princípio não depende exclusivamente da equipe, sendo muito influenciado pela gestão municipal.

A PNAB define um quantitativo médio para as EqSF de 3000 pessoas, com teto máximo de 4 mil, porém não há nenhuma regulação ou fiscalização para que a gestão local respeite este teto de pessoas cadastradas (BRASIL, 2017).

O cadastro da população adscrita de uma equipe é realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os ACS fazem as visitas domiciliares em um território pré-definido, cadastrando as famílias e quantificando as almas do território. Geralmente, se faz um cadastro inicial de todas as pessoas domiciliadas na área pré-definida, depois o ACS estabelece as prioridades das Visitas Domiciliares (VD) e faz um controle do cadastro das pessoas que saem

ou entram para morar no território adscrito. Cada ACS deve acompanhar no máximo 750 viventes e cada equipe pode ter de 1 a 12 ACS, a depender das condições geográficas e socioeconômica da área de abrangência (BRASIL, 2017).

Ao chegar no seu limite máximo, o ACS para cadastrar mais pessoas, entretanto as pessoas não cadastradas têm suas necessidades de saúde e, independentemente de não terem uma equipe específica, tentam acessar a APS para adentrarem o SUS.

Nesta disputa por uma vaga na APS, criam-se inúmeras barreiras de acesso para o usuário e o mesmo cria maneiras de burlar as regras para fazer valer o seu direito ao SUS (CAMPOS et al., 2014; PAULA et al., 2016). Isso acarreta um desgaste desnecessário entre as EqSF e seu público, tendo os dois lados dificuldade de entender a problemática gerencial como um todo.

Como o sistema atual não consegue dimensionar a real quantidade de pessoas que utilizam a APS, não se sabe exatamente a quantidade de equipes necessária para suprir a demanda.

Com isso, temos o terceiro princípio do MFC descumprido, o que gera um fator comprometedor do desempenho das equipes, qual seja este subdimensionamento da ESF. Este fato contribui para comprometer a qualidade da APS pela gestão, independentemente dos esforços de seus profissionais.

5 AVALIAÇÃO NA APS

5.1 O DESAFIO DE FAZER UMA APS DE QUALIDADE NO BRASIL

Os desafios da APS podem ser divididos em três dimensões: o político-institucional, organizativo e técnico-assistencial segundo Teixeira² *apud* Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016).

A dimensão política-institucional envolve as políticas públicas referentes à reorganização das políticas, ações e serviços, sobretudo os investimentos empreendidos para o aprimoramento da APS.

A organizativa abrange a interação entre os níveis de atenção no processo de cuidado.

A técnico-assistencial observa as relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação).

A EqSF está diretamente ligada a todas essas dimensões, mas a de sua maior responsabilidade é o seu desenvolvimento na dimensão técnico-assistencial. Este aspecto é a que causa maior impacto qualitativo no seu dia-a-dia para o usuário e o sistema.

Apesar dos vários investimentos por parte do governo federal nesse sentido, o qual disponibiliza diversos meios de capacitação do profissional atuante na APS, o processo de qualificação ainda é um grande entrave para o desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde (DOMINGOS et al., 2016). Infelizmente, esse aprimoramento ainda se mostra insuficiente para a complexidade da APS e de suas demandas locais (KANNO; BELLODI, TESS, 2012).

Como não há uma fórmula específica para abarcar toda a complexidade do nível local, há a necessidade de um desenvolvimento de diretrizes gerais em relação as qualidades comuns que possam ser aplicadas a todas as EqSF, além de um estímulo ao uso de ferramentas adequadas à APS.

Essas qualidades genéricas são os atributos da APS que podem ser medidos por instrumentos de avaliação adequados. Ao fornecermos às EqSF informações neste sentido há a possibilidade de uma melhora na dimensão técnico-assistencial das mesmas, ao melhorar esta dimensão acabamos por melhorar o sistema como um todo.

² TEIXEIRA, Carmen. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, Carmen; SOLLA, Jorge (Org.). **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba; 2006. p. 19-58.

5.2 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA APS

Gérvas ressalta a importância do uso de instrumentos de avaliação ao dizer que a “Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento)” (GÉRVAS, 2013, p. 223).

Na frase acima se destaca a importância da necessidade de um instrumento de avaliação para que a APS tenha um melhoramento contínuo e com isso a APS se fortaleça.

Avaliar é uma necessidade para a gestão de um serviço e implica a responsabilidade do serviço em entregar um produto de qualidade a seus usuários.

Segundo Fracoli et al. (2014), são diversos os instrumentos que servem para avaliar a APS. Em uma revisão de literatura sobre o tema publicada em 2014, os autores identificam os cinco principais instrumentos utilizados: o *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); o *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQPCP); o *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ); o Aplicativo para Atenção Primária à Saúde (PACOTAPS); e o *Primary Care Assessment Tool* (PCAT). Todos eles, vale ressaltar, são validados cientificamente e considerados equivalentes.

Dentre todos esses instrumentos internacionais, os autores sugerem, em sua conclusão, que o PCAT, para a realidade brasileira, deveria ser o instrumento preferencial pois tem a possibilidade de contribuir com a criação de novos caminhos para a qualificação da APS brasileira, como melhor explicitaremos a seguir.

5.2.1 Instrumentos de Avaliação no Brasil

No Brasil, a estrutura da empresa pública ainda sofre com a falta de uma cultura de avaliação e inovação, mas isso vem mudando nos últimos tempos (CAVAZOTTE; MORENO JR.; TURANO, 2015). A portaria do MS n° 209/07 tornou a avaliação um dever dos três níveis de gestão (BRASIL, 2007), configurando um considerável avanço para o SUS. Anteriormente a essa portaria, já havia alguns mecanismos de avaliação, precários e limitados, vale pontuar, porém, ela foi um marco legal por tornar um **dever do Estado** a demonstração dos resultados de seus investimentos.

A partir de 1998, o PSF era avaliado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que persistiu até 2015 (BRASIL, 2019). Esse servia para monitorar a comunidade e as atividades das equipes de saúde e permitia que o MS, na prática, observasse quais as equipes que estavam ativas nos municípios justificando o repasse de verba para manutenção da EqSF. Esse era alimentado pelos dados colhidos pelos ACS no território e pela produção de procedimentos de cada membro da equipe o que gerava uma série de relatórios de consolidação

dos dados. Eram planejados em papel e a SMS ficava com a responsabilidade de digitar estes dados numa plataforma específica do MS. Até 2011 esse era o principal instrumento de avaliação disponível para as EqSF e era obrigatório a todas as EqSF.

A partir de 2007, outros instrumentos de avaliação e planejamento foram agregados como, por exemplo, o AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade), voltado para a requalificação da Atenção Primária, e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica em Saúde, direcionado para o planejamento de ações do MS e das SMS (SAVASSI, 2012).

Em 2011, inicia-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Este se caracterizava pela adesão voluntária das equipes e integrava dados do AMQ, SIAB e um instrumento de avaliação externa para compor um conceito avaliativo das equipes, chamado certificação. A depender do resultado da certificação, a equipe e o município recebem um incentivo financeiro para manter e/ou melhorar seus resultados numa próxima fase de avaliação (BRASIL, 2011).

O SIAB foi substituído gradualmente pelo Sistema de Informação de Saúde na Atenção Básica, conhecido como e-SUS (BRASIL, 2014). Em Aracaju, a migração foi feita em meados de 2015. Essa outra plataforma digital permite que os próprios membros das equipes alimentem o sistema com a sua produção de atividades diárias. Pode ser ainda integrado a prontuários eletrônicos para fazer uma alimentação automática dos dados ou, caso a USF não disponha desse recurso, pode ser digitado na plataforma *online* mediante a senha específica do profissional. O instrumento apresenta mais variáveis para avaliação da produção da equipe e dá independência da SMS para que os profissionais possam avaliar sua própria produção. O e-SUS substituiu o SIAB no fornecimento de indicadores de saúde para o PMAQ.

O PMAQ é, na verdade, uma política de qualificação que se baseia em uma articulação de vários instrumentos de avaliação. Este é utilizado sistematicamente desde a sua implantação e, desde então, houve três ciclos de aplicação do PMAQ. Este modelo de avaliação é, atualmente, o oficial da gestão federal.

Além do PMAQ, temos cancelado pelo MS outra ferramenta de avaliação da qualidade da APS o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCAT) (BRASIL, 2010).

O PCAT publicado em 2010 pelo MS (BRASIL, 2010), mas não é utilizado rotineiramente pelo governo federal. Algumas municipalidades, por interesse próprio já aplicaram o PCAT em seus serviços, porém não há nenhum incentivo do governo federal até agora para estimular este tipo de avaliação (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013).

5.3 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O PMAQ foi instituído pela portaria nº 1654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, tendo como objetivo principal:

induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em saúde” (BRASIL, 2011, s. p.).

Tem como suas diretrizes:

- Construir parâmetro de comparação entre as equipes de atenção básica;
- estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade com transparência em todas as suas etapas;
- envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários;
- desenvolver cultura de negociação e contratualização;
- estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;
- demarcar o caráter voluntário para a adesão tanto pelas EAB quanto pelos gestores municipais.

Esta forma de avaliação foi desenvolvida de maneira conjunta pela gestão, trabalhadores e usuários e já foram realizados três ciclos de avaliação nacional. Com os aprendizados e resultados do 1º e 2º ciclo houve a necessidade de alteração de alguns aspectos dos instrumentos e formato do PMAQ para o seu terceiro ciclo no intuito de qualificar o programa.

5.3.1 O primeiro e segundo ciclos (2012-14)

No primeiro e segundo ciclos sua aplicação se dividiam em 4 fases sendo:

1. Adesão e Contratualização (formalização e estabelecimento de metas);
2. desenvolvimento (aplicação do instrumento de autoavaliação pela equipe);
3. avaliação externa (aplicação de outro instrumento de avaliação por pesquisadores);

- recontratualização (pactuação de intervenção para deficiências destacadas pela avaliação).

Na Figura 3, podemos observar estas quatro fases e suas interligações.

Figura 3 – Fases do PMAQ do Ciclo 1 e 2



Fonte: Brasil (2012).

Na fase 1, o município que tem interesse em aderir ao PMAQ tem de esclarecer e mobilizar suas equipes de saúde para que estas assinem o termo de compromisso atestando sua adesão ao programa. Isto se resume em contratualizar os compromissos com a avaliação. Ao homologar sua adesão junto ao MS, o município recebe mensalmente 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável por equipe participante.

A segunda fase se inicia com a aplicação da ferramenta Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMQ) pela equipe, instrumento disponibilizado pelo programa, no intuito das equipes identificarem pontos positivos e negativos de seu trabalho. O AMQ é o instrumento recomendado, mas se houver interesse do município este pode utilizar de outro instrumento, mas não há registro de quantos municípios aderiram a isto.

O AMQ é um instrumento que tem 181 itens com padrão de respostas em escore de 0 a 10 (0 = Muito Insatisfatório a 10 = Muito Satisfatório) onde a equipe indica o quanto aquela afirmação é presente no seu cotidiano. Cada item apresenta a afirmação a ser avaliada e uma explicação sobre a mesma abaixo. Após a resposta de todos os itens há o cálculo para cada dimensão avaliada e sua classificação em: muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório (BRASIL, 2013). Isso permite à equipe identificar seus pontos frágeis para em conjunto com a gestão municipal estabelecer suas metas de qualificação.

A partir deste ponto do diagnóstico situacional, o uso das ferramentas como o monitoramento dos indicadores e o apoio institucional somado às estratégias de educação permanente municipais permitiria à equipe e à gestão trabalhar em conjunto em prol de sua qualificação. O uso destes indicadores para a realização do monitoramento tem o intuito de trazer a transparência e clareza do processo para as equipes, de maneira a facilitar o diálogo com a gestão, estabelecer prioridades e fortalecer a responsabilidade sanitária dos envolvidos.

Abaixo podemos ver os indicadores utilizados do 1º e 2º ciclo do PMAQ:

Quadro 03 – Indicadores de qualidade do 1º e 2º ciclo PMAQ.

ÁREAS ESTRATÉGICAS DOS INDICADORES
1. Saúde da mulher
2. Saúde da criança
3. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica
4. Saúde bucal
5. Produção geral
6. Tuberculose e hanseníase
7. Saúde mental

Fonte: Brasil (2012).

Na Fase 3, a avaliação externa utilizou um instrumento de avaliação organizado em 4 grandes dimensões e 13 subdimensões (Quadro 05) que são os eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade. Este é aplicado por pesquisadores ligados a uma instituição de ensino superior.

Avaliação externa tem 3 módulos: observação na unidade de saúde, entrevista com profissional da Equipe de atenção básica com verificação de documentos e entrevista na unidade de saúde com o usuário.

Quadro 04 – Quantidade de Itens por módulo na avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ

MÓDULO	ITENS
I – Observação na Unidade de Saúde	441
II – Entrevista com profissional da Equipe de atenção básica e verificação de documentos	584
III – Entrevista na Unidade de saúde com o usuário	223
TOTAL	1248

Fonte: produzido pelo autor.

Como vemos, o PMAQ tem como referência um escopo de parâmetros que, de maneira resumida, consiste em indicadores de desempenho e de monitoramento, contratualizados, com municípios e equipes, na fase 1, e uma gama de padrões de qualidade, utilizados, em parte, no momento de autoavaliação e, no todo, quando da avaliação externa.

Quadro 05 – Eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade.

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
GESTÃO	Gestão Municipal	Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		Organização e Integração da rede de Atenção à Saúde
		Gestão do trabalho
		Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Coordenação da Atenção Básica	Apoio Institucional
		Educação Permanente
		Gestão e Monitoramento e Avaliação
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos
		Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos
Perfil da Equipe		
EQUIPES	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção à Saúde	Organização do Processo de Trabalho
		Atenção Integral à Saúde
		Participação e Satisfação do usuário

Fonte: Brasil (2012).

Após a avaliação externa a equipe recebe uma nota de certificação que considera três dimensões: Implementação de processo autoavaliativo, desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade. O quadro 06 mostra o valor de cada dimensão na composição da nota:

Quadro 06 – Percentagem da nota final por cada dimensão de avaliação do 1º e 2º ciclo

DIMENSÕES DA CERTIFICAÇÃO	% DA NOTA FINAL
Implementação de processo autoavaliativo	10%
Desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados	20%
Verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade	70%

Fonte: Brasil (2012).

Dessa maneira, a partir da avaliação externa, as equipes de atenção básica poderão ser classificadas em quatro categorias:

- I – Desempenho insatisfatório;
- II – Desempenho regular;
- III – Desempenho bom;
- IV – Desempenho ótimo.

Com certificação das equipes, o município começa a receber valores diferenciados do componente de qualidade do piso de atenção básica variável conforme o seu desempenho, como vemos no quadro 07.

Quadro 07 – Percentagens do componente de qualidade do piso de atenção básica variável.

DESEMPENHO	% DO COMPONENTE DE QUALIDADE DO PAB VARIÁVEL
I – INSUFICIENTE	Suspensão dos 20% iniciais
II – REGULAR	Mantém 20% iniciais
III – BOM	60%
IV – ÓTIMO	100%

Fonte: Brasil (2012).

Com a certificação das equipes é possível perceber no PMAQ a indução financeira para estimular a qualificação da APS pelo MS. Esse incentivo financeiro vai para o município e equipe de forma a estimular a adesão ao programa e fomentar as mudanças na gestão, nas equipes e nos trabalhadores em direção a uma melhor oferta dos serviços de APS pelos parâmetros do PMAQ.

A partir do Segundo Ciclo do PMAQ, seria possível uma avaliação longitudinal dos desempenhos das equipes ao comparar as certificações.

5.3.1.1 Comentários ao primeiro ciclo

Nos 2 primeiros ciclos, temos que ressaltar que o uso dos indicadores de desempenho baseados na execução de certos procedimentos pode induzir as equipes a priorizarem os procedimentos avaliados em relação a outros mais necessários para a sua comunidade. Outro problema seria estimular mais o aspecto quantitativo do procedimento em detrimento do qualitativo. O instrumento ao medir a quantidade de, por exemplo, coleta de citopatológicos realizadas pela equipe, não diferencia o seu aspecto qualitativo, isto é, prioriza a realização dos

procedimentos e não o que foi feito deles. Isto pode estimular a equipe a fazer mais coletas e dedicar menos tempo a leitura de seus resultados perdendo a sua própria finalidade.

Esses mesmos indicadores induzem a equipe a entender que a APS de qualidade é o atendimento preferencial a grupos vinculados às ações programáticas, reforçando um comportamento vicioso das EqSF que afeta o acesso de pessoas desvinculados a elas.

Os módulos de avaliação externas são muito longos totalizando 1248 itens para avaliar sendo cansativo para o entrevistador e o entrevistado.

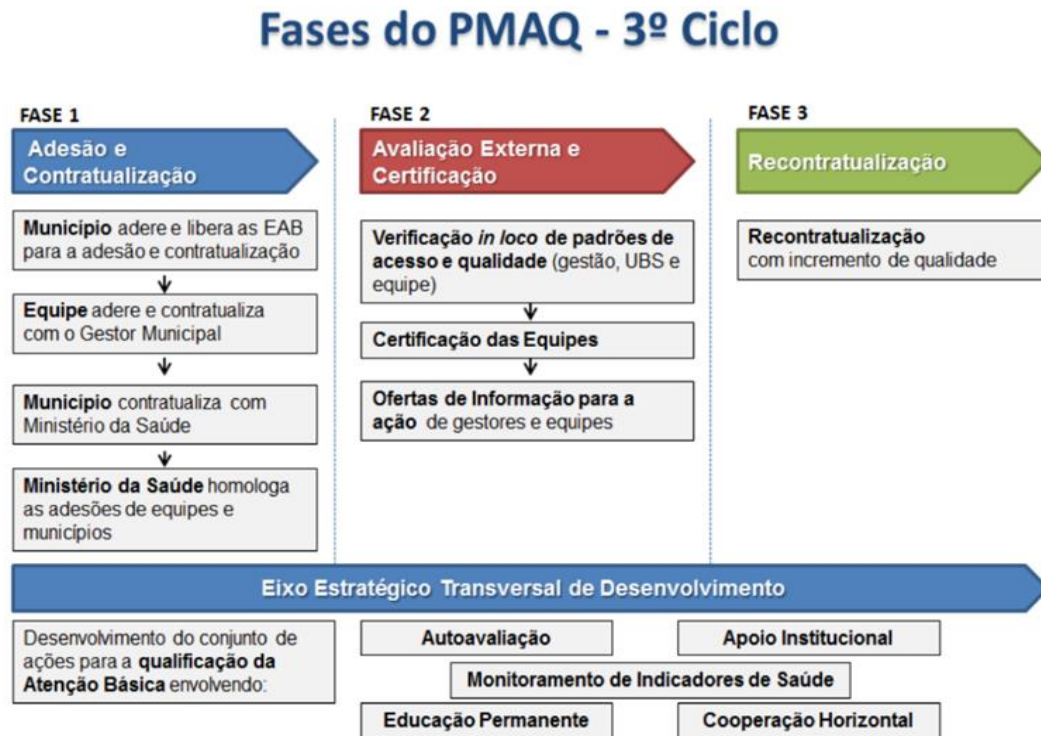
As avaliações da gestão e da equipe são vinculadas, podendo punir boas equipes com gestões ruins e vice-versa. O peso dessa avaliação é de 70% na certificação, sendo desproporcional ao resto do instrumento. Além disso, a entrevista com os usuários é feita com uma quantidade irrisória de pessoas.

Outro ponto problemático diz respeito ao fato de que os resultados do PMAQ que deveriam ser públicos não estão disponíveis para o usuário comum, não sendo possível encontrar os dados da equipe 006 para comparação, segundo o próprio site do MS estes dados estão disponíveis no e-gestor. Com a mudança de gestão em Aracaju, a nova equipe da SMS não tem acesso a esses dados, dificultando à equipe cumprir a proposta do PMAQ que é avaliar sua evolução ao longo do tempo.

5.3.2 O terceiro ciclo

Algumas mudanças foram feitas para o terceiro ciclo, sendo a mais considerável as do instrumento de avaliação externa em que se adicionaram mais 3 módulos de avaliação. Além desta alteração, uma outra importante mudança concerne ao entendimento que a autoavaliação, o monitoramento, a educação permanente, o apoio institucional e a cooperação horizontal não são mais pontuais em uma fase, mas um evento transversal que perpassa todo o processo, como vemos na figura 22.

Figura 4 – Fases do 3º ciclo do PMAQ



Fonte: Brasil (2017).

O instrumento de autoavaliação, o AMQ, não foi alterado estruturalmente, mas houve a possibilidade de este ser realizado por via impressa ou eletrônica. O uso de outros instrumentos de autoavaliação era possível, desde que fosse pactuado pela equipe, município ou pelo estado da federação, mas, novamente, não há dados disponíveis para saber quais os municípios fizeram isto (BRASIL, 2017).

Sobre o quesito da avaliação dos indicadores de desempenho, vemos no quadro 8 que há uma troca de áreas estratégicas para agrupamentos de avaliação. Esses indicadores são contabilizados pelo preenchimento da equipe do Sistema Eletrônico de Informações da Atenção Básica (e-SUS) (BRASIL, 2019).

Na avaliação externa temos um incremento nas dimensões avaliativas, como vemos no quadro 08.

O instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica e saúde bucal está organizado em seis módulos, como vemos abaixo:

- Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.

- Módulo II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários.

- Módulo III – Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde (Pesquisa de Satisfação do Usuário da Atenção Básica no Brasil), visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização. Observação: este módulo não é mais utilizado para a certificação da unidade, como nos primeiros ciclos, mas para a pesquisa de satisfação realizada pelo MS).

- Módulo IV – Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho destas equipes e a organização do cuidado aos usuários.

- Módulo V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal com objetivo de avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos de atenção odontológica.

Quadro 8 – Dimensões e subdimensões da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ

DIMENSÃO	SUBDIMENSÕES
GESTÃO MUNICIPAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	Ação da gestão para a organização do processo de trabalho da equipe
	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as equipes da atenção básica
	Funcionamento da unidade de Saúde
	Características Estruturais, ambiência e sinalização da UBS
ESTRUTURA E CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA UBS	Equipamentos, materiais, insumos e impressos na UBS
	Informação e Conectividade
	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica
	Imunobiológicos na Unidade Básica de Saúde
	Testes Rápidos da Unidade Básica de Saúde
VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR	Gestão do Trabalho: garantia de direitos trabalhistas e previdenciários e perspectiva de continuidade do vínculo
	Plano de Carreira, remuneração por desempenho
ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	<p>Gestão do Processo de Trabalho e Acesso</p> <p>População de Referência da Equipe de Atenção Básica Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica Organização da Agenda e Oferta de Ações da Equipe de Atenção Básica Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde Rede de Atenção à Saúde Acolhimento à Demanda Espontânea</p>
	<p>Atenção à Saúde</p> <p>Saúde da Mulher e da Criança Condições Crônicas (Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Tuberculose e Hanseníase) Saúde Mental Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio Promoção da Saúde Participação do Usuário e Controle Social</p>

Fonte: Brasil (2017).

Quadro 9 – Indicadores de Desempenho do 3º ciclo do PMAQ

GRUPO	INDICADOR DE DESEMPENHO
Acesso e Continuidade do cuidado	Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	Percentual de atendimentos por demanda espontânea
	Percentual de atendimentos por consulta agendada
	Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	Cobertura de primeira consulta odontológica programada
Coordenação do Cuidado	Média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	Razão de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de Serviços	Percentual de serviços ofertados pela equipe da atenção básica
	Percentual de serviços ofertados pela equipe de saúde bucal
	Média de atendimentos individuais realizados pelo profissional do NASF
NASF	Média de atendimentos domiciliares realizados pelo profissional do NASF
Índice de atendimentos realizados pelo NASF	Média de atendimentos compartilhados realizados pelo profissional do NASF
realizados pelo NASF	Média de atendimentos em grupo realizados pelo profissional do NASF

Fonte: Brasil (2017).

• Módulo VI – Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde, objetiva avaliar o processo de trabalho da saúde bucal e a organização do serviço e do cuidado para os usuários (BRASIL, 2017a).

Cada avaliação é realizada com agendamento prévio por profissional de nível superior contratado e treinado para sua aplicação. Abaixo vemos o quantitativo de itens a serem respondidos em cada módulo (BRASIL, 2017a).

Quadro 10 – Número de itens por módulo de avaliação

MÓDULOS	Nº DE ITENS
I – Observação da unidade básica	314
II – Entrevista com o profissional da Equipe de Atenção Básica	294
III – Entrevista com o Usuário na Unidade Básica de Saúde	165
IV – Entrevista com o profissional do NASF	105
V – Observação na Unidade Básica de Saúde para Saúde Bucal	149
VI – Entrevista com o profissional da Equipe de Saúde Bucal	82
TOTAL	1109

Fonte: Brasil (2017a).

Para uma observação qualitativa dos itens avaliados em cada módulo, temos abaixo discriminados o nome do item e o quantitativo de perguntas referentes a cada item do módulo II (Quadro 11) e do módulo da entrevista com o usuário (Quadro 12).

Quadro 11 – Número de perguntas referentes a cada item avaliado no módulo II

ITENS AVALIADOS MÓDULO II (EQUIPE)	Nº DE PERGUNTAS
1. Perfil do Profissional Entrevistado	10
2. Apoio Matricial para as equipes de AB	03
3. Educação Permanente dos profissionais da Atenção Básica e Qualificação das Ações Desenvolvidas	05
4. Telessaúde na Atenção Básica	06
5. Territorialização e População de Referência da Equipe de Atenção Básica	07
6. Organização dos Prontuários na Unidade de Saúde	08
7. Planejamento da Equipe e Apoio Institucional	11
8. Organização da Agenda	04
9. Acolhimento à Demanda Espontânea	10
10. Oferta de Serviços	15
11. Relação da AB com outros pontos da Rede de Atenção de Saúde	79
12. Planejamento Familiar	02
13. Câncer de Colo do Útero e da Mama	09
14. Atenção ao Pré-natal e Puerpério	13
15. Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida	11
16. Atenção à Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica	12
17. Atenção à Pessoa com Diabetes Mellitus	12
18. Atenção à Pessoa com Obesidade	03
19. Atenção à Pessoa com Tuberculose	08
20. Atenção à Pessoa com Hanseníase	08
21. Ações de Combate e de Atenção às Doenças Transmitidas pelo <i>A. aegypti</i>	13
22. Atenção a Pessoa em Sofrimento Psíquico	06
23. Atenção à Pessoa com Deficiência	05
24. Promoção à Saúde	04
25. Programa Academia da Saúde	04
26. Atividades na Escola e Programa Saúde na Escola	06
27. Práticas Integrativas e Complementares	06
28. Programa Bolsa-Família	02
29. População Rural, Indígena e Comunidades Tradicionais	05
30. Participação, Controle Social, Satisfação e Canal de Comunicação com o Usuário	07
TOTAL	294

Fonte: Brasil (2017).

Quadro 12 – Número de perguntas referentes a cada item avaliado no módulo III.

ITENS AVALIADOS MÓDULO III (USUÁRIO)	Nº DE PERGUNTAS
1. Identificação	07
2. Acesso à USF	06
3. Acesso ao atendimento	08
4. Acesso aos Serviços de Saúde: Marcação de Consultas	10
5. Acesso aos Serviços de Saúde: Demanda Espontânea e Urgências	09
6. Utilização: Qualidade nas consultas, Vínculo, Atividades Coletivas	20
7. Coordenação do Cuidado	03
8. Visita Domiciliar	06
9. Ações de Combate e de Atenção às Doenças Transmitidas pelo <i>Aedes aegypti</i>	03
10. Saúde da Mulher	10
11. Atenção ao Pré-Natal	10
12. Revisão de Parto	12
13. Utilização: Condições de Saúde	15
14. Hipertensão	06
15. Diabetes	07
16. Saúde Bucal	15
17. Participação e interação com os usuários	07
18. Percepção das Políticas/Programas para Melhoria do Acesso e da Qualidade na AB	05
19. Satisfação com o Cuidado	06
TOTAL	165

Fonte: Brasil (2017).

Após a aplicação dos instrumentos, há o cálculo das notas para a certificação de cada equipe que vemos no quadro 13.

Quadro 13 – Percentagem da nota final do 3º ciclo do PMAQ

DIMENSÃO PARA A CERTIFICAÇÃO	% DA NOTA FINAL
1. Implementação de Processo Autoavaliativo	10%
2. Avaliação dos Indicadores Contratualizados	30%
3. Avaliação Externa	60%

Fonte: Brasil (2017).

Neste terceiro ciclo, as avaliações de desempenho foram alteradas para 4 para 5 classificações como vemos abaixo (BRASIL, 2017a):

As equipes serão certificadas em:

- Desempenho Ótimo
- Desempenho Muito Bom
- Desempenho Bom
- Desempenho Regular
- Desempenho Ruim
- Desclassificada

Após a classificação de todas as equipes, cada equipe receberá um valor monetário específico de sua certificação baseado no desempenho global de todas as equipes participantes segundo fórmula específica, sendo excluídas as equipes desclassificadas.

5.3.2.1 Comentários sobre os ciclos do PMAQ

Ao compararmos os dois ciclos podemos observar que as dimensões da avaliação se ampliaram, assim como os módulos avaliação externa.

O questionário de autoavaliação AMQ teve poucas mudanças e continuou sendo um instrumento longo e cansativo. Para as equipes que passaram pelo 1º e 2º ciclo, e utilizaram o questionário, esta repetição não acrescentou muito em aprendizado.

No seu terceiro ciclo, quanto aos indicadores de desempenho, há uma evolução pela troca das áreas estratégicas, que passaram daquelas voltadas para as ações programáticas e números de procedimentos realizados, àqueles grupos de indicadores mais relacionados com os atributos da APS, como o acesso, continuidade do cuidado e a coordenação do cuidado. Esta mudança parece um avanço, pois nos 1º e 2º ciclos estando os indicadores ligados a procedimentos específicos havia a possibilidade de induzir a equipe a valorizar os procedimentos ligados ao PMAQ mais do que aqueles ligados às necessidades da população. Mais a frente veremos que estas mudanças não resolveram esta problemática.

Houve ainda mudanças na avaliação externa, de maneira que a quantidade de itens para se responder dos primeiros dois ciclos diminuiu em relação ao 3º ciclo em 11%. Contudo totalizam 1109 itens, o que conforma um quantitativo bem extenso para aplicação, predispondo a erros de preenchimento e respostas enviesadas. Em seu extremo temos o módulo II do 3º ciclo que tem 294 perguntas na sua totalidade (Quadro 12) (BRASIL, 2017a).

Este mesmo módulo II faz o avaliador, dentro do quesito de insumos e medicamentos, ter de responder se a quantidade do material é suficiente. No manual de orientação, todavia, não há nenhum item explicando o quanto seria “suficiente” para o MS, o que faz com que o instrumento tenha uma questão de grande subjetividade, aumentando a chance de viés.

Quanto à certificação das equipes, observamos que o peso dos indicadores aumentou de 20 para 30% enquanto o peso da avaliação externa reduziu de 70 para 60%, o que deu um maior equilíbrio entre as duas verificações. Apesar desse avanço, a nota da avaliação externa é um conjugado entre a avaliação da gestão, da equipe e do NASF fazendo com que boas EqSF possam ser prejudicadas por uma gestão ou NASF ruim. Prover medicamentos e a manutenção de cadeira odontológica, por exemplo, não dependem só da equipe, mas de uma gestão comprometida com o trabalho da APS. Este fato pode, inclusive, desclassificar ou desestimular boas equipes a melhorarem por suas notas estarem vinculadas a gestões irresponsáveis.

No terceiro ciclo, a certificação das equipes passou de 4 para 5 classificações de desempenho, sendo que o desempenho ruim não mais suspende o pagamento para equipe, como era a certificação insuficiente do 1º e 2º ciclos. Só a desclassificação suspende o pagamento nessa terceira etapa. Esta mudança diminui as chances de as equipes perderem o incentivo financeiro, podendo fomentar estas equipes a continuarem buscando melhorias frente ao programa.

Um problema percebido no cálculo do incentivo financeiro para cada equipe é que se todas as equipes pontuarem na nota máxima, o incentivo financeiro se reduz em comparação com o que se pode obter se o mesmo município tiver muitas equipes ruins. Este fato pode prejudicar o intercâmbio informacional entre as equipes de suas estratégias para serem bem avaliadas em outros ciclos do PMAQ.

5.3.2.1.1 Problemas comuns aos 3 ciclos

Nos três ciclos alguns pontos negativos se mantiveram, que são:

- Avaliação externa acontecer em dia agendado;
- avaliação com os usuários ser realizada com uma amostra ínfima e com os usuários que frequentam a USF naquele dia;
- avaliação com os usuários não ser contabilizada na certificação;
- vinculação monetária ao desempenho da equipe e da gestão sem valorizar a longitudinalidade da equipe;
- não ser obrigatória a participação dos municípios;
- instrumentos de avaliação são muito extensos e algumas perguntas são indutoras ao viés;
- não serem os instrumentos validados cientificamente;
- desconsiderar que muitas equipes atendem pessoas fora de sua área de abrangência.

O agendamento pode facilitar à gestão ou à equipe “maquiar” a falta de estrutura e insumos no dia da visita, colocando-os à disposição apenas no dia para o avaliador verificar sua presença.

Adicione-se ao fato de que as entrevistas com os usuários são realizadas com as pessoas que frequentam a USF no dia da avaliação, não contemplando a opinião de quem não frequenta a unidade. Isso abre a possibilidade de a equipe poder “agendar” quem vai estar na unidade naquele dia, optando por agendar pessoas mais favoráveis à equipe.

Quanto ao número de entrevistados por equipe, em Sergipe, foi irrisório, quatro pessoas em cada ciclo⁷⁸. Este número não foi calculado de maneira a ser uma amostra representativa para se avaliar o serviço, e, devido a isto, não foi adicionado na equação para a certificação da equipe. Ao não considerar a opinião do usuário na avaliação da equipe, perdemos uma importante dimensão da avaliação em si.

A vinculação monetária pode interferir na qualidade dos dados colhidos ao, por exemplo, induzir os integrantes da equipe a fazerem uma autoavaliação mais condescendente ou na avaliação externa ao estimular a “PMAQuiagem” (VASCONCELOS et al., 2018).

Ao não se considerar, no cálculo da certificação, o tempo que os profissionais ficam num determinado território (o que propicia o aprofundamento do conhecimento deste local e com isso a resolutividade da equipe), o PMAQ perde a oportunidade de desestimular a alta

rotatividade dos profissionais, que é um grande problema na nossa APS (NEY; RODRIGUES, 2012).

A não obrigatoriedade de participação dos municípios prejudica a avaliação da ESF como um todo podendo fazer com que municípios muito ruins não apareçam na amostra nacional. Isso pode dar a impressão que a ESF no Brasil está melhor que a realidade.

Na avaliação externa há a necessidade de ter documentos comprobatórios para toda atividade da equipe para ratificar materialmente a realização da atividade, porém, há maneiras de se forjar estes documentos e não há um modelo de padronização para os mesmos (VASCONCELOS et al., 2018).

Na realidade vivida pela equipe 006, a dinâmica da ESF é de tal ordem que muitas das atividades realizadas não são registradas documentalmente em atas, por exemplo, devido à grande pressão assistencial. Este fato prejudica a avaliação das equipes devido ao instrumento se ater a um aspecto mais burocrático que prático. Por esse ponto de vista, equipes mais preocupadas com uma boa avaliação pelo PMAQ que com as necessidades de saúde da população podem priorizar seu tempo para produzir esses documentos, diminuindo o acesso das pessoas que precisam.

Em nenhum momento o PMAQ considera a questão das pessoas que estão fora da área de cobertura das equipes, e este fator populacional influencia diretamente na qualidade do serviço prestado, já que atinge diretamente o acesso das pessoas de responsabilidade direta da equipe, diminuindo a qualidade do atendimento prestado ao usuário cadastrado nas equipes com um quantitativo maior dos “extra-áreas”.

5.4 O PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCAT)

O PCAT é um instrumento de avaliação da APS validado cientificamente, elaborado por Shi, Starfield e Xu (2001), com base nos 7 pilares de qualidade em saúde de Donabedian (1990).

O PCAT é baseado nos conceitos de Donabedian para a qualidade em serviços de saúde, vemos abaixo os 7 pilares definidos por este famoso autor:

Quadro 14 – Os sete pilares da qualidade à saúde.

PILARES	CONCEITOS
1. Eficácia	Capacidade do serviço contribuir, na melhor forma possível, para a melhora das condições de saúde;
2. Efetividade	Quanto de uma ação do serviço para melhoria de uma condição de saúde são de fato obtidas;
3. Eficiência	A maior possibilidade de melhora nas condições de saúde ao menor custo;
4. Otimização	A mais favorável relação entre custo e benefício
5. Aceitabilidade	Conformidade com as preferências do paciente (acessibilidade, relação médico paciente, amenidades, efeitos e custo do cuidado prestado);
6. Legitimidade	Conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima
7. Equidade	Distribuição do cuidado e seus efeitos sobre a saúde de acordo com a necessidade de cada um

Fonte: Donabedian (1990).

O PCAT já foi utilizado em diversos países, sendo traduzido e validado em diversas línguas como o espanhol, coreano, mandarim, etc. Isso permite comparações confiáveis e a criação de um parâmetro internacional de qualidade para APS e de seus resultados (D'ÁVILA et al., 2017).

O dispositivo original é composto de quatro questionários categorizados por tipo de público e tem como objetivo medir a presença e a extensão dos sete atributos da APS num serviço. Os questionários são específicos, podendo se avaliar gestores, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e usuários, adultos ou cuidadores (versão para avaliar o cuidado dispensado à criança).

Os questionários para os usuários ou cuidadores medem o grau de afiliação em relação ao serviço de saúde ao qual essa pessoa está vinculada e, a partir desta aferição, as demais perguntas decorrem sobre a presença dos atributos no serviço que a pessoa se sente vinculada.

Cada pergunta gera um valor numérico (escore) de acordo com a resposta do entrevistado. As respostas são padronizadas tipo Likert:

- “Com Certeza Sim”;
- “Provavelmente Sim”;
- “Com Certeza Não”;
- “Provavelmente Não” e;
- “Não Sei”

No questionário original, cada atributo pode ser avaliado separadamente através de seu escore específico e juntos formam o Escore Geral da APS.

Em 2013, Oliveira et al. (2013) validam uma versão reduzida em português do PCAT para usuários adultos. Esta versão reduz o questionário de 86 itens para 25, no intuito de facilitar a aplicação por reduzir o tempo da entrevista, sem perder sua validade.

A desvantagem da versão reduzida é não permitir a obtenção dos escores por atributos separadamente, sendo apenas possível obter o escore geral de orientação para APS. É possível associar à versão reduzida do instrumento ao questionário específico de algum atributo da versão original caso seja do interesse quantificar um atributo específico, como fizeram Rech et al. (2018) ao avaliarem diversas equipes no Brasil.

5.4.1 O instrumento do PCAT versão reduzida

A versão reduzida utiliza de 25 itens do instrumento original sendo estes:

Quadro 15 – Perguntas do PCAT versão reduzida:

ATRIBUTO DA APS	ITENS	PERGUNTA
A. 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? Se sim, qual é o seu nome?
	A2	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? Se sim, qual é o seu nome?
	A3	Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? Se sim, qual é o seu nome?
B. Primeiro Contato (Utilização)	B2	Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?
C. Primeiro Contato (Acesso)	C4	Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou outro meio de comunicação se precisar?
	C11	É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?
D. Longitudinalidade	D1	Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?
	D6	Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?
	D9	O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?
	D14	Você mudaria do “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro se isto fosse muito fácil de fazer?

E. Coordenação (do Cuidado)	E6	O seu “médico/enfermeiro” sugeriu que você fosse a uma consulta com algum especialista ou serviço especializado?
	E10	O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo da consulta?
	E11	O seu “médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?
	E13	O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?
F. Coordenação (Sistema de Informação)	F3	Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” seu prontuário está sempre disponível?
G. Integralidade (Serviços Disponíveis)	G9	Aconselhamento para problemas de saúde mental. (problema de nervos)
	G17	Aconselhamento sobre como parar de fumar.
	G20	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).
H. Integralidade (Serviços Prestados)	H1	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.
	H5	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.
	H7	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.
	H11	Como prevenir quedas.
ATRIBUTOS		ACESSÓRIOS
I. Enfoque Familiar	I1	O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?
	I3	O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?
J. Orientação Comunitária	J4	Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

Fonte: Oliveira et al. (2013).

5.4.2 Cálculo dos escores

A construção do escore para cada atributo é estruturada seguindo a escala do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada resposta.

Quadro 16 – Valores das respostas no PCAT

RESPOSTA	VALOR
COM CERTEZA NÃO	1
PROVAVELMENTE NÃO	2
PROVAVELMENTE SIM	3
COM CERTEZA SIM	4
NÃO SEI/NÃO LEMBRO	9

Fonte: Oliveira et al. (2013).

Alguns atributos PCAT têm formas específicas de cálculo, devendo ser observados os pontos abaixo antes de sua interpretação.

No item “Grau de Afiliação” (A1, A2, A3) o escore é calculado segundo o algoritmo abaixo:

- Todas Respostas NÃO →→→→→→→→→→ A1 = A2 = A3 → valor = 1
- Todas Respostas SIM, mas diferentes →→→→ A1 ≠ A2 ≠ A3 → valor = 2
- Duas Respostas SIM iguais → A1=A2 ou A1=A3 ou A2=A3 → valor = 3
- Todas as Respostas SIM →→→→→→→→→→ A1 = A2 = A3 → valor = 4

Este valor proverá a informação de quanto o serviço de saúde é identificado pelo usuário como fonte regular de seu cuidado à saúde, sendo um dos três componentes do atributo Longitudinalidade. Este nome será definido assim:

- Se todas respostas NÃO: Pergunta-se qual o nome do médico ou serviço que a pessoa mais frequenta;
- Todas respostas SIM, mas diferentes → A1 ≠ A2 ≠ A3: Pergunta-se qual o nome do médico ou serviço que a pessoa mais frequenta;
- Duas Respostas SIM iguais → A1=A2 ou A1=A3 ou A2=A3: As respostas concordantes definem o nome do serviço ou profissional da afiliação da pessoa;
- Todas as Respostas SIM → A1 = A2 = A3: este é o nome do serviço ou profissional da afiliação da pessoa

Deste item se definirá o nome a ser utilizado nas perguntas dos atributos (B a J), onde se lê “Médico/ Enfermeiro/Serviço de Saúde”. A preferência para o entrevistador sempre vai

ser em utilizar o nome do serviço ao invés dos profissionais, pelo fato da avaliação ser, principalmente, do serviço (BRASIL, 2010).

Das pessoas afiliadas ao serviço de saúde, se calcula o escore geral. Este importante detalhe é crucial para sabermos o grau de orientação da atenção primária deste determinado serviço de saúde pelos seus usuários de fato.

Para obter valor para cada atributo (B a J), é calculada a média aritmética simples dos valores dos itens que compõem cada atributo. Caso este tenha apenas um item o valor deste item corresponderá ao valor do atributo.

Para os itens C11 e D14 haverá inversão de valores já que quanto maior o valor menor o grau de orientação à APS (4 = com certeza não; 3 = provavelmente não; 2 = provavelmente sim; 1 = com certeza sim; 9 = não sei/não lembro).

Caso em algum atributo a resposta “Não Sei” (9) seja maior que 50% das respostas, este será deixado em branco; se for menor que 50%, a resposta “9” será transformada em valor = 2 (provavelmente não) para calcular o escore do atributo específico.

Para transformação da escala Likert para uma escala de 0 a 10 se utiliza a seguinte fórmula:

$$ATRIBUTO = \{(Escore\ Obtido - 1) \times 10\} \div 3$$

O PCATVR utiliza o valor de cada atributo, mas a ferramenta não está validada para se avaliar a presença e o grau de cada atributo separadamente. Apenas o PCAT versão completa que nos permite este recurso.

Obtido o valor de cada atributo, é necessário usar a fórmula:

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

O Escore Geral do entrevistado não deve ser calculado caso o valor de cinco ou mais atributos tenham ficado em branco. Caso o resultado de quatro ou menos atributos esteja em branco, deve-se calcular a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS para aquele entrevistado.

Calculado o Escore Geral para cada afiliado, obtém-se as médias destes resultados para obtenção do grau de orientação para APS do serviço.

O Escore Geral foi dicotomizado em duas categorias, representando Baixo Escore, quando < 6,6 e Alto Escore se > 6,6. Sendo o resultado de alto escore indicativo de uma boa orientação para a APS. Este valor é o grau de orientação à APS que o serviço tem.

5.4.3 Observações quanto ao PCAT e o PCATVR

O PCAT por ser um instrumento quantitativo e esta característica ajuda a diminuir o viés da interpretação do pesquisador, o que é uma vantagem considerável para uma ferramenta de avaliação.

Ele tem uma característica transversal, isto é, analisa o momento em que foi aplicado. Em compensação, pode ser aplicado em vários momentos ao longo do tempo servindo como um marcador de qualidade longitudinal do serviço de saúde.

A ferramenta avalia o fenômeno do grau da orientação da APS e não as suas causas, não podendo ser estabelecido nexos causal pelas suas respostas. Dito de outro modo, apenas a interpretação do contexto da aplicação pode sugerir hipóteses para o valor obtido.

Algumas perguntas desse documento podem apresentar interpretação dúbia mesmo o entrevistador sendo bem treinado, como:

- C11 – “É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?”;
- D14 – “Você mudaria do “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro se isto fosse muito fácil de fazer?”;
- E10 – “O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo da consulta?”
- J4 – “Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?”

Dessas perguntas podemos ter os seguintes questionamentos:

- C11 – Difícil quando? Como? Quanto?
- D14 – Mudaria para que tipo de serviço? Público? Privado? de equipe?
- E10 – Que tipo de informação? Qual a qualidade desta?
- J4 – O Equipe faz pesquisas? A SMS? Pesquisa formal? Informal?

Obviamente, qualquer instrumento de avaliação não conseguirá responder a todos os questionamentos de uma EqSF, mas essas perguntas especificamente suscitam um leque de possibilidades de interpretações subjetivas para a pessoa entrevistada.

O fato do PCAT ser um instrumento internacional dificulta uma avaliação específica de algumas características da APS brasileira como, por exemplo, a atuação dos ACS e de algumas especificidades da política da pesquisa científica brasileira, sobre os quais discutiremos abaixo.

O PCAT versão profissional só é aplicável em médicos e enfermeiros deixando o resto da equipe sem uma avaliação específica. Uma possibilidade de contornar esse problema seria aplicar a versão para adultos nos auxiliares de enfermagem e/ou nos ACS.

No Brasil, há a dificuldade de se realizar pesquisas de qualidade na APS, devido à falta de financiamentos desvinculados da universidade pública e da falta de cultura avaliativa nas municipalidades. Isso gera uma grande dependência da pesquisa científica da universidade pública, sendo quase um monopólio desta. Possíveis pesquisadores independentes, no caso, trabalhadores da APS, têm enorme dificuldade de realizar inquéritos válidos por dependerem das universidades públicas.

Por outro lado, ao ser um instrumento internacional, se cria um parâmetro de qualidade universal independente de características culturais de um determinado local. Um exemplo disso é a pergunta sobre aconselhamentos por telefone ou outro meio de comunicação, que são uma raridade nas EqSF no Brasil e isso deve contribuir para uma pior avaliação da ESF brasileira no quesito acesso. Pensando em termos de indução da qualidade da APS brasileira, a ferramenta pode contribuir para esse questionamento de nossa política de acesso.

Mesmo com essa indução positiva para a realidade brasileira, D'Ávila et al. (2017) ao realizarem uma revisão sistemática da aplicação do PCAT no mundo propõem que a pergunta B2 tenha seu enunciado atualizado. Essa sugestão seria para se pesquisar a interlocução do afiliado com o serviço por outros meios de comunicação. Isso possibilitaria uma avaliação positiva de serviços de saúde que investissem na ampliação de maneiras de oferecer acesso à luz da revolução tecnológica e de comunicação que vivemos hoje e incentivaria o seu uso.

Na versão integral brasileira e, conseqüentemente, na reduzida, o atributo Competência Cultural foi excluído, mesmo estando presente na versão original. A falta desse item pode comprometer a comparação do grau de orientação à APS no Brasil em relação aos países que aplicam sua versão em inglês.

No item E, referente à coordenação do cuidado, no PCATVR, há de se deixar clara uma regra para sua avaliação. Não há sentido em se usar a totalidade deste componente caso a pessoa não tenha sido encaminhada para outros pontos da rede pela equipe. Na versão adulto completa, a pergunta E1 orienta este tipo de conduta. No PCATVR, a supressão de E1 gera uma falta de clareza neste item permitindo a aplicação de suas 4 questões. Isso pode contabilizar no Escore Geral uma percepção inexistente de um usuário que desconhece a rede por não a ter utilizado. O procedimento padrão deveria ser que ao responder a E6 “Com Certeza Não”, “Provavelmente Não” ou “Não Sei” os itens subsequentes sejam excluídos do questionário.

No PCATVR, mesmo com a grande vantagem da redução do tamanho do instrumento (Quadro 17) e da consequente otimização de sua aplicação, temos a desvantagem de só conseguirmos calcular o escore geral da APS.

Especificamente no caso do atributo integralidade, temos uma contração de 45 itens para 7 na versão reduzida. Este encolhimento gera uma perda da quantidade de ações avaliadas pelo instrumento completo. Uma vantagem da versão integral é poder utilizar apenas os componentes de cada atributo para poder obter o escore deste atributo, não precisando aplicar o dispositivo inteiro. Este fato pode resolver o problema da avaliação do atributo Integralidade, entretanto, aumenta o tempo de entrevista.

Mesmo com todas estas críticas, o PCATVR ainda é um instrumento prático e de fácil aplicação, podendo ser muito útil no seu propósito de avaliar com qualidade a APS brasileira (GONTIJO et al., 2017).

Quadro 17 – Quantidade de perguntas por componente na versão integral e resumida.

COMPONENTES	N° DE QUESTÕES PCAT VERSÃO ADULTO:	
	INTEGRAL	RESUMIDA
Afiliação	3	3
Acesso	15	3
Longitudinalidade	14	4
Coordenação do cuidado	11	5
Integralidade	45	7
Orientação Familiar	3	2
Orientação Comunitária	6	1
Competência Cultural	0	0
TOTAL	87	25

Fonte: Brasil (2010) e Oliveira et al. (2013).

5.5 COMPARAÇÕES ENTRE O PMAQ E PCAT

Ao compararmos os dois instrumentos temos diferenças significativas entre eles, as principais são a falta de validação científica e uma avaliação parcial e capciosa dos atributos pelo PMAQ.

5.5.1 A avaliação dos atributos pelo PMAQ

Ao avaliarmos os instrumentos utilizados no 3º ciclo do PMAQ é perceptível uma tentativa de avaliar a APS através de alguns atributos. Estes foram incluídos nos grupos de indicadores e nas dimensões da avaliação externa desse ciclo, diferentemente dos outros.

Dos indicadores, três de quatro atributos essenciais estão presentes diretamente nos indicadores: Acesso, Continuidade do Cuidado (um dos aspectos da longitudinalidade) e Coordenação do Cuidado (CC).

Inicialmente convém destacar que acesso e continuidade do cuidado são avaliados em conjunto, ou seja, pelos mesmos indicadores, o que torna a avaliação confusa por misturar atributos distintos.

A integralidade não é mencionada com este nome, mas está presente indiretamente no grupo “Abrangência da Oferta de Serviços”. Este pretende avaliar se a equipe oferece um mínimo de procedimentos da APS, descritos em seu manual instrutivo (BRASIL, 2017).

Apesar desse avanço, os indicadores escolhidos apresentam fragilidades em dimensionar os atributos comparados ao PCAT.

Não podemos esquecer que há uma diferença metodológica que não nos permite comparar diretamente os dois instrumentos. O Primary Care Assessment Tool Versão Reduzida (PCATVR) é o usuário é quem fornece as informações colhidas enquanto os indicadores do PMAQ são de responsabilidade da EqSF ao preencher o e-SUS. Esse fato torna as comparações entre os instrumentos mais complicada necessitando de um estudo estatístico específico para tanto, se isso for possível.

Vale a pena refletir sobre o fato que avaliações feitas pelos trabalhadores e pelos usuários de um mesmo serviço podem ter diferenças importantes entre si.

No PCAT é possível comparar os resultados entre suas diferentes versões, isto possibilita vermos diferenças entre os valores da orientação à APS. Ao compararmos os resultados dos estudos que realizaram esta dupla avaliação do serviço, vemos que os trabalhadores avaliam melhor o seu serviço que o usuário (RECH et al., 2018; SALA et al., 2011) (ver Gráfico 17).

Este fato demonstra uma outra fragilidade do PMAQ ao não contabilizar a visão de quem usa o serviço.

5.5.1.1 Acesso

Os indicadores utilizados pelo PMAQ para avaliar acesso são:

- Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante;
- percentual de atendimentos por demanda espontânea;
- percentual de atendimentos por consulta agendada;
- índice de atendimentos por condição de saúde avaliada;
- razão de coleta de material citopatológico do colo do útero e;
- cobertura de primeira consulta odontológica programada.

No manual de instrução do PMAQ 3º ciclo temos os esclarecimentos dos parâmetros utilizados nestes indicadores (BRASIL, 2017).

Para o item “a”, o denominador “habitante” da área abrangida oferece duas possibilidades: a “ficha de cadastro individual do e-SUS para a unidade básica de saúde e equipe” ou “estimativa populacional para Brasil, estado, região de saúde e município do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”. No documento não fica claro qual será o critério para uso de um ou de outro.

O cadastro individual é feito pelos ACS para cada morador de um determinado domicílio, ao avaliar apenas as famílias cadastradas por eles na equipe. Com isso, pode-se subestimar o número de moradores reais de uma área, caso esse cadastro não esteja atualizado. No caso dos dados do IBGE, sabe-se que este trabalha com um nicho geográfico de dimensões maiores do que o território abrangido por uma USF, podendo sobrestimar a população local. Essa indefinição quanto ao parâmetro utilizado dificulta ao indicador servir de maneira adequada a um dos princípios do PMAQ que é a clareza dos indicadores utilizados.

Por outro lado, a “média de atendimentos” não necessariamente avalia acesso, pois há a possibilidade de se atender um grande número vezes as mesmas pessoas e deixar de lado outras que necessitam cuidado. Por exemplo, ao priorizar o atendimento de diabéticos e não atendendo as crianças com queixas clínicas.

O indicador “atendimento da demanda espontânea” não consegue avaliar se as pessoas conseguem atendimento quando é importante para elas, mas apenas demonstra que a equipe atende demandas do mesmo dia.

A disponibilidade de fichas para o atendimento clínico numa unidade de saúde pode ser realizada por distribuição de vagas por ordem de chegada, priorizando aqueles usuários que conseguem chegar mais cedo na unidade e não aqueles que realmente necessitam. Apesar de avaliar a presença desse tipo de acesso e estabelecer uma meta mínima por equipe para um bom

resultado, este indicador é falho para avaliar se o usuário quando precisou foi avaliado pela equipe.

A “condição de saúde avaliada” é um dos tópicos preenchidos no e-SUS, o trabalhador pode escolher entre uma série de agravos de saúde pré-estabelecidos no documento ou pode utilizar da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) ou da Classificação Internacional de Doenças para identificá-los. Isso demonstra um avanço no registro de outras condições que não estão nas ações programáticas do MS para a sua APS.

As condições predeterminadas pelo MS presentes na ferramenta são:

- Asma;
- Desnutrição;
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
- Hipertensão Arterial;
- Obesidade;
- Pré-Natal;
- Puerpério (até 42 dias)
- Puericultura;
- Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Tabagismo;
- Usuário de Álcool;
- Usuário de outras drogas;
- Saúde Mental;
- Reabilitação;
- Tuberculose;
- Hanseníase;
- Dengue;
- Doença Sexualmente Transmissíveis;
- Câncer do Colo do Útero (rastreamento);
- Câncer de Mama (rastreamento);
- Risco Cardiovascular (rastreamento)

Apesar desta lista de 21 itens, para o cálculo desse indicador só se usa o atendimento a Hipertensos, Diabéticos e casos de Obesidade no PMAQ em seu 3º ciclo (BRASIL, 2017). Isso demonstra que, mais uma vez, o MS cai no vício de priorizar algumas patologias em detrimento

de todas as outras nas suas avaliações da APS. Mesmo com o incremento da obesidade, a indução financeira continua a poder induzir às EqSF a priorizar portadores dessas patologias.

Ainda nesse grupo, temos mais dois indicadores avaliados: a “razão de coleta de material citopatológico do colo do útero” e a “cobertura de primeira consulta odontológica programada”. Estes dois itens incitam novamente ao erro de avaliar o acesso a situações específicas e não à APS de maneira ampla. São dois parâmetros de importância estratégica para o MS, porém, impulsionam as equipes para uma APS seletiva.

Por essa ótica, o PMAQ cai em contradição de si mesmo, ao ser um programa que tem por diretriz “estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários” (BRASIL, 2011).

Na prática, demonstra que o valorizado pela ferramenta são certas necessidades de saúde de interesse do MS e não as do interesse do usuário.

O PCATVR se utiliza das perguntas descritas no quadro 18 para avaliar o atributo Acesso.

Quadro 18 – Avaliação do Acesso no PCAT versão reduzida.

QUESTÕES DO PCATVR SOBRE ACESSO
1. Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?
2. É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?

Fonte: Oliveira et al. (2013).

Com essas perguntas, vemos que o PCATVR foca em um conceito de acesso mais abrangente que os indicadores do PMAQ.

Este ponto pode fazer uma diferença na indução de qualidade da APS, ao reforçar a importância de que a APS esteja mais na oferta de atendimento quando a pessoa precisa, independentemente de sua patologia.

5.5.1.2 Continuidade do cuidado/longitudinalidade

No PMAQ, a Continuidade do Cuidado/Longitudinalidade é avaliada pelo “percentual de atendimentos por consulta agendada”. Este indicador é contabilizado pela quantidade de consultas agendadas realizadas pelos profissionais da EqSF em relação ao total de consultas.

Esse parâmetro depende da caracterização da consulta registrada pelo próprio profissional realizador do atendimento na APS.

Os dados são registrados no e-SUS na parte de “Tipo de Atendimento”, que apresenta as seguintes opções de preenchimento:

- Consulta agendada;
- consulta agendada cuidado continuado/programado e;
- demanda espontânea com suas subdivisões:
 - i. Escuta inicial/orientação;
 - ii. consulta no dia;
 - iii. atendimento de urgência

Pelo e-SUS, para a “continuidade do cuidado” acontecer basta a equipe marcar um “X” na opção “consulta agendada” ou na opção “cuidado continuado/programado” para pontuar bem nesse quesito. Isso sem ter de se comprovar se a continuidade do cuidado acontece de fato ou como ela é feita. O papel (ou o computador) aceita qualquer informação sem questionar a sua veracidade e suscita o indicador a este possível erro.

Outros pontos a se considerar são: o critério quantitativo e a funcionalidade do agendamento. A equipe, ao agendar qualquer tipo de consulta vai ser bem avaliada neste tópico, pois o critério é quanto mais atendimentos, melhor. Deste indicador não é possível saber de que maneira este agendamento é feito e se ele é funcional para o usuário e/ou para a equipe.

Quando o questionamento é feito para o usuário evita-se o possível problema de um preenchimento vicioso dos dados utilizados pelos indicadores.

A longitudinalidade só acontece se há continuidade profissional, informacional e se o usuário utiliza o serviço de forma regular³⁹. Através de quatro questões (Quadro 19), mais os 3 itens referentes à afiliação, o PCATVR consegue fazer uma avaliação mais abrangente da longitudinalidade do que o indicador utilizado pelo PMAQ.

Quadro 19 – Avaliação da Longitudinalidade no PCAT versão reduzida

QUESTÕES DO PCATVR SOBRE LONGITUDINALIDADE
1. D1 - Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?
2. D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?
3. D9 - O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?
4. D14 - Você mudaria do “nome do serviço de saúde/médico/enfermeiro” para outro serviço se isto fosse muito fácil de fazer?

Fonte: Oliveira et al. (2013).

5.5.1.3 Coordenação do cuidado

Este atributo é medido pelo indicador calculado pela “média de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida” pelos médicos e enfermeiras do município.

Se a coordenação do cuidado é, por definição o acompanhamento dos resultados do uso que o usuário faz pela rede de atenção à saúde, o atendimento ao recém-nascido na sua primeira semana de vida não pode avaliar sozinho este atributo. A CC deve atingir todas as pessoas encaminhadas para os outros níveis de atenção, assim, o indicador do PMAQ, recai no erro de querer fazer uma avaliação de um atributo abrangente em apenas um aspecto do cuidado na APS.

Outro problema desse o indicador é ele ser calculado pela soma dos atendimentos de todos os profissionais do município e não ser discriminando por equipe. Inclusive, se soma a este cálculo as equipes que não são participantes do PMAQ, o que pode prejudicar ainda mais as equipes avaliadas. Dessa maneira, equipes que se esforçam para cumprir esta meta podem ser prejudicadas por outras que não têm essa preocupação.

A justificativa do manual é que a meta do MS é induzir o gestor a pressionar todas as suas equipes a realizar este tipo de visita⁷⁵. A meta é louvável, contudo, para uma avaliação que tem a finalidade de “premiar” equipes por sua qualidade, esse indicador pode prejudicar as equipes que se esforçam para melhorar seus indicadores.

No PCATVR são utilizadas 4 perguntas para medir a CC, que vemos no quadro abaixo:

Quadro 20 – Avaliação da Coordenação do Cuidado no PCAT versão reduzida

QUESTÕES DO PCATVR SOBRE COORDENAÇÃO DO CUIDADO
1. E6 - O seu “médico/enfermeiro” sugeriu que você fosse a uma consulta com algum especialista ou serviço especializado?
2. E10 - O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo da consulta?
3. E11 - O seu “médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?
4. E13 - O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?

Fonte: Oliveira et al. (2013).

Neste atributo só é avaliado pelas pessoas que foram encaminhadas a especialistas pela equipe, isto é, só as que responderam a primeira pergunta positivamente, respondem as demais. Não há restrição de condição clínica para responder a essa avaliação da CC, apenas o critério do encaminhamento. Diante disso, pessoas que utilizaram outros pontos da rede de atenção à saúde é que avaliam a CC da equipe isto demonstra uma avaliação mais condizente com a definição do atributo.

5.5.1.4 Integralidade

O atributo integralidade é contemplado no grupo “Abrangência da Oferta de Serviços”. Este grupo avalia a presença de serviços ofertados pela EqSF através do preenchimento da ficha de procedimentos do e-SUS. No quadro 22 podemos ver os itens que compõem este indicador no PMAQ (BRASIL, 2017).

O PMAQ avalia mais a carta de serviços disponíveis nas USF do que a abordagem da equipe nas consultas.

No PCATVR, a este atributo é dividido em duas dimensões avaliativas. A primeira sobre a disponibilidade do serviço (onde, não necessariamente, a pessoa precisa ter recebido essa tarefa) e o serviço prestado, isto é, se o entrevistado recebeu em algum momento este tipo de abordagem (Quadro 22).

Quadro 21 – Lista de Serviços a serem oferecidos numa USF segundo o PMAQ e na USFJB.

AÇÕES E SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA	USFJB
1. Administração de medicamentos em Atenção Básica (por paciente)	+
2. Administração de medicamentos endovenoso	+
3. Administração de medicamentos via intramuscular	+
4. Administração de medicamentos via oral	+
5. Administração de Penicilina para tratamento de sífilis	+
6. Aferição de pressão arterial	+
7. Atendimento de urgência em atenção básica	+
8. Atendimento individual em domicílio	+
9. Atendimento/Avaliação/Procedimento coletivo	+
10. Atividade coletiva/educação em saúde	+
11. Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica	+
12. Avaliação antropométrica	+
13. Coleta de material p/ exame citopatológico de colo uterino	+
14. Coleta de material p/ exame laboratorial	+
15. Consulta médica em atenção básica	+
16. Curativo especial	+
17. Curativo simples	+
18. Drenagem de abscesso	+
19. Exame do Pé Diabético	+
20. Glicemia capilar	+
21. Nebulização/inalação	+
22. Retirada de Cerume	+
23. Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	+
24. Retirada de corpo estranho subcutâneo	+
25. Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	+
26. Sutura simples	+
27. Tamponamento nasal anterior e/ou posterior	+
28. Terapia de Reidratação Oral	+
29. Teste do Pezinho	+
30. Triagem oftalmológica	+

Fonte: Brasil (2017).

O PCATVR é mais focado em termos de orientações de saúde que nos procedimentos realizados. Isso demonstra um enfoque diferente dos instrumentos para um mesmo atributo.

A versão estendida do PCAT é mais abrangente e engloba muitos dos itens avaliados neste indicador do PMAQ.

Quadro 22 – Questões sobre a Integralidade no PCATVR

Integralidade (Serviços Disponíveis)	Aconselhamento para problemas de saúde mental. (problema de nervos)
	Aconselhamento sobre como parar de fumar.
	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).
Integralidade (Serviços Prestados)	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.
	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.
	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.
	Como prevenir quedas.

Fonte: Oliveira et al. (2013).

5.5.2 Comparações gerais entre os instrumentos

A primeira delas é que o AMQ e as avaliações externas do PMAQ não são validadas cientificamente como o PCAT.

Isto é uma vantagem decisiva ao se tratar da importância dessa avaliação para a APS nacional. A ESF, em 2017, foi um investimento federal de 21,6 bilhões de reais (PINTO, 2018). Com base em tal dado, é possível afirmar que este capital necessita de uma avaliação confiável para podermos justificar, inclusive, aumentos orçamentários necessários.

A validação de instrumentos de avaliação está relacionada com a capacidade do instrumento de verificar o que se propõe, neste caso, a qualidade da APS (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Ao se utilizar de um instrumento não validado corre-se o risco de não se atingir um resultado confiável para que se possa basear uma intervenção qualitativa. Importante observar que na versão integral para adultos em português, os itens do componente “Coordenação do Cuidado – Sistema de Informações” não atingiram o ponto de corte estatístico para a sua validação, mas foram mantidos devido à sua importância conceitual (BRASIL, 2010). Apesar deste fato, o instrumento como um todo continua válido.

Tanto o PMAQ como PCAT têm a possibilidade de comparação entre os serviços e permitem uma avaliação longitudinal, se aplicados em diversos momentos. Isso possibilita a observação de alterações nos indicadores e pode refletir as mudanças realizadas pela equipe entre uma e outra aplicação.

No caso do PCAT, por ser um instrumento internacional, possibilita uma comparação entre APS de diferentes países, o que o torna mais interessante, na medida que poderíamos nos comparar com sistemas de APS com mais tradição que o nosso e em outros que estão em processo de implantação de sua APS (D'ÁVILA et al., 2017).

O AMQ e os instrumentos de avaliação externa não são baseados nos atributos da APS, como o PCAT; há convergências, porém, os instrumentos, afora alguns dos atributos essenciais, se utiliza de outros parâmetros mais específicos da APS brasileira. Como os atributos são um consenso mundial do padrão para qualidade da APS, ao não os considerar integralmente, o PMAQ perde em outro quesito em relação à qualidade da sua avaliação.

Os instrumentos de avaliação do PCAT são, quantitativamente, bem menores que os do PMAQ. O questionário para usuários adultos apresenta 87 perguntas enquanto no PMAQ são 165 (Quadro 12). O profissional da APS é questionado 181 vezes pelo AMQ e na avaliação externa 294, totalizando 475 perguntas pelo PMAQ, enquanto no PCAT são apenas 77 em sua versão para os profissionais. Questionário mais longos são mais cansativos e passíveis de erros.

A avaliação externa do PMAQ tem de ser presencial e o PCAT pode ser feito à distância (BRASIL, 2010).

O PCAT, aplicado ao usuário em seu domicílio, ainda apresenta outra vantagem, ele pode medir a afiliação do entrevistado àquele serviço e estabelecer qual o serviço de saúde que a pessoa enxerga como fonte regular de cuidado. Esse é um fator interessante ao permitir avaliar se os usuários veem o serviço como a opção preferencial de seu cuidado em saúde. O PMAQ não tem esta possibilidade.

Figueiredo (2011) realizou uma dissertação de mestrado com uma avaliação estatística comparativa dos resultados dos dois instrumentos na cidade de Curitiba, Paraná. Sua dissertação demonstrou não haver concordância entre o resultado dos mesmos e, em sua conclusão, sugeriu que o PCAT, por ser validado cientificamente, seja o instrumento preferencial da avaliação da APS no país. Este resultado foi corroborado por Fracolli (2014) em sua revisão sobre instrumentos validados de avaliação da APS, por esta razão os instrumentos utilizados no PMAQ não puderam ser incluídos no estudo.

5.6 CONCLUSÃO

Apesar do avanço para a APS brasileira contar com uma política de avaliação contínua e este ter sido aprimorado no 3º ciclo, o PMAQ ainda necessita de ajustes importantes para uma avaliação menos tendenciosa para uma APS seletiva e mais voltada para seus atributos.

Abaixo, no quadro 24 temos um comparativo de algumas dimensões do PMAQ com o PCAT.

Quadro 23 – Comparativo de dimensões do PCAT e PMAQ

DIMENSÃO	PMAQ 3º C	PCAT
Validação	NÃO	SIM
Tipo de estudo	Transversal	Transversal
Estratégia de investigação	Quantitativo	Quantitativo
Quantidade de Instrumentos para EqSF (total)	03	01
Nº de perguntas total	789	77
Avaliação por atributos	PARCIAL	TOTAL
Uso de indicadores de saúde	SIM	NÃO

Fonte: Brasil (2017) e Oliveira et al. (2013).

6 AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO AO LONGO DOS 20 ANOS DA EQUIPE 006 E A APLICAÇÃO DO PCAT

6.1 INTRODUÇÃO

Apesar das diretrizes do PMAQ serem de disponibilização dos dados sobre as equipes aderentes para uma comparação transversal, não foi encontrada a certificação da equipe 006 no 1º e 2º ciclo do PMAQ. Destes ciclos foram encontrados os livros Retratos da Atenção Básica – 2012, publicação dá um panorama geral da APS do Brasil e suas capitais com alguns dos seus respectivos resultados (BRASIL, 2015; BRASIL, 2015a). Essas informações nos ajudam a entender a situação da APS de Aracaju e, conseqüentemente, da equipe 006 no período e sua relação com os dias atuais.

O desempenho da equipe e da cidade no PMAQ 3ºciclo de 2017, nos mostra uma visão mais próxima da atualidade e dialoga com o resultado da aplicação do Instrumento de Avaliação

da Atenção Primária Versão Resumida (PCATVR) em 2018. Esses dados estão disponíveis no site do MS junto com o desempenho das equipes participantes de todo o Brasil. A título de comparação com a situação de Aracaju, utilizamos os resultados da cidade do Rio de Janeiro no PMAQ (BRASIL, 2019) e os resultados da aplicação do PCAT nesta cidade de 2012 (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013) e 2014 (HARZHEIM et al., 2016).

Deste ponto em diante, discutiremos acerca da aplicação do PCATVR na comunidade do Povoado de Areia Branca e dos resultados encontrados.

6.2 AS AVALIAÇÕES DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ARACAJU NESTES 20 ANOS DE ESF

A cidade de Aracaju inicia sua trajetória dentro da ESF em 1998 quando implanta suas 06 primeiras equipes. A sexta equipe implantada é a da recém-inaugurada Unidade de Saúde da Família João Bezerra (USFJB), no Povoado de Areia Branca na chamada zona de expansão de Aracaju.

A avaliação de suas equipes neste período era realizada através dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fornecidos mensalmente pela equipe, repassados para a SMS e digitados num programa específico para controle do MS.

O controle do MS obrigava a equipe ter uma quantidade mínima da produção de atendimentos, acompanhamentos e visitas na população cadastrada, além de quantificar algumas condições de saúde dos moradores do território. Esse sistema em Aracaju, na prática, se resumia a avaliar se a equipe tinha uma produção mínima por profissional.

As condições avaliadas eram (BRASIL, 2000):

- Gestantes cadastrados e acompanhadas;
- hipertensos cadastrados e acompanhados;
- diabéticos cadastrados e acompanhados;
- casos de tuberculose cadastrados e acompanhados;
- casos de hanseníase cadastrados e acompanhados;
- hospitalizações de menores de 5 anos, por álcool, complicações do diabetes, causas psiquiátricas etc.;
- crianças em aleitamento exclusivo, com vacinação em dia, com diarreia;
- quantitativo de Nascidos vivos;
- quantitativo de óbitos de menores de um ano, mulheres em idade fértil etc.

Alguns dos dados eram relevantes para a equipe, outros serviam mais para a gestão. No caso das hospitalizações por diversas causas o indicador era de acompanhamento difícil pelo quantitativo das pessoas cobertas pelos ACS, que não conseguiam visitar todas as pessoas que cobriam dentro de um mês. Quanto aos óbitos ocorridos, o quantitativo era muito pequeno para ser um dado relevante de produção mensal para se ter 6 itens, ao menos no caso da equipe 006.

As notificações para vigilância sanitária produziam informações complementares para ações da gestão local e a depender do interesse ou necessidade da gestão havia outros controles em formulários específicos. Todos eles eram colocados em papel e repassados à SMS para compilação, análise e *feedback* para as equipes e MS.

O SIAB foi o sistema de informação predominante até 2014, quando entra em vigor o Sistema de Informação em Saúde na Atenção básica (e-SUS) (BRASIL, 2014). Este é uma plataforma mais moderna que permite ao profissional e à gestão obter dados mais pormenorizados sobre a produção das EqSF. Em Aracaju, o sistema foi implantando em 2015 com muitos problemas.

Ter esses dados à disposição não significava sua utilização. Isso, ainda dependia da SMS, com seus apoiadores institucionais, analisar e utilizar esses dados de forma a qualificar sua rede. A cada gestão o uso e repasse desses dados variava, mas em geral este instrumento foi subutilizado.

Com a chegada do e-SUS, temos a vantagem da possibilidade da própria equipe acessar a sua produção sem a dependência do intermédio da SMS. Em 20 anos, a equipe 006 participou de poucos momentos em que houve algum debate formal sobre estes dados com a SMS. Uma possibilidade de explicação é o número de apoiadores institucionais ser pequeno e estes priorizarem equipes e bairros mais problemáticos, já que os dados do SIAB, e-SUS e PMAQ nos induz a acreditar que a equipe se adequa bem aos objetivos do MS (BRASIL, 2019; BRASIL, 2019a; BRASIL, 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009b; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014).

O momento que a SMS de Aracaju demonstra maior interesse em “avaliar” a qualidade do resultado do trabalho de seus servidores, é quando seus profissionais são citados na ouvidoria da saúde municipal ou em programas de rádio/televisão locais (JORNAL DE SERGIPE, 2016). Mesmo sendo um avanço a existência de uma ouvidoria específica, esta não serve para ser um instrumento de avaliação de um serviço ou equipe por estar muito vinculada a vieses pessoais, tanto por parte do trabalhador quanto do reclamante.

Para os servidores concursados há uma outra forma de avaliação do profissional da administração direta municipal que é a licença-prêmio. Este benefício está disponível ao servidor que não apresentar faltas injustificadas durante o período de um quinquênio. Os que cumprirem este requisito podem desfrutar de 3 meses de licença. Esta é uma avaliação do servidor e não do serviço e está mais ligada à sua presença no trabalho, logo, não tem nenhuma relação com uma avaliação qualitativa do trabalho desse servidor.

Como podemos ver, até a chegada do PMAQ em 2011, o MS e a SMS não apresentavam nenhum tipo de avaliação sistemática da qualidade do serviço de saúde prestado por suas equipes.

A SMS de Aracaju aderiu ao PMAQ desde seu lançamento em 2011, um fato importante para a qualificação da APS aracajuana, porém, sua contrapartida em realizar a educação permanente e o apoio institucional ainda se apresentam longe do ideal para alterar qualitativamente a realidade de suas equipes.

No segundo ciclo do PMAQ em 2014 foram avaliadas 76 EqSF de Aracaju enquanto que, em 2017, no terceiro ciclo tivemos um incremento e foram avaliadas 136 equipes (saúde da família, NASF e saúde bucal). Isso demonstra um interesse da SMS em ter mais equipes avaliadas e, com certeza, o incentivo financeiro do MS é um dos responsáveis por este fato. Infelizmente, este parece ser o único objetivo da avaliação das equipes de Aracaju, pois ainda falta um direcionamento municipal da política de saúde aracajuana que seja voltada para a qualidade.

6.2.1 A produção das consultas médicas pelo SIAB (2005-09)

O fornecimento das informações do consolidado das famílias cadastradas do SIAB era de responsabilidade dos ACS, coordenados pela enfermeira da equipe. Não foi possível averiguar a qualidade de produção desses dados por conta de diversas mudanças da enfermagem na equipe 006. Nesse período de 20 anos foram 4 profissionais que estiveram à frente de tal empreitada, o que dificulta a averiguação da coleta. Além disso, desde 2010, duas ACSs, por problemas de saúde acabaram sendo desviadas de função e, com isso, a alimentação do consolidado ficou incompleta.

Devido a esses problemas, nos ateremos à produção das consultas médicas que foram produzidas ao longo deste período pelo médico da equipe. Este preencheu os dados do SIAB desde agosto de 2004, momento que entrou para a Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA) e começou a consultar no território, sendo obrigado a preencher esses documentos, mas com a preocupação de efetivamente gerar informação de confiança para sua equipe.

O arquivamento dos dados é de responsabilidade da SMS e podem ser requisitados pela equipe para avaliação de seu trabalho a qualquer momento. Assim houve o interesse desta pesquisa em solicitar à SMS a produção de consultas médicas desde a chegada do médico da equipe 006. O período solicitado foi de agosto de 2004 a julho de 2015 (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010; 2011; 2012; 2013; 2014). Importante lembrar que o SIAB se encerra nesta data devido à troca do sistema para o e-SUS pelo MS.

Um fato a se considerar é que de 2004 até 2008, só havia a equipe 006 na USFJB e o território, hoje, pertencente à equipe 137 era da responsabilidade da primeira equipe. (Figura 07). Outro fator importante é que de 2005 a 2008, a equipe recebia de um a dois residentes de MFC anualmente. Estes últimos contribuía na produção de consultas ambulatoriais que eram somados à produção do médico da equipe (Quadro 24).

Devido ao crescimento populacional e do não preenchimento de vagas para MFC na Universidade Federal de Sergipe (UFS) foi necessária a criação de outra equipe, a 137, para equilíbrio da demanda por atendimentos. Num primeiro momento a sua produção ambulatorial ainda ficou vinculada aos dados da equipe 006, inflando o quantitativo de atendimentos no SIAB e confundindo os dados do consolidado de famílias (BRASIL, 2005a; 2009a; 2010a; 2017a). Isso prejudicou a análise dos dados da produção ambulatorial médica.

Apesar da produção das consultas médicas da equipe feita ao longo desses 14 anos de longitudinalidade ter sido realizada por este autor, os dados digitados se mostram diferentes da média esperada de 2004 a 2009 (BRASIL, 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009).

Através do e-SUS, o quantitativo de pessoas atendidas em janeiro de 2019 foi de 421 pessoas (BRASIL, 2019). Isto aconteceu numa primeira fase de adaptação ao prontuário eletrônico, implantado no mês de novembro de 2018 na USFJB. É uma quantidade de atendimentos possível de se realizar, mas bem cansativa para o profissional. Consideremos este valor um pouco acima da média, isso devido ao fato de janeiro ser um mês em que muitos profissionais tiram férias e o trabalho fica acumulado nos poucos médicos que sobram. Nesse mês houve 22 dias úteis nos quais o médico trabalhou todos os dias. Assim temos que:

$$421 \text{ consultas} \div 22 \text{ dias} = 19,13 \text{ consultas/dia}$$

Assim, vamos considerar que em um mês há uma média de 18 atendimentos por dia e 20 dias úteis no mês. Assim temos:

$$18 \text{ consultas/dia} \times 20 \text{ dias úteis} = \pm 360 \text{ consultas/mês}$$

Ao considerarmos que são 11 meses trabalhados no ano, pois descartamos o mês de férias, temos em um ano:

360 consultas/mês x 11 meses = ± 3960 consultas/ano

Isso sem contabilizar reuniões, greves, capacitações, feriados prolongados e licenças que devem reduzir o quantitativo de consultas realizadas.

Ao considerarmos esta média e observarmos os números da série histórica da produção de consultas médicas, encontramos os dados do quadro abaixo. Descartamos os dados de 2004, pois o médico atual da equipe iniciou o seu trabalho em meados de agosto daquele ano.

Quadro 24 – Produção anual de consultas pelo SIAB de 2005-09.

ANO	Nº DE CONSULTAS/ANO	MÉDIA MENSAL
2005	7636	636
2006	7019	584
2007	5928	494*
2008	5472	456*
2009	3284	273*

Fonte: Brasil (2005; 2006; 2007; 2008; 2009)

*Dados de vários meses no ano com a quantidade de 456 consultas por mês.

Ao observar o quantitativo anual de consultas de 2005 a 2007, observamos uma quantidade de consultas discrepante com a produção individual média calculada em janeiro de 2018. Provavelmente, a SMS calculava o quantitativo de consultas do total de médicos atuando na USFJB e a produção ambulatorial dos residentes foi o que aumentou consideravelmente o quantitativo de consultas, de forma que estes números não refletem a produtividade do médico da equipe 006 isoladamente.

Outra discrepância encontrada foi em maio de 2006, neste mês a quantidade registrada foi de 1914 consultas (BRASIL, 2006). Um mês que contém, praticamente, mais que o triplo da produção média mensal encontrada no ano anterior. Isto nos mostra que os dados registrados pela SMS neste período não são confiáveis.

Outra incoerência nestes dados é a produção de janeiro de 2007 a junho de 2009 com uma quantidade de consultas de 456 em todos os meses, com a única exceção de junho de 2007 onde está registrado 912 (456 X 2) consultas (BRASIL, 2007). Apesar de ser um quantitativo até possível, atender por 2 anos seguidos, todos os meses, o mesmo quantitativo, não faz parte da realidade de uma equipe (Figura 5). Ao solicitar a minha produção manual neste período para a SMS, a resposta obtida foi a de que não se sabia onde esses documentos estavam arquivados.

Figura 5 – Registro errôneo das atividades pela SMS no SIAB do ano 2008.

SECRETARIA DE ASSISTENCIA A SAUDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

MUNICIPIO: ARACAJU
SESEMENTO: 05 - AREIA BRANCA/MOSQUEIRO - (ZONA URBANA)
EQUIPE: 9006 - AREIA BRANCA

SIAB - SISTEMA DE INFORMACAO DE ATENCAO BASICA
SERIE HISTORICA DA PRODUCAO

PAG.: 1
VERSAO: 0.6
DATA: 04/09/2013

PERIODO ANALISADO: 01/2008 A 12/2008

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	SOMA
1) CONSULTAS MEDICAS RESIDENTES FORA DAS AREAS DE ABRANGENCIA	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	756
2) CONS. MED. RESIDENTES NA AREA													
CONSULTA EM < DE 1 ANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIANÇAS MENORES DE < 1 ANO	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	171
MEDIA DE CONSULTA EM < 1 ANO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DE 1 A 4 ANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288	2881
MEDIA DE CONSULTA EM 1-4 ANOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DE 5 A 9 ANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	463	4631
MEDIA DE CONSULTA EM 5-9 ANOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DE 10 A 14 ANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS	424	424	424	424	424	424	424	424	424	424	424	424	4241
MEDIA CONSULTA EM 10-14 ANOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DE 15 A 19 ANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PESSOAS DE 15 A 19 ANOS	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	4561
MEDIA CONSULTA EM 15-19 ANOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DE 20 A 39 ANOS	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	1,20	14,44
PESSOAS DE 20 A 39 ANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDIA CONSULTA EM 20-39 ANOS	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,808	1,8081
CONSULTA DE 40 A 49 ANOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PESSOAS DE 40 A 49 ANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDIA CONSULTA EM 40-49 ANOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DE 50 A 59 ANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PESSOAS DE 50 A 59 ANOS	501	501	501	501	501	501	501	501	501	501	501	501	5011
MEDIA CONSULTA EM 50-59 ANOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CONSULTA DE 60 ANOS E MAIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PESSOAS DE 60 ANOS E MAIS	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3001
MEDIA CONSULTA EM 60 ANOS E +	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL GERAL DE CONSULTAS	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	456	5.472
TOTAL DE PESSOAS	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517	4.517
MEDIA DE CONSULTAS NA ARFA	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	1,21
3) TIPO DE ATENDIMENTO													
PUERICULTURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% PUERICULTURA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Ao ver essa produção de consultas desconexa com a média de consultas estimada e considerando que a SMS era a única responsável por digitar a produção das consultas médicas, é possível concluir que a SMS não digitou corretamente essa produção de dados.

Assim, infelizmente, de 2005 a 2009, não há como considerar os dados registrados como confiáveis para uma avaliação quantitativa longitudinal neste período.

6.2.2 Considerações sobre o SIAB 2010-14

A partir do SIAB de 2010, em que o quantitativo médio de consultas mensal e anual se mostra mais factível e, por isso, mais confiável, construímos o gráfico 2 para observarmos o comportamento de consultas ao longo do ano e sua média mensal, sempre considerando 11 meses de produção ambulatorial (BRASIL, 2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015b). Descartamos o ano de 2015 pois com a troca do SIAB para o e-SUS só há registro da produção até maio.

Ao vermos essa produção longitudinal de 5 anos, vemos que o quantitativo de consultas por mês varia pouco para uma equipe, podendo ser considerado quase uma constante. Se considerarmos que toda população tem uma taxa de crescimento populacional, o crescente envelhecimento da população com o desenvolvimento de doenças crônicas e o fato de que o povoado se situa na Zona de Expansão de Aracaju onde há um adensamento urbano em ascensão podemos concluir que as consultas médicas não conseguem acompanhar o crescimento das necessidades de saúde desta população.

Gráfico 2 - Número médio de consultas por ano e média de consultas por mês



Fonte: SIAB.

6.2.3 O e-SUS em Aracaju

Em junho de 2015, a prefeitura migra para o novo sistema de registro de atividades das equipes da ESF do MS, o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica chamado e-SUS.

Essa nova forma de registro da produção ambulatorial é realizada por meio eletrônico por cada trabalhador com uma senha única, o que diminui a possibilidade da SMS apresentar dados inverossímeis como vimos acontecer com no item anterior.

Nesse período, na USFJB, não havia computador disponível para todos os trabalhadores e a SMS impõe um registro duplo do e-SUS. Primeiramente, o trabalhador registrava os dados num impresso específico para depois ser digitado no sistema pelos ACS. Fatores como a ausência de incentivo financeiro, as dificuldades com a conexão de internet, o congestionamento do uso do único computador disponível e a falta de uma fiscalização fizeram com que os registros da produção ambulatorial não fossem digitados. Com isso, temos uma nova perda de dados da produção ambulatorial médica da equipe 006 no período de 2016. Tais evidências tornam possível perceber o descaso da SMS com os dados produzidos pela sua rede neste período de gestão.

A partir da nova gestão que chega em janeiro de 2017, se estabelece que cada profissional se responsabilizaria pela digitação de sua produção no seu domicílio, fora do horário de trabalho. Para evitar que o registro das atividades não fosse realizado devido ao cansaço, o médico da equipe terceiriza esse serviço. Porém, os outros colegas da equipe 006 não conseguem digitar a sua produção neste período, tampouco terceirizaram. Isto

comprometeu a avaliação dos indicadores no 3º ciclo do PMAQ da equipe pois só a produção médica foi contabilizada no período avaliado.

Segundo o e-SUS, no período de 01/05/17 a 28/02/19 o número de atendimentos registrados foi de 6365 consultas (BRASIL, 2019). Como são 22 meses de registro temos uma média de 289 consultas por mês (sem descontar o período de férias e algumas greves). Comparando esta média com a do SIAB (Gráfico 2), podemos considerar que os dados são compatíveis e corroboram com a ideia de que a média de atendimentos mensal tem poucas variações ao longo dos anos.

Importante ressaltar que a USFJB esteve sob reforma de 3/18 a 10/18 e passou por uma greve dos médicos que se iniciou em 20/07/18 e se encerrou em 12/11/18, o que pode ter contribuído para redução da média comparado com as do SIAB (Gráfico 21).

Figura 6 – e-SUS em impresso específico digitado por pessoa contratada pelo médico.

SAÚDE ATENÇÃO BÁSICA		FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL				DIGITADO POR: <i>Letícia Rodrigues</i>	DATA: 09/16/2017
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA*		
CNS DO PROFISSIONAL		CBO	CNES	INE	28.6.17		
Nº	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
TURNO*	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ	Φ
Nº PRONTUÁRIO	III	VIII	II	IIII	IIII	I	VIII
CNS DO CIDADÃO							
Data de nascimento*	Dia/mês		Ano		8/2	22/3	19/5
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino	88	86	70	88	79	49	62
Local de atendimento* (ver legenda)	U	U	U	U	U	U	U
Tipo atendimento*	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	○	○	○	○	○	○
	Consulta Agendada	○	○	○	○	○	○
	Escuta Inicial/Orientação	○	○	○	○	○	○
	Consulta no Dia	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
Atendimento domiciliar	Atendimento de Urgência	○	○	○	○	○	○
	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)	AD	AD	AD	AD	AD	AD
Avaliação antropométrica	Perímetro cefálico (cm)						
	Peso (kg)						
	Altura (cm)						
Alimentação em dia?	SIM	NÃO SIM	NÃO SIM	NÃO SIM	NÃO SIM	NÃO SIM	NÃO SIM
Lactância	Aleitamento materno (ver legenda)						
	DUM	Dia/Mês		Ano		/	/
Gravidez	Gravidez Planejada		SIM	NÃO SIM	NÃO SIM	NÃO SIM	NÃO SIM

Com o término da reforma houve a implantação do prontuário eletrônico, em novembro de 2018, isto facilitou o registro das atividades da equipe, com exceção dos ACS. O próprio

programa realiza a compilação da produção ambulatorial automaticamente, resolvendo o problema de registro duplo.

Mesmo com a melhora da qualidade dos dados produzidos pela equipe, até o momento, não há nenhum sinal da SMS para a utilização desse conjunto de indicadores e de nossa produção ambulatorial como forma de avaliar a equipe. Isto demonstra que a SMS tem dificuldades de realizar o compromisso do PMAQ de auxiliar suas equipes nos monitoramentos dos indicadores. Mesmo investindo na informatização, a SMS ainda não consegue utilizar as informações produzidas para qualificar a sua APS.

6.2.4 Avaliação de Aracaju em 2012 no 1º ciclo do PMAQ

Sobre estes ciclos do PMAQ está apenas disponível ao público os livros Retratos da Atenção Básica 2012 (BRASIL, 2015; 2015a). Esses livros nos permitem observar um recorte de características da APS de Aracaju em 2012 de maneira a refletirmos sobre a evolução da situação encontrada nos serviços de saúde hoje. Selecionamos alguns tópicos para situar a cidade em relação a sua estrutura física, seu projeto de educação permanente, seu apoio institucional, sua forma de contratação e a qualificação de seus médicos atuantes na APS.

6.2.4.1 Estruturas da USF

A ambiência das USFs é importante para que as EqSF possam exercer as atividades inerentes ao seu trabalho. A ausência de estruturas físicas apropriadas não propicia à equipe a possibilidade de exercer todo o seu potencial, podendo ajudar a limitar a qualidade da assistência prestada.

No quadro 25, vemos a presença de déficits na sua estrutura física da USFs de Aracaju:

Quadro 25 – Percentagem de estruturas básicas ausentes nas USFs de Aracaju

ESTRUTURA	% DAS USF SEM A ESTRUTURA DISPONÍVEL
Sala de Procedimento	72%
Sala de Observação	37,2%
Sala de Reunião	39,5%
Expurgo	30,2%
Telessaúde	95,3%

Fonte: Brasil (2015a).

Esses dados nos mostram que as Unidades de Saúde de Família em 2012 apresentavam déficits estruturais importantes em muitas das suas unidades demonstrando uma necessidade de investimento na estrutura física das USFs.

A USFJB apresenta todas as estruturas em seu prédio, em 2012, apesar de algumas reformas para sua adequação feitas no período pré-2004. Entretanto, naquela época o prédio já tinha 14 anos e, mesmo com essas adequações, este apresentava problemas de manutenção como goteiras e entupimentos, além da ausência de refrigeração na maioria das suas salas.

No ano de 2018 a USFJB passa por uma última reforma estrutural grande com melhora da qualidade de suas salas de atendimento e adequação da rede elétrica e de internet para propiciar a instalação de computadores em todas as salas. Chega a era do prontuário eletrônico na USFJB.

Mesmo com a implantação do prontuário eletrônico e colocação de computadores com acesso à internet em todas as salas de atendimento, ainda não se consegue utilizar de programas ou sites como o Telessaúde e do e-SUS que podem ser importantes ferramentas de qualificação das equipes e suas consultas.

6.2.4.2 A educação permanente em Aracaju

A educação permanente e o apoio institucional são dois instrumentos fundamentais dentro do PMAQ. É considerado que através delas o município deve alavancar a qualidade das suas equipes. Essas duas estratégias estão inclusas e previstas dentro do desenvolvimento de todos os ciclos do PMAQ (Figuras 03 e 04).

A publicação nos traz um panorama de como os profissionais participantes percebem a política de APS no município (BRASIL, 2015).

No quadro 26, podemos observar a visão dos entrevistados frente à educação permanente no município:

Quadro 26 – Percentual de participação em ações de Educação Permanente em Aracaju

EDUCAÇÃO PERMANENTE	SIM	NÃO
Existe no município	100%	0%
Usa Telessaúde	4,4%	95,6%
Participa de EAD-UNASUS	0%	100%
Participa de Rede Universitária de Telemedicina (RUTE)	0%	100%
Houveram cursos presenciais no último ano	100%	0%
Houve Troca de Experiências	100%	0%
Participou de Tutoria/Preceptorial	0%	100%

Fonte: Brasil (2015)

Pelo que podemos ver, as ações de Educação Permanente da SMS de Aracaju se resumem a cursos presenciais com trocas de experiência dos participantes. Cabe ressaltar que esses momentos sempre ocorreram em caráter obrigatório de comparecimento, com o uso de lista de presença para comprovação de frequência. Na pesquisa citada não se analisa a quantidade de ações realizadas, muito menos sua qualidade (BRASIL, 2015).

Pela vivência da equipe 006, constatamos que, na maioria das vezes, o processo se restringe a aulas sobre os protocolos, da prefeitura ou do MS, que já chegam formatados em aulas expositivas. Nessa mesma pesquisa, 68,9% dos entrevistados responderam que as ações de educação permanente do município são adequadas para suas demandas e necessidades em 2012 (BRASIL, 2015). Infelizmente, desde 2010, a quantidade de capacitações realizadas vem sendo reduzida, gradualmente, ao longo dos anos.

O modelo de capacitação realizado pela SMS se mostra anacrônico e não segue uma definição da Educação Permanente em Saúde (EPS), tal como França define, para ele, a EPS é

uma estratégia transformadora das práticas de saúde, colaborando para romper com o paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Constitui um instrumento que aponta para o desenvolvimento pessoal, social e cultural e está centrada nos processos de ensino-aprendizagem, em que o próprio sujeito que aprende é um agente ativo, autônomo e gestor de sua educação. (FRANÇA et al., 2017, p. 1827)

Assim, mesmo com os entrevistados notando a presença de uma “Educação Permanente”, parece que as gestões de Aracaju não conseguem sair do formato tradicional das capacitações e estas ações são as únicas reportadas como EPS pelos participantes da pesquisa (BRASIL, 2015).

Práticas que dependem dos profissionais são irrelevantes no levantamento, demonstrando um possível desinteresse de cada profissional por sua própria qualificação. Porém, quando observamos que 95,3% das USF de Aracaju (Quadro 25) não possuíam, em 2012, acesso ao Telessaúde podemos considerar que a SMS não contribui para seu servidor utilizar outros formatos de EPS no ambiente de trabalho.

Sendo as atividades de EPS um dos pilares do PMAQ, podemos inferir que a SMS não vem cumprindo sua contrapartida como fomentadora da qualidade da APS no município. O PMAQ não conseguiu em Aracaju estimular nem esse, nem qualquer outro tipo de política de educação permanente na SMS.

6.2.4.3 O apoio institucional

No Manual Instrutivo do 3º ciclo do PMAQ temos o Apoio Institucional definido como:

“função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los. (BRASIL, 2017, p. 33)

No quadro 27, vemos a percepção sobre o papel dos apoiadores institucionais:

Quadro 27 – Percepção sobre as atividades do Apoio Institucional em Aracaju

PRESEÇA DO APOIO INSTITUCIONAL PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES:	SIM	NÃO
Questões de Processo de Trabalho	95,8%	4,2%
Autoavaliação	87,5%	12,5%
Monitoramento e Avaliação de Informações e Indicadores	91,7%	8,3%
Planejamento e Organização da equipe	0%	100%
Avaliação Compartilhada	75%	25%
Oficina com Objetivo específico	45,8%	54,2%
Educação Permanente	70,8%	29,2%
Participação na Reunião da Equipe	66,7%	33,3%

Fonte: Brasil (2015).

Pelos dados disponíveis em 2012, o Apoio Institucional é presente no município e tem uma participação importante para as equipes, principalmente, quando se trata nas questões do processo de trabalho e implantação do PMAQ (autoavaliação e monitoramento de indicadores).

Quanto à satisfação com o trabalho do apoiador 58,3% referem que é boa, mas é o fato de se ter 0% de avaliações “ruim” ou “muito ruim” que causa estranheza na pesquisa. Talvez a proximidade dos apoiadores institucionais com o processo da avaliação do PMAQ tenha gerado dúvidas nos entrevistados quanto à confidencialidade dos dados e uma possível retaliação por parte da SMS.

As respostas demonstram uma preocupação da gestão em relação a situações problemáticas dentro das equipes de Aracaju e com a realização das etapas do PMAQ, mas o fato de não haver percepção dos entrevistados quanto à participação dos apoiadores no planejamento e organização das equipes (0%), apesar da sua presença nas reuniões de equipe em 66,7% das ocasiões, gera uma contradição nas informações (BRASIL, 2015).

Se há a preocupação com o processo de trabalho das equipes e participação nas reuniões, como o apoio institucional não contribui no planejamento e organização das equipes? Uma interpretação para isso é a de que a participação dos apoiadores seria indireta na organização das equipes, isto é, os apoiadores fazem jus ao papel disparador de reflexões e não de “tutores” das decisões tomadas quanto à organização de cada equipe.

O apoio matricial é visto como parte do apoio institucional para qualificação das equipes de saúde; enquanto o apoiador institucional fica mais ligado aos processos de trabalhos das equipes, o matriciador oferece um apoio mais atrelado ao aspecto técnico da clínica ampliada. O apoio matricial consiste em um grupo de especialistas de diversas áreas que servem de apoio às EqSF, estando vinculados a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou não, com o diferencial de atuar realizando consultas em conjunto para se tomar decisões compartilhadas sobre casos de difícil manejo na APS. Esta política deveria ser um diferencial em relação aos tradicionais encaminhamentos às especialidades médicas em que não há um contato direto, muito menos simultâneo, com os profissionais de saúde da APS (BRASIL, 2004a).

Segundo a pesquisa, o apoio matricial existe na rede aracajuana para 77,8% dos entrevistados, mas ao analisarmos o tipo de apoio matricial que se percebe na pesquisa vemos que ele é mais baseado nos encaminhamentos para os médicos da rede do que no uso de recursos do NASF, conforme vemos no quadro 28.

Quadro 28 – Percepção da Forma do Apoio Matricial na Rede de Aracaju Segundo Três Especialidades Médicas.

REFERÊNCIA	ESPECIALIDADE	SIM	NÃO	NÃO SEI
NASF	Ginecologia	28,6%	54,3%	17,1%
	Psiquiatria	25,7%	57,1%	17,2%
	Pediatria	20%	62,9%	17,1%
REDE	Ginecologia	71,4%	25,7%	2,9%
	Psiquiatria	74,3%	22,9%	2,9%
	Pediatria	57,1%	40%	2,9%

Fonte: Brasil (2015).

O NASF é um conjunto de profissionais de saúde escolhidos pela SMS que dá apoio técnico as EqSF, principalmente, nas suas respectivas USF e serve para diversificar a oferta das EqSF para suas comunidades.

É perceptível que a APS de Aracaju usa pouco do recurso NASF, serviço que poderia qualificar suas equipes, em comparação com os encaminhamentos aos especialistas em outros pontos da rede. Isso pode ser explicado devido à cobertura do NASF ser insuficiente para todas as equipes da cidade. A própria equipe 006 não está vinculada a nenhum NASF, assim é uma questão de falta de opção a realização desses encaminhamentos.

Mesmo sendo essa opção de “matriciamento” da SMS, o problema maior para a qualificação da equipe através da coordenação do cuidado é que, apesar da existência de um sistema de referência e contra-referência municipal, este não é funcional. Essa falta de funcionalidade é verificada pela ausência de recebimento desse documento pela equipe 006 em todos estes anos. Até o momento, o sistema de contra-referência não evoluiu nada, mesmo com a implantação do prontuário eletrônico.

6.2.4.4 O grau de especialização dos médicos na APS

Um fator crucial para a qualificação da APS é a quantidade de especialistas em MFC atuantes em um município.

Na pesquisa de 2012, não havia NENHUM médico com residência em MFC em Aracaju. Isto apesar da equipe 006 ter participado do inquérito e o médico da equipe desde 2004 ter o título da especialidade obtido por residência médica em 2002. A hipótese desse fato é que a

respondente da pesquisa, a enfermeira da equipe, não conhecia este detalhe, provavelmente, a resposta dela foi positiva para a especialização em saúde da família.

Em Aracaju, 7,7% das equipes tem médico com especialização em “Saúde da Família”. Isso mostra um baixíssimo grau de especialização nos médicos da rede municipal. Outras especialidades médicas, exceto Saúde Coletiva, correspondem a 15,4 % dos trabalhadores médicos das EqSF da cidade (BRASIL, 2015).

Nestes 6 anos, não houve nenhum tipo de incentivo ou curso disponibilizado pela prefeitura no sentido estimular qualquer tipo de especialização direcionado à APS, a não ser os já presentes no estatuto dos servidores de Aracaju. Esses incentivos não são específicos para a área da MFC e nem há um diferencial na carreira para quem é especialista na própria área de atuação. Nem mesmo o PMAQ em seus 3 ciclos valoriza a presença desse tipo de profissional na equipe, não servindo o instrumento para ser um indutor de qualidade nessa direção.

Os dados de 2012, demonstram uma falta de preparo do médico da rede para lidar com os desafios da APS aracajuana e a falta de incentivo nesse sentido, seja do governo municipal, ou seja, do governo federal.

Comparando os estudos da demografia médica do conselho federal de medicina de 2011¹¹¹ e 2018⁴⁵ temos que no Estado de Sergipe se situava na faixa de 6-17 especialistas em MFC e, recentemente, são 40 especialistas no Estado inteiro. Há um incremento de especialistas no estado, mas não podemos afirmar que estes trabalham na SMS de Aracaju.

A falta de especialização desses servidores pode comprometer a qualidade do serviço prestado na APS da cidade.

6.2.4.5 Características da contratação na APS em Aracaju

Em 2012, Aracaju contava com 77,8% das equipes sendo contratadas por concurso público e 48,9% dos entrevistados tendo plano de carreira (BRASIL, 2015). No Quadro 29, vemos as características do plano de carreira do município que demonstra a presença da progressão por antiguidade, avaliação de desempenho e titulação como formas de se desenvolver na carreira de servidor.

Quadro 29 - Características da Progressão no Plano de Carreira do Município.

CARACTERÍSTICAS DA PROGRESSÃO NO PLANO DE CARREIRA DO MUNICÍPIO	SIM	NÃO	NÃO SABE
Progressão por Antiguidade	86,4%	4,5%	9,1%
Avaliação por desempenho	59,1%	36,4%	4,5%
Titulação	100%	0%	-

Fonte: Brasil (2015).

Sendo o recorte de 2012, o quesito “avaliação por desempenho” é percebido num contexto pré-indução financeira do PMAQ. Provavelmente, a interpretação desse tópico está ligada à questão da licença-prêmio, pois não havia outro tipo de avaliação disponível nesse período para os servidores públicos da Prefeitura Municipal de Aracaju.

Mesmo com 100% dos entrevistados demonstrando conhecimento sobre a progressão por titulação no funcionalismo público de Aracaju, a taxa de titulados em qualquer tipo de mestrado ou doutorado corresponde a 0% (BRASIL, 2015). Isto reforça a ideia de que mesmo com o incentivo financeiro disponível, não há muito interesse dos próprios profissionais em se qualificar para o trabalho em APS na cidade. Talvez como o incentivo financeiro do PMAQ é um ganho sem a necessidade de adicionar atividades no cotidiano do profissional, o servidor aprecie mais essa modalidade de estímulo monetário.

6.2.4.6 Considerações sobre o PMAQ de 2012 em Aracaju

Como vimos pelos dados apresentados, a SMS de Aracaju dispunha de uma estrutura física de APS deficiente e apesar da existência da EPS e do Apoio Institucional estes se demonstravam aquém da sua capacidade de indução da qualificação das EqSF. Apesar da SMS dispor de incentivos no plano de carreira municipal, os profissionais de saúde concursados não demonstram interesse em seu desenvolvimento qualitativo nos moldes do estatuto do servidor público municipal.

Passados 6 anos desde essa pesquisa, não houve em nenhuma gestão da SMS grandes mudanças no intuito de alterar este quadro apresentado. Provavelmente, muitos dos servidores públicos se aposentaram diminuindo a porcentagem dos profissionais de saúde concursados.

O atual médico da equipe 137 foi contratado por processo seletivo simplificado em 2018, sendo contratado pela consolidação das leis do trabalho, tem contrato de um ano, renovável por mais um. Esse modo de contratação não apresenta nenhum incentivo à progressão

de carreira pois nem carreira tem. Sendo assim, a perspectiva da qualificação das equipes via concurso público, que já era periclitante em 2012, deve estar pior em 2019.

6.2.5 O terceiro ciclo do PMAQ em Aracaju

Neste ciclo de avaliação de desempenho encontramos os dados referentes às 136 equipes (saúde da família, NASFs e saúde bucal) de Aracaju disponibilizados no site do MS.

Quadro 30 – Número de equipes por desempenho em Aracaju no 3º ciclo do PMAQ

CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO	NÚMERO DE EQUIPES	(%)
Ótimo	02	1,47%
Muito Bom	07	5,14%
Bom	40	29,41%
Regular	58	42,00%
Ruim	15	11,02%
Desclassificadas	14	10,29%
TOTAL	136	100%

Fonte: BRASIL (2019a).

Ao observarmos estes dados de 2017, percebemos que 63,3% (87) das USFs de Aracaju estão abaixo do nível bom de classificação do PMAQ.

Isto demonstra que, pelo 3º ciclo do PMAQ, a qualidade da APS de Aracaju está comprometida e necessita de alterações importantes na sua estrutura diante dos parâmetros estabelecidos pelo instrumento oficial do MS.

Provavelmente a falta de digitação do e-SUS, como aconteceu com a equipe 006, pode ter tido muito impacto na avaliação dos indicadores das equipes, porém este fator representa 30% de toda a certificação. A falta da realização das atividades valorizadas pelo PMAQ ou da apresentação da documentação comprobatória podem ter influenciado negativamente a avaliação externa que corresponde a 70% da certificação (Quadro 13).

6.2.5.1 Resultados do PMAQ na cidade do Rio de Janeiro

Comparando com as certificações das 795 equipes (ESF, NASF, Saúde Bucal e Outras) participantes da cidade do Rio de Janeiro, temos que a sua maioria 51,57% (N=410) apresenta conceito “Muito Bom”. Ao somarmos os conceitos “Bom” e “Ótimo” as equipes desta cidade temos a cifra impressionante de 89,43% das equipes (BRASIL, 2019a).

As razões para essa diferença de qualidade podem estar relacionadas à política de saúde do município voltada para a qualificação de sua estrutura e equipes no período de 2008 a 2016.

Desde 2008, a APS carioca vem qualificando suas equipes ao contratar e formar especialistas em MFC para exercer a ESF no município (HARZHEIM et al., 2016; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016).

Em 2012, se inicia o programa de residência de medicina de família e comunidade da secretaria municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro com a oferta de 60 vagas (JUSTINO; OLIVER; MELO, 2016). Nesse mesmo ano, o Rio de Janeiro já apresentava números superiores a Aracaju em termos quantitativos de especialistas: eram 8,6% de médicos com residência e 3,7% em formação comparados com os 0% de Aracaju (BRASIL, 2015).

Devido a essa expansão e qualificação da APS na cidade do Rio de Janeiro, o então secretário de saúde Daniel Soranz, responsável por essa “revolução” carioca, ganha, em 2016, o prêmio “WONCA Global Health Award” (RIO DE JANEIRO, 2016). Este prêmio é sempre entregue ao país mais bem-sucedido em oferecer e expandir a MFC no período da realização do congresso mundial da WONCA.

Além do prêmio, os resultados do PMAQ 3º ciclo confirmam que o esforço dessa gestão de qualificar sua APS gerou resultados positivos.

Os resultados do PMAQ do Rio de Janeiro e de Aracaju nesse 3º ciclo são diametralmente opostos (BRASIL, 2019a) (Quadro 30).

Esses dados reforçam que a qualificação da APS depende da qualificação de seus médicos, como Castro et al. (2012) e Chomatas et al. (2013), utilizando o PCAT, concluíram. É provável os especialistas ao conhecerem e aplicarem as ferramentas da MFC em seus territórios, os resultados em processos avaliativos da APS apresentem resultados melhores do que nas cidades que não investem na qualificação de suas equipes, como Aracaju.

6.2.5.2 Avaliação da equipe 006 no 3º ciclo do PMAQ

Apesar do resultado pífio das equipes da SMS de Aracaju, a equipe 006, possuidora da Identificação Nacional de Equipes nº 172.871, teve avaliação de desempenho classificada como “Muito Bom” (Figura 7). Este resultado vem do esforço da equipe em tentar melhorar a qualidade de sua atenção se baseando em conceitos de qualidade da APS.

Fatores positivos que influenciaram essa classificação foi a criação da sala de situação da equipe que foi incentivada pelos exercícios das disciplinas do mestrado. Um dos exercícios exigia a confecção do mapa territorial da USFJB, que foi aproveitado para este fim (Figura 8).

Outro motivo para uma boa avaliação foi a oferta de práticas integrativas, como a acupuntura, para a população adscrita. Esse ponto não era contemplado nos instrumentos de avaliação do 1º e 2º ciclos, sendo incluída no terceiro e valorizando ainda mais a equipe (Quadro 11).

No caso dos indicadores avaliados pelo e-SUS, o médico da equipe contratou uma pessoa para digitar seus atendimentos, com isso, estes dados foram computados e geraram um impacto positivo nos indicadores. Por outro lado, houve a falta de digitação do e-SUS por parte da enfermeira, o que contribuiu negativamente nesta avaliação da equipe.

A oferta de todos os procedimentos avaliados pelo PMAQ pela equipe foi outro elemento positivo na nossa avaliação (Quadro 21).

A enfermeira da equipe 006, Mayra Suzana, responsável por responder à entrevista da avaliação externa, percebeu como o ponto negativo mais crítico para a equipe foi a falta da apresentação de documentos comprobatórios exigidos. Mesmo a equipe realizando muitas das atividades cobradas na avaliação, a falta de registro comprometeu a certificação sendo um cuidado a ser tomado para uma futura avaliação do PMAQ.

Figura 7 – Documento do resultado do PMAQ da USFJB

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação									
Portaria nº 2.777, de 4 de setembro de 2018 3º ciclo do PMAQ-AB									
Publicação da atualização da lista de equipes devido a equívoco de comunicação na planilha. Na coluna MOTIVO DA DESCLASSIFICAÇÃO "cadeira odontológica e se recusou a responder a avaliação externa" leia-se "Equipe se recusou a responder a avaliação externa". Nestes casos, segundo os critérios do programa é fator de desclassificação de toda a equipe (
UF	IBGE	MUNICÍPIO	CNES	UBS	INE	Tipo de equipe da adesão	Tipo de equipe da certificação	Classificação	M
SE	280030	ARACAJU	0003425	JOÃO BEZERRA	0001480952	AB	AB	Bom	
SE	280030	ARACAJU	0003425	JOÃO BEZERRA	0000172871	AB/SB	AB/SB	Muito bom	

Mesmo com essa avaliação positiva, o desejo de entender mais sobre a qualidade da APS no trabalho da equipe 006 fez com que optássemos por fazer uma avaliação com um instrumento diferente como o PCAT.

6.3 A APLICAÇÃO DO PCAT VERSÃO REDUZIDA (PCATVR)

Antes de iniciar este subcapítulo é importante esclarecer ao leitor que há um grande conflito de interesse neste estudo.

O autor e coordenador da pesquisa de campo é o médico da equipe 006. Dessa maneira, há o viés da autoavaliação do seu próprio trabalho que vem sendo realizado na USFJB desde agosto de 2004.

Para diminuir a possibilidade dessa influência nos resultados deste trabalho foram tomadas algumas precauções:

1. Uso de instrumento quantitativo validado cientificamente;
2. aplicação do instrumento no domicílio do usuário;
3. entrevistadores sem vínculo com a USFJB;
4. sorteio da amostra realizado por terceiros;
5. uso de aplicativo de celular para registrar e calcular as respostas e evitar erros de digitação;
6. realização de aplicação piloto do PCAT pelos entrevistadores.

Porém, houve relatos de alguns dos entrevistadores de que pessoas reconheceram o nome do “seu” médico no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, no segundo fim de semana de coleta, alguns entrevistados reconheciam os aplicadores como a “pesquisa do

Dotorrube”. Esta é alcunha ao qual sou reconhecido como o médico do bairro. Isso aconteceu mesmo com a recomendação aos entrevistadores de evitar mencionar diretamente a minha pessoa quando da aplicação da pesquisa.

Idealmente, este tipo de pesquisa deveria ser realizado por um coordenador neutro, mas a limitação orçamentária e a logística dentro do Povoado de Areia Branca (PAB) não permitiram essa possibilidade. O PAB é carente de referências geográficas urbanas organizadas (nomes de ruas e números de casa ordenados), assim, houve a necessidade de uma pessoa que conhecesse as referências geográficas locais para ajudar a orientar os entrevistadores.

Apesar das medidas para que os aplicadores ficassem independentes das minhas orientações presenciais, alguns dos entrevistados me reconheceram ao me ver nas imediações onde as visitas estavam ocorrendo. Este foi um número pequeno, já que o número de aplicadores era em média de 11 por dia e estes andavam em duplas ou trios em diferentes microáreas para dinamizar o processo.

6.3.1 Metodologia

A metodologia consistiu na aplicação do PCATVR somado a um questionário socioeconômico na população maior de 20 anos cadastrada com pasta-família na equipe 006, lotada na Unidade de Saúde da Família João Bezerra localizada no Povoado de Areia Branca, Aracaju, Sergipe.

6.3.2 Tipo de estudo

Este trabalho é uma pesquisa de abordagem quantitativa de delineamento transversal.

6.3.3 Cenário de estudo

A Unidade de Saúde da Família “João Bezerra” (USFJB) se situa a 25 quilômetros ao sul do centro de Aracaju e a 13 quilômetros da Unidade de Pronto Atendimento mais próxima, o que faz dela o único serviço público de saúde do bairro.

O Povoado de Areia Branca (PAB) está localizado na zona sul de Aracaju, sendo caracterizado como uma área periurbana que ainda preserva algumas características rurais e marisqueiras. Essa região da cidade é denominada de Zona de Expansão de Aracaju, pois vive um rápido crescimento demográfico.

A USFJB foi inaugurada em setembro de 1998 e é composta por duas EqSF (006 e 137) responsáveis pelo fornecimento da APS ao Povoado de Areia Branca (PAB). Segundo o consolidado de famílias do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2015, o

número de moradores cadastrados era de 6500 pessoas e a taxa de moradores SUS-dependentes era de 92% (BRASIL, 2015b).

Nessa época, o cadastro já estava defasado por falta da inclusão de novas famílias devido ao desvio de função de duas ACS, que se somou ao rápido crescimento demográfico do bairro, que demanda um maior número de ACS para as equipes. Quatro anos depois, esses problemas ainda não foram sanados e a dificuldade para o cadastramento dos novos moradores continua.

O cadastro, atualmente, só ocorre caso uma família cadastrada saia do território e assim outra possa entrar no lugar, pois o quantitativo de pessoas para cada ACS das duas equipes já está com suas vagas completas ou excedida, de acordo com o máximo recomendado pelo ministério que é 750 pessoas para cada um (BRASIL, 2017).

A responsabilidade sanitária das EqSF é voltada para as pessoas cadastradas na sua lista de famílias dentro de um determinado território. Cada equipe da USFJB tem a sua respectiva área de atuação. Até 2008 a cobertura era apenas da equipe 006 porém com o crescimento demográfico houve a necessidade de agregar uma nova equipe.

Em momentos de ausência de algum profissional de uma área ou outra, a outra equipe pode assumir alguns casos e há um acordo entre as duas equipes que caso haja alguma família que não queira ser acompanhada por algum profissional esta pode requisitar sua migração para a outra equipe.

A equipe 006 é formada por quatro microáreas, cada uma de responsabilidade por uma ACS específica. Cada ACS tem a responsabilidade de cadastrar as famílias moradoras de seu território e manter o mesmo atualizado. Cada família cadastrada tem uma pasta-família na USF para fins de registros profissionais e para permitir a continuidade informacional do cuidado prestado pelo serviço para a pessoa.

No link abaixo temos o mapa do Povoado de Areia Branca (Figura 08) com a divisão de cada microárea da equipe 006:

<https://www.google.com.br/maps/@-11.0658683,-37.1394129,5508m/data=!3m1!1e3!4m2!6m1!1s16jJiGnq8sBZPqu1BOMp-pZuaHs4>

As equipes atendem 2 tipos de usuários: os “com pasta-família” e as pessoas com prontuários avulsos, chamados “extra-área”. Os usuários “com pasta-família” têm certas vantagens, pois há mais facilidade de acesso já que são ofertadas mais vagas de atendimento para essas pessoas do que para as não cadastradas na equipe 006.

Casos de urgência são atendidos sem essa discriminação, por conta da responsabilidade das equipes frente a usuários nesse determinado estado de saúde. O acesso, fora esses casos,

bem como o acompanhamento longitudinal, ficam comprometidos para estas pessoas devido a esta condição de “overbooking” do sistema de saúde municipal.

Infelizmente, a equipe 006 não consegue abarcar todas as pessoas do seu território, já que está dentro do limite quantitativo recomendado pelo MS (BRASIL, 2017). Se isso fosse feito indiscriminadamente, a qualidade do acompanhamento das pessoas cadastradas ficaria comprometido, prejudicando a todos. A responsabilidade de ofertar mais profissionais para cobrir essa população cabe à gestão da SMS em conjunto com o MS, não podendo ser resolvida localmente.

Estima-se, ao se contar os prontuários “extra-área”, que temos por volta de 4 mil pessoas no território sem adscrição a nenhuma das duas equipes. Esse quantitativo justifica a implantação de uma terceira equipe, porém até o momento não há nenhum movimento da SMS nesse sentido.

Figura 8 – Mapa com as microáreas da USFJB



Na tentativa de minimizar este problema, em 2004, a SMS optou por um modelo de ESF ampliado, no qual há integração das EqSF com pediatras em alguns postos da sua rede (SANTOS, 2006). A USF “João Bezerra” conta com este especialista desde 2007. Isso contribuiu para que a demanda infantil até 12 anos fique mais direcionada a este profissional. Apesar disso, na eventual falta do especialista ou se for da preferência das pessoas, a equipe atende os casos pediátricos.

Importante ressaltar que a USFJB trabalha com sistema de acolhimento das urgências menores da APS, fazendo procedimentos e internação-dia. Algumas situações conseguem mobilizar os profissionais da UBS em diferentes graus e há a possibilidade de acesso ao médico

para discutir um caso que esteja no serviço. Pelo e-SUS, verificamos que, em média atendemos 1 evento ao dia, requisitando algum procedimento não agendado (BRASIL, 2019) (Quadro 21).

Através do mesmo e-SUS, no ano de 2018, excluindo os meses com férias, greve e dezembro (período da adaptação ao prontuário eletrônico) tivemos uma média de 357 atendimentos médicos por mês (BRASIL, 2019). Harzheim et al. (2012), ao avaliarem o quantitativo de consultas realizadas por médico na cidade do Rio de Janeiro em 2012, encontraram uma média de 153 consultas por mês para cada profissional, sendo o número de 221 consultas/mês dentro do percentil 75 da sua amostra. Em comparação com estes dados, vemos que a quantidade de consultas médicas da equipe é bem alta.

Cabe ressaltar que nesse período o prontuário eletrônico não estava implantado e que se utilizava da estratégia do “acesso facilitado” para os cadastrados na equipe. Esta estratégia consistiu em atender todos as pessoas cadastradas que chegassem até as 8 da manhã na USFJB nas segundas, quartas e quintas-feiras da semana, além de agendados e das urgências menores. Com a chegada do prontuário eletrônico a agilidade das consultas diminuiu e isso fez com que a quantidade de consultas caísse para 262 em dezembro do mesmo ano (Gráfico 21).

A grande peculiaridade desta equipe, o que a torna diferente da maioria das EqSF do Brasil é o fato de que **todos** os seus componentes são moradores do bairro em que trabalham. Apenas o médico não reside dentro do território da equipe 006, mas sua residência é na área de abrangência da USFJB.

Esses fatores dos processos de trabalho da USFJB não só influenciaram a seleção da amostra como, possivelmente, as respostas das pessoas. Porém, como o PCAT é transversal, sua análise depende de fatores intrínsecos ao momento da aplicação.

Assim, temos de considerar que no período da aplicação do instrumento a unidade de saúde estava em reforma de seu prédio. O período da reforma foi de 03/18 a 10/18 e esta foi feita com os atendimentos acontecendo dentro do mesmo prédio. Nesse período, algumas unidades de produção, como a sala de vacina, ficaram fechadas e algumas funcionalidades da equipe estavam restritas, como a sala de observação. Esse fator impedia da equipe 006 estivesse em seu pleno funcionamento no momento da avaliação.

Outro fator de confusão é que durante os dias de aplicação estávamos com a categoria médica em greve há um mês. Nesse período, o médico da equipe faz uma “greve parcial”, durante a qual as consultas agendadas de acompanhamento e atendimentos de urgência são mantidos. O motivo dessa atitude reside no entendimento de que alguns procedimentos da APS

são serviços de saúde essenciais para a população e não podem ser prejudicados por uma greve (Gráfico 21).

6.4 O CÁLCULO DA AMOSTRA

A escolha da amostra dos entrevistados foi baseada nessas características da equipe e da gestão da APS pela SMS.

Assim, considerando que há o direcionamento preferencial das crianças para o pediatra, optou-se por excluir este recorte etário. O instrumento disponível na versão reduzida era para a faixa etária mais atendida pela equipe e havia dados populacionais disponíveis para calcularmos com mais precisão o tamanho da amostra.

O consolidado de famílias cadastradas do SIAB (Figura 09 e Quadro 31) forneceu dados para a proporção estimada de adultos catalogados nas pastas-família da equipe 006. Mesmo defasado em 4 anos, este foi considerado, pois o quantitativo de famílias é relativamente estável devido ao não cadastramento de novas famílias pelos ACS.

Figura 9 – Dados populacionais da equipe 006 do SIAB 2015

Sexo	Faixa Etária (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino		31	43	101	224	229	965	388	208	296	2.485
Feminino	1	33	25	108	244	241	1.054	371	252	276	2.605
Numero de Pessoas	1	64	68	209	468	470	2.019	759	460	572	5.090

Fonte: SIAB (2015).

Quadro 31 – Quantitativo de maiores de 20 anos pelo SIAB de 2015

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	Nº DE PESSOAS
20-39	2019
40 a 49	759
50 a 59	460
>60	572
TOTAL	3810

Fonte: SIAB (2015).

De um total de 5090 pessoas temos 3810 maiores de 20 anos, isto é, aproximadamente, 75% da população assistida em 2015 tinha a idade de corte para nossa amostra.

Infelizmente, ao se analisar os consolidados de famílias do SIAB nos anos de 2005, 2009, 2010 e 2015, vemos que a variação populacional é muito pequena, provavelmente, devido à saturação do sistema de cadastramento dos ACS e o desvio de função de duas delas da equipe 137. Assim, o número total de pessoas da ferramenta não consegue refletir o número exato de pessoas da equipe 006. Por este motivo, só podíamos considerar que as características da proporção de pessoas adultas, que se mostra crescente ao longo destes 15 anos. Dessa forma, podemos assumir que nossa população tem 75% de adultos, atualmente.

A USFJB desenvolveu uma estratégia própria para a localização rápida das “pastas-família” de seus usuários na ausência do seu cartão identificador. Todas as famílias cadastradas em “pastas-família” recebem de seu ACS um cartão identificador para facilitar à recepção encontrar seu documento. Isso possibilita o registro profissional longitudinal para fins da continuidade do cuidado.

A estratégia da recepção consiste em ter um caderno subdividido por cada microárea, que contém o número da pasta-família e o nome do responsável pelo domicílio. Caso a pessoa não esteja com o seu cartão identificador, a recepção pode através dessa lista encontrar mais facilmente a pasta.

Este cadastro é escrito a lápis para os ACS atualizarem rapidamente as trocas de pastas famílias e por isso são atualizados constantemente. Este registro da recepção da USFJB serviu de base para calcularmos aproximadamente o número de adultos atual (Quadro 32).

Quadro 32 – Quantitativo de famílias cadastradas na recepção e total estimado de pessoas com pasta família.

ÁREA	ACS	Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS	Nº APROXIMADO DE PESSOAS* (Nº DE FAMÍLIAS X 4)	% DA POPULAÇÃO TOTAL
I	JOZELMA	246	984	26,36 %
II	ZULEIDE	231	924	24,25%
V	VERA	198	792	21,22%
VIII	ADRIANA	258	1032	27,65%
Total	---	933	3732	100%

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

*O IBGE estima o número médio de pessoas em cada família no Brasil sendo de 3,34 pessoas por domicílio¹⁰¹.

Total estimado de pessoas com 20 ou mais anos = 75% de 3732 = 2799

Assim, considerando os dados do SIAB (Figura 27), que apontam que os adultos maiores de 20 anos representam 75% da população total, contabilizando o número de famílias de cada ACS pelo registro da recepção e considerando que cada família registrada tem uma média de 4 pessoas por domicílio, chegamos à estimativa que há 2799 adultos maiores de 20 anos cadastrados nas pastas-família da equipe 006.

Desses 2799 adultos maiores de 20 anos com pasta-família, considerou-se, no cálculo da amostra, que 66,6% é um escore bom para o grau de orientação à APS e que 33,4% igual a não. Considerando o erro relativo de 15% e o nível de confiança a 95%, o tamanho da amostra calculado pelo programa EPIDAT versão 4.2 foi de 304 pessoas. Ao observar no cálculo a possibilidade de 10% de não participação, chegamos em 331 pessoas cadastradas a serem sorteadas proporcionalmente de cada microárea.

O sorteio das pastas famílias foi distribuído proporcionalmente nas 4 microáreas, de maneira a termos uma distribuição homogênea da amostra de todo o território.

A coleta de dados foi realizada pelo aplicativo Kobotool® (KOBOTOOL, s.d.) e o banco de dados foi colocado no Excel.

Os resultados foram apresentados por meio de quadros e gráficos, por valores absolutos e relativos e estatísticas básicas.

Para realização do Alfa de Cronbach, foi usado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.

Análises com Quiquadrado, Teste t, Anova e ODDS foram realizadas pelo programa EpiInfo versão 7.2.2.16.

Para se realizar essa análise, agregamos os valores “Com Certeza Não” e “Provavelmente Não” como uma resposta negativa e os “Com Certeza Sim” e “Provavelmente Sim” como respostas positivas, as respostas “Não Sei” foram descartadas. Feita esta manobra, fizemos uma análise estatística bivariada para avaliar sua significância em relação às respostas dos afiliados ao serviço cotejadas às suas características socioeconômicas.

No quadro 33, vemos a divisão proporcional de cada microárea.

Quadro 33 – Número de pessoas a serem sorteadas em cada microárea

ÁREA	ACS	Nº DE PESSOAS (>20 anos)	PESSOAS A SEREM SORTEADAS
I	JOZELMA	738	87
II	ZULEIDE	693	82
VIII	ADRIANA	774	91
V	VERA	594	70
TOTAL	---	2799	331

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Como cada pasta-família pode apresentar mais que um adulto morando no domicílio, as pastas-famílias sorteadas que apresentavam essa característica tiveram sorteios subsequentes a ser feitos entre essas pessoas elegíveis, elencando uma ordem entre elas. Caso a primeira sorteada não realizasse a entrevista, podíamos tentar com a sorteada subsequente dentro do mesmo domicílio, até que se esgotem as possibilidades.

6.4.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Os critérios de inclusão foram:

- a) Ser morador maior de 20 anos cadastrado em pasta-família há mais de um ano por ACS;
- b) Ter capacidade de responder ao questionário.

Os critérios de exclusão foram:

- a) Não estar no domicílio no momento da entrevista;
- b) Estar visivelmente sob efeito de entorpecentes na hora da entrevista.

A esses selecionados foi explicado o conteúdo e a necessidade da assinatura do o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os que aceitaram de livre e espontânea vontade participar da pesquisa, assinaram as duas vias do TCLE, sendo uma para o entrevistador e outra para a pessoa pesquisada. (Anexo I). Apesar da coleta dos dados da pesquisa ter sido virtual o TCLE teve de ser impresso em duas vias para que ambas as partes ficassem com o documento físico em mãos.

Figura 10 – Pilha de TCLEs assinados para entrega aos entrevistadores.

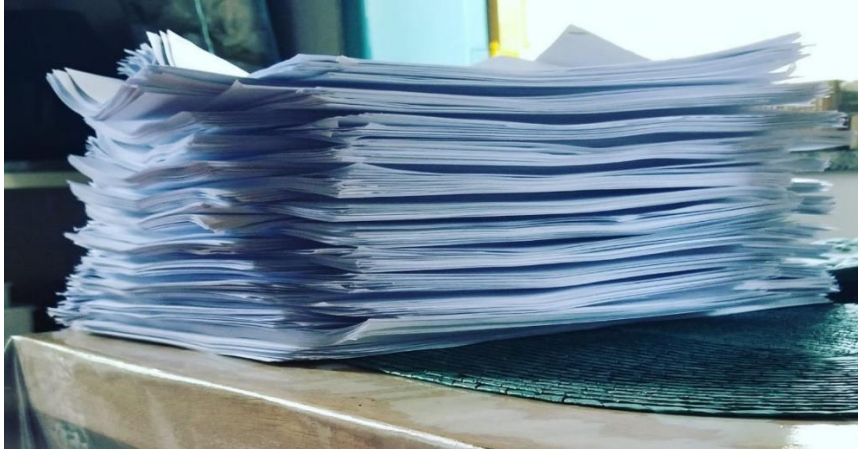


Figura 11 – Entrega dos TCLEs aos entrevistadores antes da dispersão.



6.4.2 O aplicativo Kobotoolbox

O KOBOTOOL® (KOBOTOOL, s.d.) é um aplicativo gratuito e de código aberto para coleta e análise de dados. Este é financiado pela Harvard Humanitarian Initiative e é disponível para celulares Android™. O Kobotool® foi desenvolvido para situações de crises humanitárias e permite que suas funcionalidades sejam utilizadas *offline*.

Este aplicativo foi utilizado para coleta das respostas dos entrevistados. O questionário do Primary Care Assessment Tool Versão Reduzida (PCATVR) foi transcrito para essa plataforma e as respostas foram armazenadas na forma do valor numérico correspondente para facilitar o cálculo dos escores e evitar erros de digitação. A assessoria ao uso do aplicativo foi de Lucas Graia que já tinha trabalhado com o aplicativo em outra pesquisa acadêmica.

Ao final de cada dia do trabalho de campo, havia uma reunião com o grupo de entrevistadores para realizar a entrega dos TCLES assinados e a transmissão *online* dos resultados das entrevistas.

6.4.3 Seleção dos entrevistadores

Os entrevistadores foram alunos de medicina voluntários da Universidade Federal de Sergipe (UFS) que não participaram de nenhuma atividade na USFJB antes do período das entrevistas.

Estes foram introduzidos à pesquisa, inicialmente, através de grupo de Whatsapp®, criado em 13/07/18, no qual foram explicados a razão da pesquisa, seu objetivo, o instrumento que seria utilizado, as condições de aplicação e foram esclarecidas algumas dúvidas.

Depois desse primeiro momento, foram marcadas duas reuniões presenciais explicativas realizadas em 22/07/18 e 04/08/18 na casa de uma das voluntárias.

Com os alunos escolhidos marcamos uma aplicação piloto em 18/08/18 pela manhã.

Figura 12 – Foto da reunião de 22/07/18 com os alunos voluntários.



Como ajuda de custo foi negociado que o almoço seria por conta do pesquisador e realizado em restaurante próximo do território estudado para evitar dispersão.

6.4.4 A aplicação piloto

A aplicação-piloto foi na área de atuação da equipe 137.

Cada aluno realizou 3 entrevistas. Para tanto, ele tinha de encontrar a casa do usuário e explicar o motivo da pesquisa e o compromisso do mesmo a assinar o TCLE para que a

entrevista fosse realizada. Tivemos uma presença de 15 (78%) dos entrevistadores nesse processo.

Após a aplicação-piloto, nos reunimos para o almoço para esclarecer dúvidas, relatar dificuldades, testar a coleta do Kobotool® e verificar quem aceitaria fazer parte da coleta oficial.

Uma das maiores dificuldades encontradas foi a localização dos endereços exatos dos moradores sorteados. A área da Zona de Expansão não tem um georreferenciamento oficial da prefeitura, com nomes de ruas confusos e uma numeração sem padrão. Esse fato já é conhecido pelos moradores do PAB pois não facilita a vida de pessoas que precisam encontrar os moradores como carteiros, oficiais de justiça, entrevistador de PCATVR, etc... A ajuda das ACS *in loco* não era possível, pois são parte da equipe avaliada e poderiam influenciar nas respostas dos usuários. Tivemos de buscar outra saída para esse problema.

Outra dificuldade concerniu às questões da afiliação. Essa parte do PCATVR conta com 3 perguntas que determinam o nome do profissional ou do serviço preferencial de uso do entrevistado e é a partir delas que se direcionam as outras 22 questões. Para solucionar esta dúvida relemos as orientações do manual de aplicação, principalmente o item “instruções para elucidar dúvidas quanto ao significado de algum item” da versão integral adulto (BRASIL, 2010).

6.4.5 Sorteio da amostra

O sorteio foi realizado por duas estagiárias que estavam fazendo seu internato na USFJB, Sanni Parente e Emanuelle de Andrade. Elas anotavam os nomes e endereços das pastas sorteadas e, com a ajuda dos ACSs e do médico, determinaram os pontos de referência, além de outras informações úteis, como a pessoa de referência da família sorteada e nomes sociais (apelidos) (Figura 31).

Um mapa no GoogleMaps® foi montado pelo coordenador para ajudar a orientar os entrevistadores, junto com uma lista dos sorteados. Fazendo o *download* do recurso de mapas *offline*, os entrevistadores poderiam acessá-lo sem necessidade da internet.

Figura 13 – Lista dos sorteados com endereços próximos e referências locais.

13	0.304	Rua 11, 113 Rua 11, 75	1. Marta Oliveira Santos, 36 2. Roberto Nascimento dos Santos, 30 3. Eduardo Nascimento de Andrade, 38	Coberto aj. sua	
13	0.308	Rua 11, 69	1. Eduardo Nascimento de Andrade, 38	Endereço errado do usuário	
13	0.83	Rua 11, 60	1. Egnívio Nilo de Nascimento, 54 (pai)	Moramos aqui	
14	0.82	Rua 11, 79	1. Gabriel Nascimento dos Santos, 36 2. José Roberto dos Santos, 67 3. Maria Alina de Nascimento Santos, 22 4. Carlos Roberto de Nascimento Santos, 36 5. Acilene Nascimento dos Santos, 44		339
15	0.81	Rua 11, 327	1. André dos Santos, 33 2. Roberto Milla dos Santos, 71		Márcia Prick 235 Roberto

46. II Rua 99, 500 Galpão Calçados da Maravilha 4 Paula família 129

Figura 14 – Victória entrevistando o usuário com o Kobotool®.



Figura 15 – Igor em busca de algum entrevistado na microárea I.



6.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO - A APLICAÇÃO DO PCATVR NO TERRITÓRIO

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da resolução nº466/2012 e foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas com certificado de apresentação para apreciação ética de número: 88300018.3.0000.5013, sendo aprovada em 11 de agosto de 2018.

A aplicação do instrumento ocorreu em dois fins de semana, devido à disponibilidade dos entrevistadores, em 25-26 de agosto e 1-2 de setembro de 2018, no período diurno.

Importante destacar que a aplicação do PCATVR ocorreu num momento de reforma da USFJB e nesse período os médicos do município de Aracaju estavam em greve havia 3 meses.

Em períodos de greve da categoria, o posicionamento pessoal do médico é de fazer uma “greve ativa”, comparecendo ao posto todos os dias para atender os casos de urgências e manter as receitas de remédios usados por paciente crônicos em dia para que estes não descompensem nesse período. O acesso assim fica restrito a estes casos prejudicando o usuário que não se encontra nestes grupos.

6.5.1 A distribuição dos entrevistados

Segundo nossa população de 2799 adultos maiores de 20 anos, foi estabelecido o sorteio de 331 pessoas para que tivéssemos ao menos 304 entrevistados. Foram coletadas 310 entrevistas distribuídas proporcionalmente nas respectivas áreas de atuação dos ACS da equipe 006.

Podemos ver no quadro 34, o resultado do trabalho do sorteio.

Quadro 34 – Resultado encontrado durante a realização do sorteio nas pastas famílias

ÁREA	SORTEADOS (% das pastas)	RECUSA	NÃO ENCONTRADO	REALIZADO	META
I	132 (53%)	1	035 (14%)	96	87
II	126 (54%)	6	058 (25%)	63	82
V	183 (92%)	6	122 (61%)	55	70
VIII	150 (58%)	7	066 (25%)	77	91
OUTRA	-	-	-	19	0
TOTAL	591 (63%)	20	215 (23%)	310	331

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

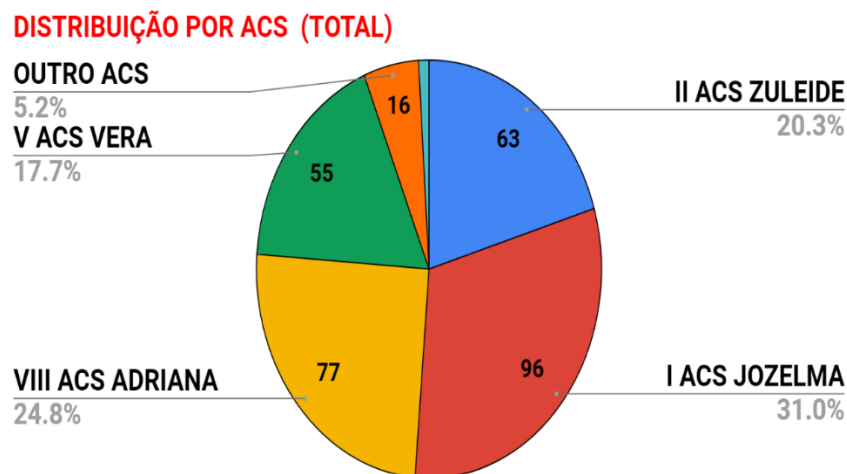
O sorteio da pesquisa levou as alunas a fazer uma auditoria indireta nas pastas-famílias da equipe 006, de modo que foram encontrados muitos problemas no registro dos prontuários.

A dificuldade de encontrarmos endereços ou pessoas que mudaram de casa e não foram retiradas dos cadastros obstou o alcance do número mínimo de sorteados elegíveis, fazendo com que nossa quantidade inicial de 330 pastas sorteadas fosse expandida para 591 pastas, de modo a chegar ao quórum necessário de sujeitos que responderiam ao inquérito.

A quantidade de recusa ficou dentro da faixa esperada (20 pessoas), porém o quesito “Não Encontrado” inclui as pastas em que não havia a pasta-família referida, o endereço da família não estava registrado corretamente ou não encontramos o local.

Mesmo assim, conseguimos ultrapassar a meta de entrevistados e tivemos uma distribuição homogênea nas microáreas. Todas as entrevistas foram realizadas no território da equipe e o tópico “OUTROS” se refere a pessoas que não sabiam quem era a sua ACS. Esses foram 5,2% dos entrevistados, o que demonstra um grande conhecimento dos entrevistados da ACS responsável pela sua respectiva área (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por ACS



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.5.2 Alfa de Cronbach

O coeficiente alfa de Cronbach é a estatística mais utilizada para medir a confiabilidade interna de um questionário e pode ser calculado por programas estatísticos (KAIS, 2019). Vemos abaixo a correlação entre o valor do alfa e a consistência interna do estudo avaliado.

Quadro 35 – Consistência Interna segundo os valores do alfa de Cronbach

VALOR DE ALFA	CONSISTÊNCIA INTERNA
$\geq 0,91$	EXCELENTE
0,90 A 0,81	BOM
0,81 A 0,71	ACEITÁVEL
0,71 A 0,61	QUESTIONÁVEL
0,61 A 0,51	POBRE
$\leq 0,51$	INACEITÁVEL

Fonte: Kais (2019).

As estatísticas básicas e o alfa de Cronbach para avaliar a confiabilidade do questionário foram calculadas pelo programa SPSS® versão 21.

Quadro 36 – Valores do Alfa de Cronbach calculados para a amostra

ENTREVISTADOS	QUANTITATIVO	ALFA DE CRONBACH
TODOS	310	0,81
AFILIADOS	254	0,805

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Com estes valores do Alfa de Cronbach, vemos que o quantitativo de entrevistados foi aceitável para as respostas dos afiliados e boa quando consideramos todos os participantes.

6.5.3 Perfil socioeconômico

Para complementar aos dados do PCATVR foi realizada uma pesquisa do perfil socioeconômico dos entrevistados. Este questionário incluiu 11 questões:

- Sexo;
- idade;
- raça
- anos de estudo;
- estado civil;
- identificação do ACS;
- vínculo trabalhista;

- renda familiar;
- número de moradores no domicílio;
- autoavaliação da própria saúde;
- detenção de plano de saúde.

Desses dados obtivemos dois tipos de perfis, o do total de entrevistados e dos afiliados, sem diferença estatística significativa entre eles.

6.5.3.1 Sexo

A amostra dos entrevistados se mostrou desproporcional entre os gêneros masculino e feminino, sendo bem superior o número de entrevistadas (Quadro 37). Gontijo et al. (2017) ao aplicar o PCATVR em Divinópolis/MG, obteve proporção semelhante com 80,7% de seus entrevistados sendo do sexo feminino, apesar de ter aplicado o questionário nos usuários que estavam em consulta nas USFs. Outros estudos aplicados na cidade de São Paulo (SALA et al., 2011) e em Sobral/ CE (CARNEIRO et al., 2014) também entrevistaram mais mulheres que homens.

Quadro 37 – Sexo do total de entrevistados.

SEXO	QUANTIDADE	%
FEMININO	217	70
MASCULINO	93	30
TOTAL	310	100

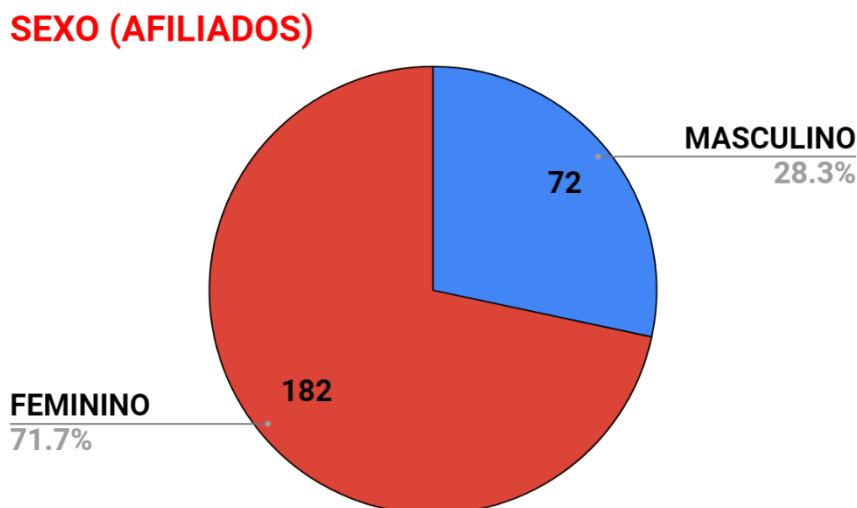
Fonte: elaborado pelo próprio autor.

A desproporção se mantém quando analisamos os dados dos afiliados, como mostra o gráfico 04.

Ao compararmos este resultado com os atendimentos médicos realizados de 01/03/17 a 31/12/18 na USFJB, verificamos que das 5894 consultas registradas no período, 4076 eram do sexo feminino, isto é, 69,1% das consultas médicas na equipe 006 eram de mulheres (BRASIL, 2019).

Isso demonstra que esse perfil feminino de entrevistadas pode refletir uma maior acurácia dos resultados. Sendo as mulheres as maiores frequentadoras da USFJB, estas devem conhecer melhor o funcionamento da unidade.

Gráfico 4 – Distribuição por sexo dos entrevistados afiliados à USFJB



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.5.3.2 Idade, escolaridade e número de moradores

Dos 310 entrevistados, vemos pelo quadro 38, que a idade média dos entrevistados foi de 42 anos. A idade mínima de 20 anos foi um dos critérios de inclusão para a amostra, sem limite máximo. O entrevistado mais velho tinha 85 anos.

Ao compararmos a faixa etária dos entrevistados com o perfil de utilização de consultas médicas fornecidos pelo e-SUS no período de 03/17 a 12/18 vemos que os maiores frequentadores das consultas são pessoas maiores de 20 anos, sendo 63% de pessoas entre 20 a 59 anos. Assim, a média de idade de 42 anos corresponde à faixa etária que mais frequenta as consultas médicas da equipe 006 (BRASIL, 2019). Isto demonstra uma correlação positiva para a seleção da amostra.

Quadro 38 – Perfil da Idade, escolaridade e quantidade de moradores por domicílio

PERFIL	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO
IDADE	42	20	85
ESCOLARIDADE	8,5	0	22
Nº DE MORADORES	3,44	1	8

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

A escolaridade medidas por anos de estudo medida foi um fator inédito a ser medido no PAB. Com ele vemos que a média foi de 8,5 anos, o que pode corresponder a uma maioria que conseguiu terminar o ensino fundamental. O SIAB, no consolidado de família cadastradas de 2015, indica que 91,5% dos moradores de 15 anos ou mais eram alfabetizados demonstrando uma possível correlação positiva entre os dados (BRASIL, 2015c).

O número de moradores por domicílio é um dado medido pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que em sua média nacional coloca que os municípios brasileiros apresentam 3,34 pessoas por domicílio (IBGE, 2010), sendo que nos dos entrevistados encontramos a média de 3,44 pessoas.

Quadro39 – Distribuição das consultas médicas por idade

IDADE (ANOS)	QUANTIDADE	%
1 – 14	444	7,53
15 - 19	390	0,6
20 – 39	1775	30,11
40 – 59	1956	33,18
60 ou mais	1329	22,54
TOTAL	5894	100

Fonte: Brasil (2019)

Gontijo et al. (2017), ao aplicarem o PCATVR, obtiveram média de idade de 47 anos em seus 384 entrevistados, demonstrando semelhanças no perfil de entrevistados.

6.5.3.3 Raça

A autodenominação da raça das pessoas apresentou em nossa amostra uma predominância de pessoas pardas. Comparando com o resultado estadual da pesquisa nacional por amostragem de domicílios contínua de 2017 do IBGE (2017), vemos que nossa população adscrita tem maior quantidade da raça preta e um pouco menos da raça parda e da branca em relação ao estado de Sergipe.

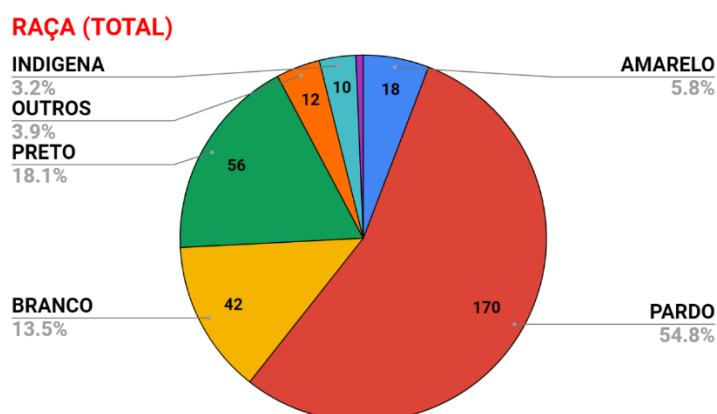
É digno de nota que a raça “amarela” que está relacionada com pessoas de ascendência chinesa ou japonesa tenha sido relatado por 18 pessoas. Sergipe é um estado com pouca migração asiática e, definitivamente, o PAB é um lugar que encontramos muito poucos descendentes.

Quadro 40 – Porcentagem da população de Sergipe quanto a raça autodenominada.

RAÇA	% DA POPULAÇÃO DE SERGIPE 2017
Branca	20,8%
Preta	7,4%
Parda	70,8%

Fonte: IBGE (2017).

Gráfico 5 – Autodeclaração da Raça na Amostra Total

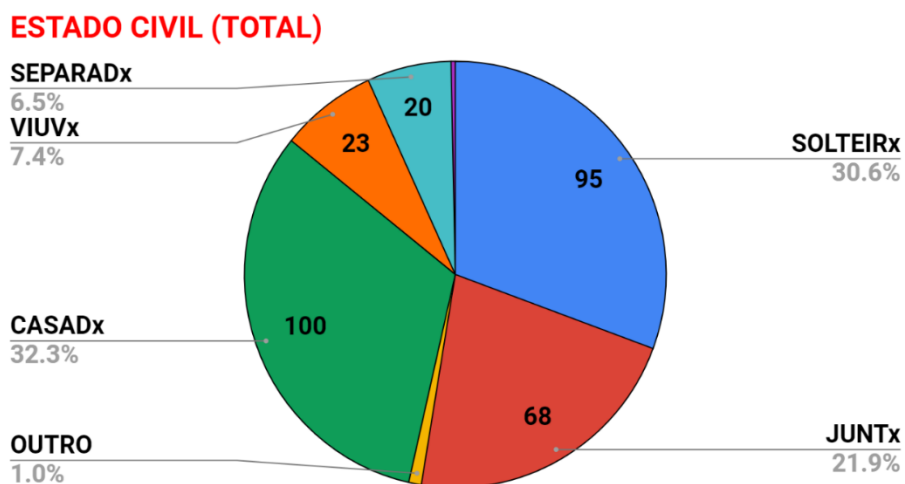


Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.5.3.4 Estado civil

Quanto ao estado civil de nossos respondentes, encontramos que a maior parte das pessoas (54,2%) vivem com seus cônjuges sejam eles oficiais ou não.

Gráfico 6 – Estado Civil na Amostra Total

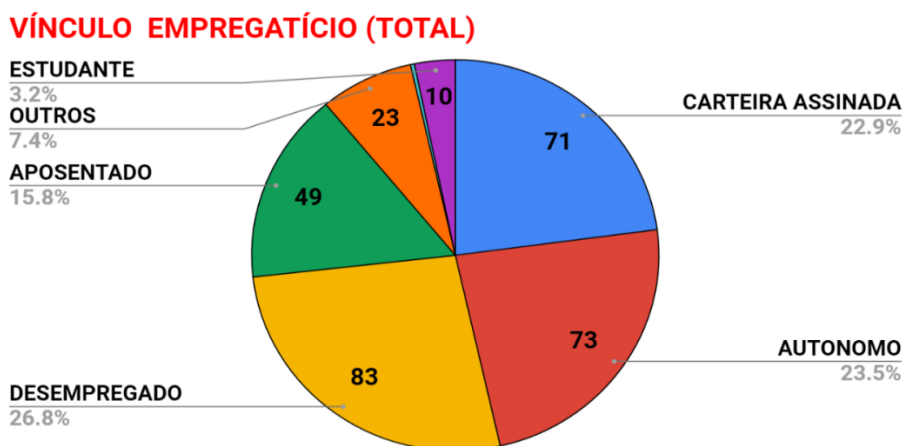


Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.5.3.5 Vínculo empregatício

Na figura 20, vemos a surpreendente taxa de desemprego dos entrevistados na amostra de 26, 8% de nossos afiliados. Segundo o IBGE no período do 3º trimestre de 2018, Aracaju tinha um índice de desocupação de 16,9% (IBGE, 2018).

Gráfico 7 – Vínculo Empregatício da Amostra Total



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Neste recorte, vemos que nossos usuários sofrem mais do que a média da cidade com a falta de emprego, o que pode gerar repercussões negativas na saúde da população e aumentar a taxa de utilização do serviço de saúde.

Outra observação no item é que temos 23,5% de autônomos. Disso podemos especular que aproximadamente um quarto das famílias de quem cuidamos não tem uma renda financeira que garanta um rendimento fixo mensal. Outro ponto negativo é a falta de acesso a algumas garantias trabalhistas como a possibilidade de adoecer e continuar recebendo o seu salário.

O atestado médico é um recurso muito utilizado pelo MFC na garantia da recuperação da saúde das pessoas que ele atende e não poder utilizá-lo é um limitador de possibilidades terapêuticas desse profissional.

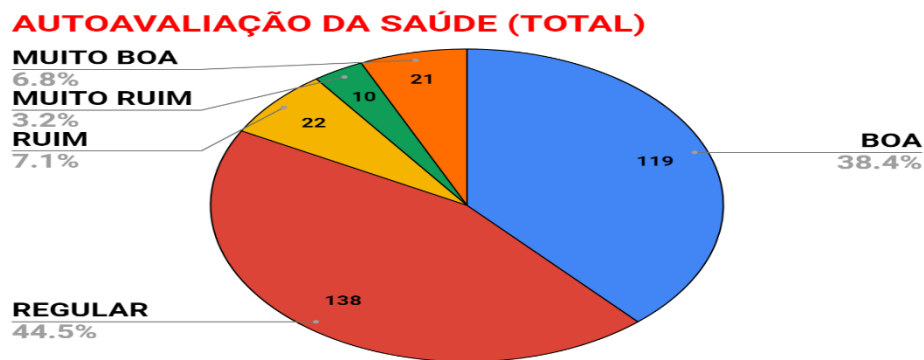
6.5.3.6 Autoavaliação da saúde

Neste tópico perguntamos às pessoas como avaliariam seu estado de saúde atual.

De nossa amostra total, observamos que 140 (45,2%) das pessoas classificaram seu estado de saúde entre “boa” e “muito boa” e apenas 32 (10,3%) se consideravam com a saúde “ruim ou “muito ruim” (Gráfico 8).

Comparando com a pesquisa nacional de saúde do IBGE de 2013, temos em Sergipe uma proporção de 58,6% de pessoas, maiores de 18 anos, referindo boa saúde (IBGE, 2014). Observado esse dado, podemos suspeitar que ou a saúde do povoado de Areia Branca é pior do que a média estadual ou que as condições de saúde da população pioraram neste período de 5 anos.

Gráfico 8 – Autoavaliação da saúde do total de entrevistados.



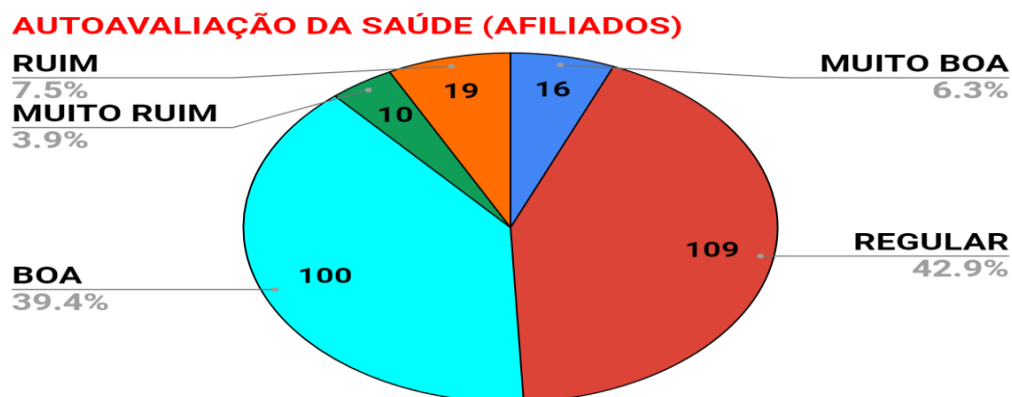
Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Comparando esse resultado com os dos afiliados à USFJB, não vemos grandes diferenças nas proporções (Gráfico 9).

Quanto aos afiliados, os que relatam saúde “boa” ou “muito boa” foram 116 pessoas (45,7%) e “ruim” ou “muito ruim” foram 29 (11,4%), não demonstrando qualquer relevância para a autoavaliação ser, ou não, afiliado à USFJB na análise multivariada. Isso nos mostra que estar afiliado nem melhora, nem piora a sua percepção sobre a sua saúde

Sala et al. (2011), em 2007, também encontraram em sua pesquisa a quantidade de 12% de sua população referindo estado de saúde ruim, podendo indicar uma tendência dos usuários de USFs de ter essa percentagem da população com essa percepção. Os dados consolidados do IBGE não apresentavam essa dimensão para comparação dos dados (IBGE, 2014).

Gráfico 9 – Autoavaliação da Saúde Afiliados



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Pelo e-SUS, temos no período de 01/03/17 a 31/21/18 um total de 5894 consultas médicas⁷⁶. Desses atendimentos, foram computados 7018 códigos da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP).

O e-SUS permite até 2 códigos por pessoa se houver necessidade. Encontramos a taxa de 1,19 códigos por consulta neste período. Isso, demonstra que nem sempre nas consultas médicas realizadas se consegue focar em apenas uma queixa por pessoa. Isso pode ser um reflexo da aplicação do MCCP que pretende avaliar a pessoa como um todo e com todas as suas queixas.

Os 10 códigos mais encontrados neste período são mostrados a seguir.

Quadro 41 – Os 10 mais atendimentos médicos mais frequentes na equipe 006.

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

CIAP	QUANTIDADE
1. T29 – Sinais e Sintomas endócrinos	646
2. P74 – Distúrbio Ansioso	387
3. L03 - Sinais e Sintomas da Região Lombar	261
4. K85 - Pressão Arterial Elevada	247
5. P72 – Esquizofrenia	187
6. W78 – Gravidez	152
7. L86 – Síndrome Vertebral com irradiação da dor	145
8. Z08 – Problema relacionado com o Sistema de Segurança Social	142
9. R78 – Bronquite Aguda	128
10. N01 – Cefaléia	122

Disparadamente temos “Sinais e Sintomas Endócrinos” (T29) como a situação mais atendida. Neste elemento está incluído o Diabetes Mellitus, que é uma condição crônica em que se necessita de acompanhamento de longo prazo, gerando muitas visitas ao médico para a mesma pessoa.

Em segundo lugar, temos os distúrbios ansiosos, o que aponta para uma sensibilidade da equipe para acolher os casos de saúde mental e demonstra uma alta prevalência na nossa população. Taxas alta de desemprego ou condições precárias de trabalho podem contribuir com esta situação.

As dores lombares na terceira posição nos mostram que, com as características laborais de nossa população, constituída principalmente por trabalhadores braçais autônomos (domésticas e trabalhadores da construção civil), este seria um resultado já esperado. Apesar desse terceiro lugar, caso considerássemos o item 07, a “Síndrome Vertebral com Irradiação da Dor” (L86), que tem, na maioria das vezes, em sua sintomatologia os “Sinais e Sintomas da Região Lombar” (L03), teríamos um total de 406 atendimentos, estando os problemas lombares em segundo lugar na nossa estatística.

Isso demonstra o quanto a problemática do tratamento da dor é muito comum em nosso meio e que a equipe tem acolhido este tipo de problema enquanto quadro agudo (L03) e crônico (L86). Para as dores em geral, a equipe ter em seu quadro um médico acupunturista possibilita se dispor de um leque maior de caminhos para o controle algico. Isso permite ao usuário dispor de mais recursos que usualmente a APS aracajuana oferece, isto é, o trinômio remédio-exame-encaminhamento.

Mesmo a equipe 006 se esforçando para não atender apenas as ações programáticas como Diabetes, Hipertensos e Gestantes ainda temos uma grande demanda nessas áreas correspondendo a 14,89% de nossos diagnósticos. Quadros de saúde mental, dor, bronquite e “problemas com a segurança social” foram 19,54% dos diagnósticos deste universo de 7018 códigos de CIAP.

Desses valores podemos supor um relativo equilíbrio entre as ações programáticas e outros tipos de necessidade de saúde. Porém, no mesmo período, foram registradas no e-SUS 4049 (68%) de “consultas no dia” e 1763 (29,9%) “consultas programadas”, demonstrando que a maior parte das consultas do médico corresponde a atendimentos avulsos e as “urgências menores” da APS⁷⁶. Disto concluímos que o médico não prioriza as ações programáticas em relação às outras necessidades de seus usuários.

De julho a agosto de 2012, com dados colhidos em instrumento próprio do médico da equipe para avaliar sua produção à luz do CIAP, encontramos 618 registros de consultas. Nele temos como as cinco condições mais prevalentes:

1. T90 – Diabetes não- insulino dependente (50 entradas)
2. K86 – Hipertensão sem complicações (43 entradas)
3. P74 – Distúrbio Ansioso (26 entradas)
4. D87 – Alteração Funcional do estômago (16 entradas)
5. L03 – Sinais e Sintomas da região Lombar (14 entradas)

Comparando com os dados de 2018, vemos que há pouca diferença entre a prevalência dos diagnósticos das consultas neste intervalo de 6 anos. Isso demonstra que a USFJB se comporta como todo serviço de APS onde encontramos os problemas de saúde mais frequentes (simples ou complexos) (TAKEDA, 2004). Obviamente, há prevalências locais, porém, a maioria dos problemas comuns se repete para qualquer tipo de população com pequenas diferenças e, por isso, que o MFC não precisa saber de todos os pormenores de todas as doenças. O bom MFC deve saber lidar com as doenças mais prevalentes da população e da sua comunidade.

Esses dados dialogam com os atributos acesso e integralidade, pois indicam que há um esforço da equipe em oferecer uma APS abrangente e uma carteira de serviços ampla (Quadro 20). Nunca é demais lembrar que oferecer um serviço de APS abrangente é sinônimo de qualidade.

Figura 18 - Registro em formulário próprio do CIAP pelo Médico da equipe em 2012.

TABELA CIAP

DIA: 6/7/12 TURNO: MANHÃ / TARDE

NR	ÁREA	PASTA	MARCAÇÃO		SEXO			ID	MOTIVO	ANÁLISE	PROCEDIMENTO
			A	M	M	F					
1	II	22	x					54	E50, K60, L03	R73, A91, L64	E34, E41, E35, E36, E37
2	IV	117	x					52	P06	221, P24	P50, P63, 745
3	IX	81	x					16	R21	R76	R50
4	IX	73	x					41a	S02	S74	S34, S33
5	IX	27	x					22a	RDS, A11, D02	R73, DR7, A85	R50, R45, R62
6	VIII	168	x					55a	A13	R25	R45, T50
7	III	121	x					39	T63, T24	T90	T45, T50
8	II	51	x					53	R63	R21, R95	R50, R45, R63
9	II	176	x					34	D63, R21	D96, P205, P76	P45, P50, P45
10	VII	176	x					62a	T63	T90, A20	T45, T63, T60, A45
11	II	26	x					6a	D60	D60	D45
12	II	24	x					40	D63	U28, E86	U45, R50
13	VII	184	x					7m	L63, S06	L86, S72	S50, S45, L45
14	VI	84	x					2a	A03	R074	R50
15											
16											
17											
18											
19											

6.5.3.7 Plano de saúde

Da lista de pacientes cadastrados na equipe 006 se mostrou importante saber quantos desses têm planos de saúde para conhecer o quantitativo de pessoas com possibilidade de acesso a serviços privados de saúde.

Esta variável já era avaliada pelo consolidado de famílias cadastradas do SIAB e a falta de cobertura de um plano de saúde era definida como “SUS-dependência”. No quadro 42, podemos ver os valores encontrados nos impressos de um período de 10 anos.

Quadro 42 – Pessoas cobertas com plano de saúde cadastradas pelo SIAB

ANO	Total de pessoas cadastradas	Quantidade de pessoas	% cobertura por plano de saúde	SUS-dependência
2005	3908	284	7,27%	92,73%
2009	4534	234	5,16%	94,84%
2010	5018	312	6,22%	93,78
2015	5090	379	7,45%	92,55%

Fonte: Brasil (2005; 2009; 2010a; 2015c).

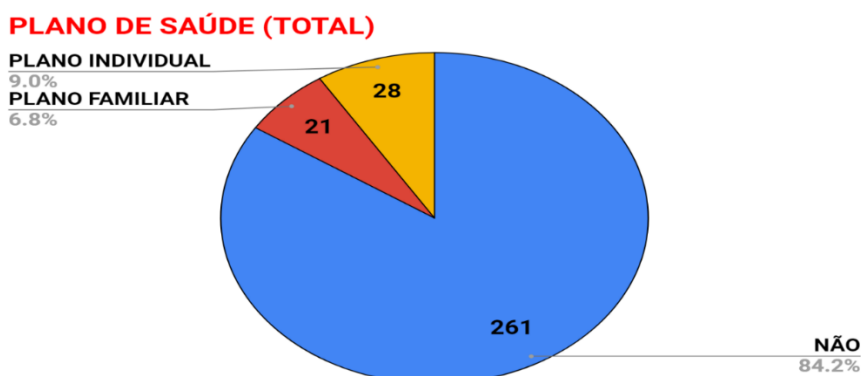
A SUS-dependência do PAB sempre foi alta: a média destes anos medidos pelo SIAB foi de 93,47% da nossa população.

Na amostra total, vemos que 261(84,2%) pessoas não possuem plano de saúde. Apesar de estarmos abaixo da média de “SUS-dependência” do SIAB, ainda podemos considerar alto o número de pessoas não cobertas nas nossas pastas-famílias (Gráfico 10).

Uma possibilidade a se considerar dessa diferença percentual é a metodologia utilizada, pois nesta pesquisa não só avaliamos se a pessoa entrevistada tem plano de saúde, mas se o seu plano engloba sua família.

Ao observamos no gráfico 11, no qual só avaliamos os afiliados da USFJB (N=254) vemos que a taxa da SUS-dependência se aproxima dos dados do SIAB com 91,7% (233).

Gráfico 10 – Número de pessoas entrevistadas cobertas com plano de saúde.



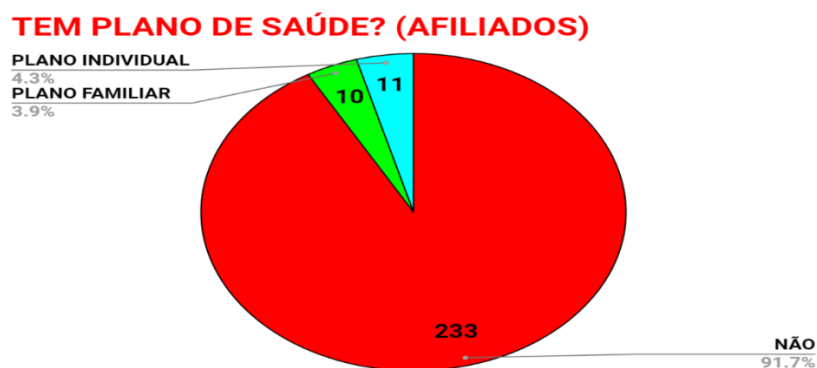
Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Interessante observar que 21 (8,2%) dos entrevistados são afiliados mesmo tendo plano de saúde, mostrando que a APS oferecida pela USFJB tem alguma serventia para essas pessoas de maneira a se manterem afiliadas à nossa equipe.

A ausência de um serviço de APS na maioria dos planos de saúde, a disponibilidade de medicamentos gratuitos para doenças crônicas, exames e procedimentos não cobertos pelo plano e oferecidos pelo SUS, vacinação, etc. podem ser alguns dos motivos para este uso.

Não podemos de deixar de considerar a questão da acessibilidade geográfica, pois o posto fica acerca da moradia dessas pessoas. Os ambulatórios da maioria dos planos de saúde acabam por ser sediados na parte central da cidade que fica ao menos a 15 quilômetros de distância do povoado envolvendo a necessidade do uso de algum tipo de transporte e de um gasto maior de tempo para acessar o mesmo.

Gráfico 11 – Número de afiliados cobertos com Planos de Saúde.



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.5.4 Primary care assessment tool versão reduzida

Após as 15 perguntas que definiram o perfil socioeconômico da amostra, o aplicativo iniciava as perguntas do PCATVR.

Por ter sido aplicado no domicílio das pessoas entrevistadas, pudemos calcular a afiliação destes à USFJB.

Esta é definida pelas 3 primeiras perguntas que estabelecem qual o serviço ou profissional será a referência para as outras 22 perguntas. Estabelecida a afiliação da pessoa a um serviço/profissional, conseguimos calcular o grau de orientação à APS segundo a percepção do entrevistado.

6.5.4.1 Afiliação

As primeiras 3 questões do instrumento são para definir qual serviço de saúde (ou profissional) a pessoa utiliza com mais frequência para resolver suas necessidades primárias de saúde. Delas definimos o nome do serviço ou do profissional mais responsável pelo cuidado da saúde dessa determinada pessoa. Este item faz parte do atributo longitudinalidade, mas, no PCAT, é calculado independentemente dele. Por essa razão, seu valor é adicionado no cálculo do escore geral da APS.

As três questões são:

1. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? Se sim, qual é o seu nome?
2. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? Se sim, qual é o seu nome?
3. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? Se sim, qual é o seu nome?

Através do algoritmo descrito em 2.4.2, chegamos ao serviço ou profissional de afiliação da pessoa. Mesmo a pessoa não estando afiliada ao serviço de nosso interesse em avaliar, o questionário continua e há a avaliação de onde ela se sente afiliada.

No gráfico 12, vemos os resultados encontrados na afiliação de todos os nossos entrevistados.

Apesar de todas as 310 pessoas estarem cadastradas nas pastas-famílias da equipe 006, esses valores nos mostram quantos dos entrevistados veem a USFJB como a referência de serviço de APS para elas.

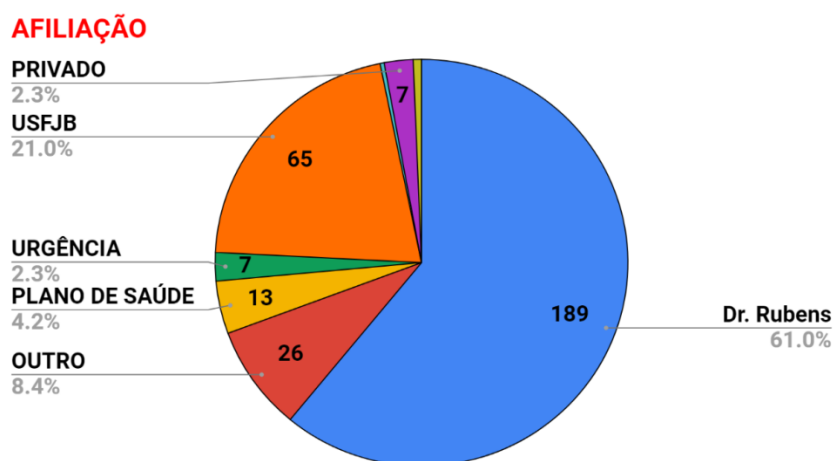
Do total de entrevistados, 189 (61%) estão afiliados ao “Dr. Rubens”, o médico da equipe 006, e outros 65 (21%) à USFJB, onde a equipe está lotada, o que contabiliza 254 pessoas (82%) do total.

Isso demonstra que a maioria de nossos entrevistados vê a USFJB e seus profissionais como a sua referência em APS.

Outros profissionais da USFJB foram citados na pergunta A2. A enfermeira da equipe 006 há 4 anos, Mayra Suzana, apareceu 1 vez, mas foi computada como USFJB pelas regras do item.

Médicos que trabalharam na equipe 137 como o Dr. Felipe (citado 3 vezes) e o atual Dr. Gerson (citado por apenas 1), entraram na contagem da USFJB devido aos critérios de seleção utilizados. A afiliação a esses profissionais pode ter ocorrido por atenderem pessoas da nossa equipe em momentos de folgas e férias. Outra razão plausível para essa afiliação é que há um acordo entre as equipes, segundo o qual caso uma pessoa não queira ser atendida pelo médico da sua equipe, pode solicitar seu acompanhamento pelo médico da outra área. Um possível motivo para a menção do Dr. Gerson é pelo fato do médico da equipe 006 estar em greve durante a aplicação da ferramenta e por ter vínculo empregatício distinto, ele não participou do movimento.

Gráfico 12 – Definição do serviço ou profissional afiliado dos entrevistados



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

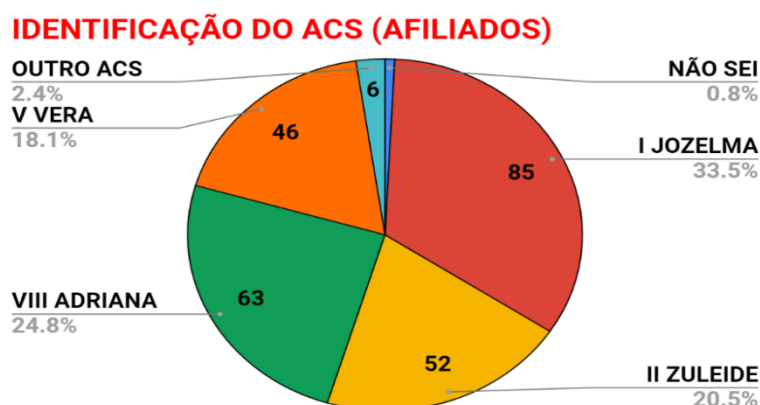
Desse resultado vemos que 56 (18%) dos entrevistados, mesmo estando cadastrados em nossas pastas-família, se sentem afiliados a outros serviços. Nem todos estão, necessariamente, vinculados a um plano de saúde (4,2%), já que temos somente 49 pessoas que têm plano

(Gráfico 10) e apenas 13 se afiliaram a este dispositivo. Há pessoas afiliadas a médicos privados, aos serviços de urgências médicas públicas e a outros profissionais e serviços.

Ao calcularmos a afiliação do serviço que se deseja avaliar se consegue separar as pessoas que não veem o USFJB como a sua APS de referência de maneira a não alterar a sua avaliação por desconhecimento por falta de uso.

Uma evidência de que os afiliados conhecem o seu serviço está representada no gráfico 13. Nele temos um quantitativo de apenas 1 pessoa afiliada que não sabe quem é seu ACS e outras 6 que referiram outro nome que não era componente da equipe 006, quantitativo este que corresponde a apenas 3,2% do total de afiliados. Em comparação com o total de entrevistados, (Gráfico 03), que agrega 19 pessoas (6,1%) nessas mesmas condições, podemos concluir que a grande maioria dos afiliados tem algum grau de contato com seus respectivos agentes e isso reforça que essa parte da amostra conhece melhor o serviço do que os não afiliados.

Gráfico 13 – Identificação de seu ACS das pessoas afiliadas.



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.5.4.2 O grau da orientação para a APS da equipe 006

Ao definirmos os afiliados da amostra, que são 254 pessoas, é possível calcular o grau da orientação da APS da equipe 006.

Este cálculo foi feito seguindo os critérios do manual de aplicação do instrumento de avaliação da atenção primária (BRASIL, 2010) e foi descrito na seção 2.4.2.

O escore geral obtido pelo PCATVR é o grau de orientação para APS de um serviço de saúde.

Para o cálculo do escore geral se assumiu que todos aqueles que responderam “Não Sei”, “Com Certeza Não” ou “Provavelmente Não” na questão E6 não estariam aptos a

responder as questões E10, E11 e E13. Ou seja, a resposta seria “9” nesses três itens, sendo esta resposta maior que 50% dos componentes do atributo, faz com que o mesmo seja excluído do cálculo do Escore Geral.

O resultado obtido neste estudo foi de 6,85 de escore geral para APS da equipe 006. Sendo o menor valor obtido de 0,8 e o maior de 10.

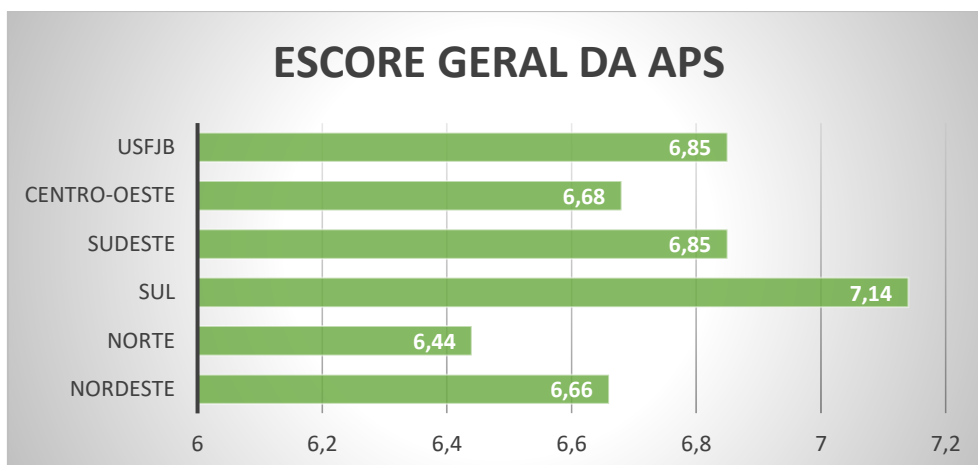
Desses afiliados, 147 (57, 87%) classificaram a equipe com um bom grau de orientação. Pelo manual, valores maiores que 6,66 indicam uma boa presença de APS e isso nos mostra que, através do PCATVR, a equipe 006 apresenta uma boa orientação para a APS (BRASIL, 2010).

No ano de 2018, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) financiou um grande estudo que avaliou, à luz do PCAT, as equipes da ESF nas 5 regiões brasileiras. Essa pesquisa apresentou algumas semelhanças com esta ao entrevistar mais mulheres (75,8%), pessoas pardas (52,9%) e pessoas com escolaridade média de 7,3 anos de estudo; porém as entrevistas foram realizadas dentro das USF, em consultas agendadas, o que pode influenciar positivamente o escore geral da APS (RECH et al. 2018) (Gráfico 14).

Com esses dados, podemos ver que, em relação ao escore da região Nordeste (onde Aracaju se situa), temos uma ligeira vantagem em relação à orientação à APS. Superamos o resultado da região Norte e Centro-Oeste, empatamos com o Sudeste e estamos atrás apenas da região Sul.

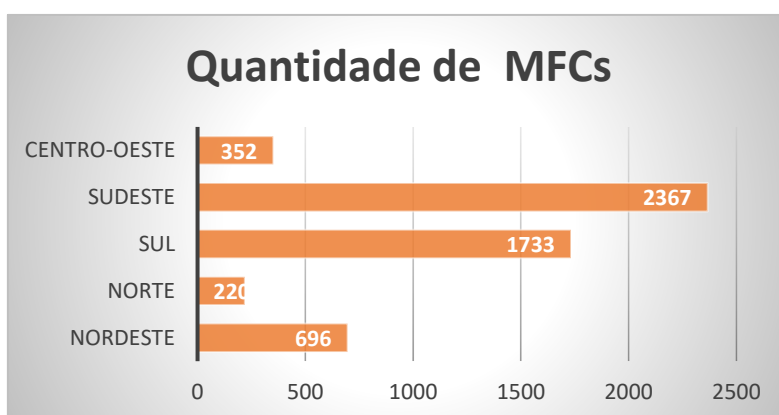
As Regiões Sul e Sudeste são as regiões que têm as maiores concentrações de especialistas em MFC, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) (SCHEFFER et al., 2018) (Gráfico 15). Nessas regiões, se concentram os polos de formação mais antigos do Brasil, como o Rio de Janeiro e Porto Alegre. Nesta última cidade, a Unidade Sanitária Escola Murialdo e o Grupo Hospitalar Conceição são os centros formadores de MFCs mais antigos e tradicionais do Brasil (FALK; GUSSO; LOPES, 2019). No Rio de Janeiro, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro é a pioneira deste estado.

Gráfico 14 - Escore geral da APS pelos usuários nas 5 regiões do Brasil.



Fonte: Rech et al. (2018).

Gráfico 15 – Quantidade de MFC por região do Brasil segundo o CFM



Fonte: Scheffer et al., 2018.

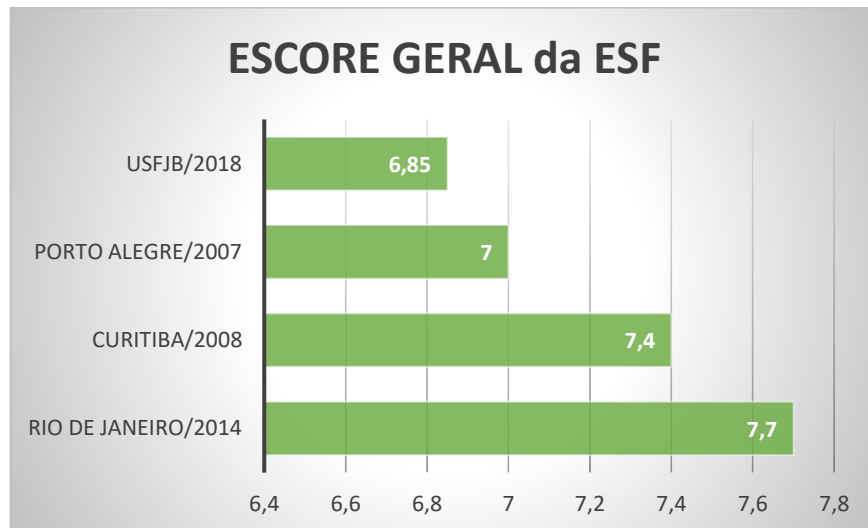
O PCAT foi aplicado em 3 capitais brasileiras das regiões Sul e Sudeste. Neles encontramos valores superiores ao nosso resultado, porém, com a diferença na metodologia de ter sido aplicada nos profissionais (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013) (Gráfico 16). Todos eles compararam as suas equipes da ESF com outros modelos encontrando superioridade da orientação para APS nas primeiras.

Em Divinópolis/MG, se aplicou o PCATVR em usuários nas unidades de saúde e se obteve um valor de 5,8 de orientação (GONTIJO et al., 2017). Entretanto, esse estudo calculou o escore geral sem a diferenciar as equipes da ESF e do modelo tradicional, o que pode ter comprometido o resultado para as EqSF, por este motivo não incluímos o resultado deste estudo no gráfico 16.

As avaliações de escore geral pelos profissionais são sempre maiores que as dos usuários, talvez pelo desconhecimento do usuário de alguns dos serviços ofertados ou, no caso dos profissionais, por estes sobrestimarem o seu próprio serviço.

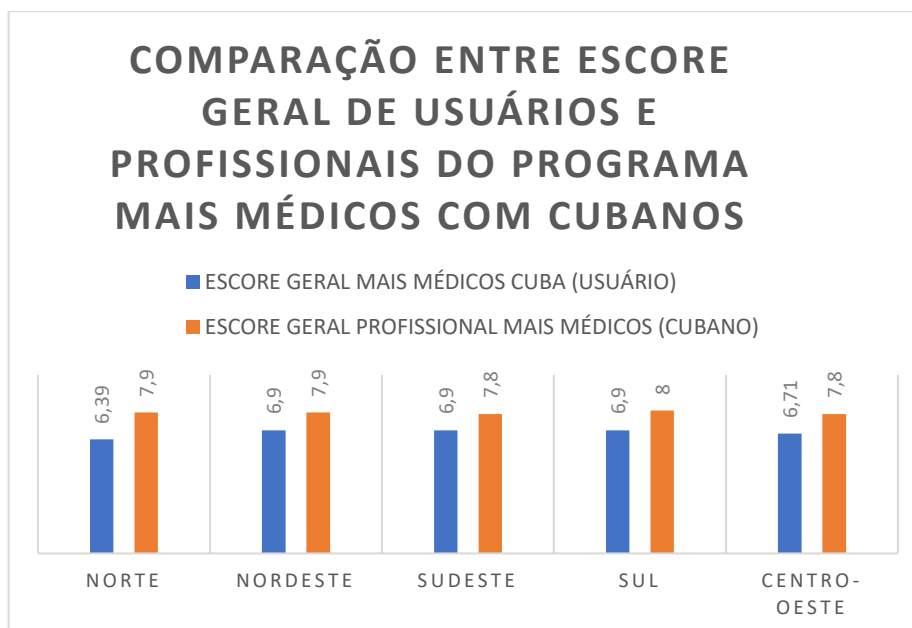
O estudo com o PCAT realizado pela OPAS que, também, serviu para se comparar os escores dos profissionais médicos cubanos do Programa Mais Médicos com os resultados dos usuários que recebiam o seu serviço. Ao compararmos as duas respostas, vemos claramente a diferença de pontos de vistas através das avaliações (RECH et al., 2018) (Gráfico 17). Ao compararmos nosso resultado com as avaliações dos usuários dos médicos cubanos é possível dizer que ficamos tecnicamente empatados, os maiores resultados obtidos foram nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste de 6,9.

Gráfico 16 – Escore Geral em 3 capitais brasileiras e na USFJB.



Fonte: Castro et al. (2012), Chomatas et al. (2013) e Harzheim, Lima e Hauser (2013)

Gráfico 17 – Comparação entre o Escore Geral do usuário e do profissional.



Fonte: Rech et al. (2018).

É possível observar claramente essa diferença nos dois tipos de avaliação, mostrando que nosso resultado deve ter seguido esta tendência. Elias et al. (2006) e van Stralen et al. (2008) também observaram diferenças na avaliação de profissionais e gestores comparados com os usuários. Harzheim et al. (2016), em estudo de 2014, onde aplicaram o PCAT a usuários adultos na cidade do Rio de Janeiro obteve escore geral de 5,73 sendo menor que o resultado da aplicação a profissionais de 2012 (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013) (Gráfico 16).

A pesquisa em que o valor do escore geral mais se relaciona com o nosso resultado é a da OPAS e a de Harzheim et al. (2016), por terem sido realizadas com usuários, apesar da diferença deste estudo ter sido realizada no domicílio do usuário e não na unidade de saúde.

No caso do estudo realizado na capital fluminense, que obteve o maior escore geral entre todos os estudos apresentados (Gráfico 16) e, segundo o qual, a maioria de suas equipes recebeu o conceito “Muito Bom” no 3º ciclo do PMAQ, podemos ver que muito provavelmente isso é o resultado de uma política de saúde voltada para o fortalecimento da APS, como a que ocorreu de 2008-2016 neste município ((HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; IBGE, 2018). Apesar desta política importante aos olhos dos usuários, em 2014, os serviços de saúde desta cidade ainda não conseguem oferecer um serviço bem orientado para a APS (HARZHEIM et al., 2016).

Apesar da cidade de Aracaju não ter nesses anos uma política de saúde com ênfase na APS, a equipe 006 conseguiu uma boa avaliação de seus afiliados e consegue ser compatível com os melhores serviços oferecidos no Brasil.

6.5.5 Avaliação por item do PCATVR

Apesar da limitação do PCATVR de não ser validado para o cálculo dos escores de cada atributo, o questionário de 23 perguntas permite uma avaliação das respostas de nossos afiliados. Esses dados contribuem para a equipe 006 compreender, com base em cada item, como o usuário enxerga nosso serviço, apesar das limitações de algumas perguntas.

Dessa maneira iremos avaliar as respostas dos 254 afiliados por pergunta, à luz do conceito de cada atributo, refletindo sobre as estratégias utilizadas pela equipe ao longo desses 20 anos e com as evidências científicas disponíveis sobre cada item.

Todas as respostas estão abreviadas, conforme o quadro 43:

Quadro 43 – Abreviações utilizadas nos gráficos

RESPOSTA PADRÃO LIKERT	ABREVIÇÃO NOS GRÁFICOS
Com Certeza Sim	CC SIM
Provavelmente Sim	PROV SIM
Com Certeza Não	CC NÃO
Provavelmente Não	PROV NÃO
Não Sei/ Não Lembro	NÃO LEMBRO

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

6.5.5.1 Acesso de primeiro contato

Este atributo é dividido em dois componentes (B e C), sendo que o primeiro avalia a “Utilização do Serviço” e o segundo, o “Acesso de Primeiro Contato”. O primeiro tem apenas uma pergunta (B2) enquanto o segundo tem duas, C4 e C11. A C11 é uma das perguntas em que se inverte o valor de Likert devido ao fato da resposta negativa ser mais favorável à equipe, procedimento este recomendado pelo manual (BRASIL, 2010).

Este é o item em que estudos brasileiros têm os piores resultados devido ao componente “Acesso de Primeiro Contato”.

O PCAT é um instrumento internacional e assim se pauta por um padrão do componente que considera o acesso à APS por diferentes vias de comunicação, como o telefone e o funcionamento do serviço em períodos noturnos e nos fins de semana.

Em 2012 no Brasil, a APS funcionava apenas em dois turnos em 84% das unidades, sendo que 90,7% delas oferecendo 5 dias de atendimento na semana. Em Aracaju, 100% das

USF funcionavam em 2 turnos e nos 5 dias da semana (BRASIL, 2015a). Isso nos mostra que a maior parte de nossa ESF não consegue oferecer atendimentos fora do período diurno e dos dias úteis. Nesses últimos 6 anos que distam desta pesquisa, pouca coisa mudou em relação a algum incentivo por parte do governo federal para mudar esta realidade.

Nos estudos que calcularam o escore do Acesso, todos apresentaram avaliação abaixo de 6,66. Isso demonstra a fragilidade do acesso de nossa APS por termos um modelo de acesso restrito segundo os padrões internacionais (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; HARZHEIM et al., 2016; RECH et al., 2018; ELIAS et al., 2006, VAN STRALEN et al., 2008; OLIVEIRA, 2007; SILVA et al., 2014).

Há diversos fatores que atrapalham o atributo Acesso de ser bem avaliado. Paula et al. (2016) fizeram uma revisão integrativa internacional sobre estes fatores que servem para uma reflexão dos problemas que encontramos no Brasil e na USFJB (Quadro 44).

Dos itens presentes no quadro 44, a USFJB deixa a desejar nos seguintes aspectos: na sua estrutura, horário de funcionamento, falta de contato telefônico organizado para este tipo de atendimento, tempo de espera para quem retira uma ficha pela manhã, dificuldade para agendamento de consulta e de encaminhamento a outros serviços.

Diversos modelos para se garantir o acesso das pessoas à unidade já foram utilizados pela USFJB, a saber, acolhimento individual, acolhimento coletivo, acesso avançado e as famigeradas “fichas”, ou melhor, vagas para o atendimento no mesmo dia.

Dentre eles, o modelo utilizado atualmente pela equipe 006 é um amálgama dos modelos fichas diárias, acolhimento coletivo e acolhimento das urgências menores.

Quadro 44 – Fatores que interferem no atributo acesso

<p>ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA OU ORGANIZACIONAL</p>	<p>FAVORECE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presença de ESF 2. Atendimento Domiciliar 3. Acolhimento ou Receptividade 4. Horário de Funcionamento 5. Equilíbrio Entre Atendimento da Demanda Espontânea e Programada 6. Oferta de Contato Telefônico 7. Enfermeira No Local
<p>[ESTRUTURA]</p>	<p>DESFAVORECE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Dificuldade de Transporte 9. Localização Geográfica 10. Condições Estruturais 11. Tempos de Espera 12. Ausência de Enfoque Cultural e Econômico 13. Oferta Restrita 14. Dificuldade para Agendamento Da Consulta 15. Idade de Prestadores de Serviços 16. Acordos Políticos
<p>ACESSO FATORES INDIVIDUAIS</p>	<p>FAVORECE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 17. Considerarem um Bom Serviço 18. Disponibilidade à Informação 19. Gratuidade
<p>[DESEMPENHO OU UTILIZAÇÃO]</p>	<p>DESFAVORECE</p>	<ol style="list-style-type: none"> 20. Interrupções de Seguros 21. Linguagem e Comunicação 22. Dificuldade de Encaminhamento a Outros Serviços 23. Falta de Confidencialidade e Confiança 24. Condições de Saúde do Usuário 25. Características Sociodemográficas dos Usuários 26. Mudança Frequente de Residência 27. Obrigações de Emprego 28. Responsabilidades Familiares

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

O Acolhimento Coletivo consiste na escuta inicial das pessoas cadastradas na segunda feira, sendo atendidos os casos agudos e agendadas para a mesma semana outras situações. Esse procedimento coletivo ajuda os usuários perceberem a grande quantidade de pessoas que desejam ser atendidas, demonstrando a todos a exigência de um entendimento coletivo. Ao se separar os candidatos na recepção, todos vão à sala de reunião onde se é explicado que o acolhimento coletivo tem duas regras: a consulta não é feita ali e que, caso a pessoa não se sinta à vontade de falar o que a leva à consulta, ela pode pedir que a escuta seja feita em particular, ao final da reunião. Feito isso escutamos a queixa de cada um e encaminhamos de acordo com a necessidade individual. Não é necessário que a própria pessoa agende sua consulta, de forma que outras pessoas podem fazer o agendamento. O agendamento para a mesma semana é para diminuir o absenteísmo. O acolhimento coletivo foi pensado para agilizar o processo e evitar uma consulta a que o acolhimento individual dá margem.

O acolhimento das urgências menores é feito por toda a equipe para aquelas pessoas que chegam na USFJB e não estão se sentindo bem. Ferimentos, febre medida, quadro algícos agudos e intensos, crises hipertensivas, hiper ou hipoglicemias, síncope, acidentes, etc. são algumas situações acolhidas pela unidade.

Quanto às vagas para atendimento no mesmo dia, vulgarmente conhecidas como as “fichas”, estas ainda são disponibilizadas em número variável a cada dia, sendo algumas delas para pessoas sem cadastro na equipe, os “extra-área”. Essa é uma das formas de oferecer acesso às pessoas não cadastradas na equipe.

6.5.5.1.1 Utilização

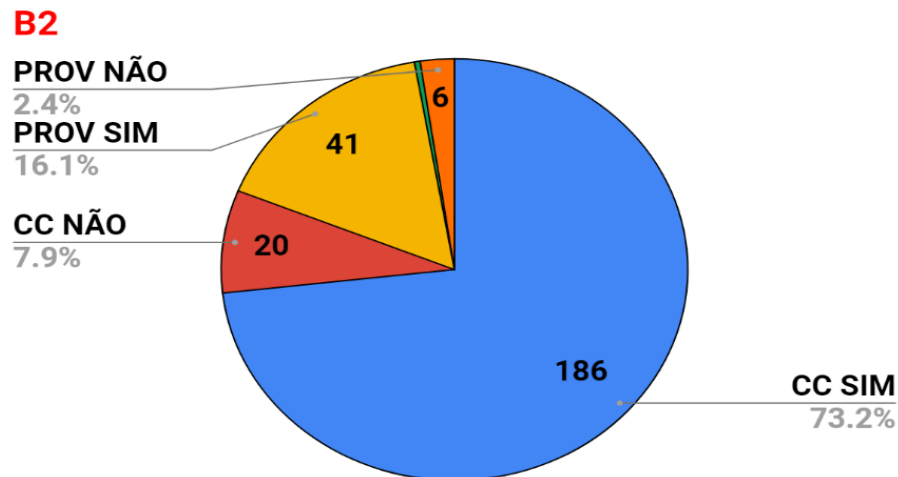
Este subitem serve para avaliar se, mesmo sendo afiliada ao serviço, a pessoa usa o mesmo como sua primeira escolha em caso de um novo problema de saúde.

O serviço de atenção primária deveria ser a porta de entrada preferencial de qualquer sistema de saúde, mas sempre haverá outros meios de entrada como os hospitais e as urgências.

O usuário, ao acessar o sistema pela APS, tem uma chance maior de ter o seu problema resolvido com um custo menor para ele e para o sistema (STARFIELD, 2002). Esse fato ocorre, principalmente, se os profissionais ali conhecem a pessoa que consultam e, com isso, podem considerar mais variáveis nos determinantes dos seus sintomas que um serviço que desconhece o contexto em que a pessoa vive. É mais rápida a aplicação do MCCP na APS e quando esta tem uma equipe com uma grande longitudinalidade, esse processo é ainda mais ágil devido ao conhecimento tácito entre os envolvidos neste encontro (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

PERGUNTA B2 - QUANDO VOCÊ TEM UM NOVO PROBLEMA DE SAÚDE, VOCÊ VAI A USFJB ANTES DE IR A OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE?

Gráfico 18 – Respostas à pergunta B2 do questionário.



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

De nossos afiliados vemos que a maioria (73,2%) utilizaria a USFJB como sua primeira opção. Ao somarmos estas com as que provavelmente iriam utilizar a unidade temos 227 pessoas, ou seja, 89,3% dos nossos afiliados procurariam a unidade como sua primeira opção.

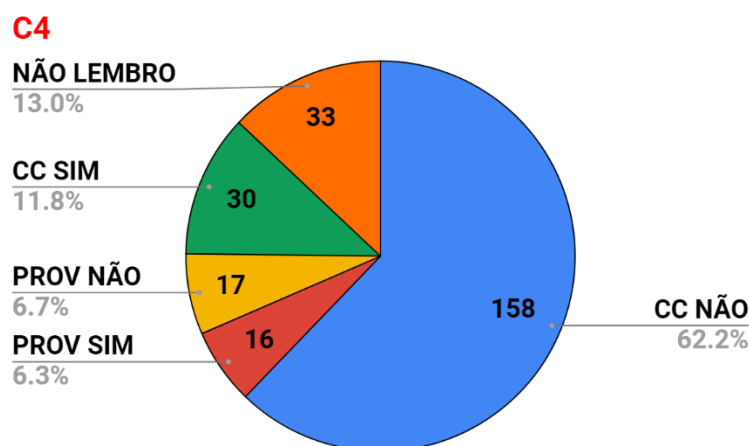
Isso demonstra que é grande a chance de um afiliado procurar a USFJB para tentar resolver seus problemas de saúde num momento necessário. Talvez pelo fato da equipe 006 atender às “urgências menores” da APS isso tenha contribuído para este incrível resultado.

6.5.5.1.2 Acesso à USFJB

Este componente pretende avaliar se a pessoa consegue usufruir da unidade quando pensa que é necessário.

PERGUNTA C4 - QUANDO A USFJB ESTÁ ABERTA, VOCÊ CONSEGUE UM ACONSELHAMENTO RÁPIDO PELO TELEFONE OU OUTRO MEIO DE COMUNICAÇÃO SE PRECISAR?

Gráfico 19 – Respostas à pergunta C4 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Neste quesito, as respostas negativas (“CC Não”+“Prov Não”) superam com 84% as outras respostas. Isso demonstra que a equipe não se utiliza, oficialmente, de outros meios de comunicação para poder incrementar o acesso a sua demanda.

Este achado corrobora com os dados encontrados na aplicação do PCAT em outros municípios sendo uma das perguntas que mais influencia negativamente a APS brasileira (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; HARZHEIM et al., 2016; RECH et al., 2018; ELIAS et al., 2006, VAN STRALEN et al., 2008; OLIVEIRA, 2007; SILVA et al., 2014).

As novas tecnologias de comunicação permitiram uma revolução na velocidade do contato entre as pessoas que ainda não foi absorvida pela equipe e nem é estimulada pela gestão em qualquer nível. Mesmo com todo o acesso atual à tecnologia de informação de todas as classes e suas inúmeras possibilidades de interação, o setor saúde no Brasil, ainda é muito conservador neste tópico.

Um dos grandes entraves para isso é a legislação conservadora da categoria médica. Como exemplo, temos o fato que apenas em 2019, o Conselho Federal de Medicina lançou a resolução nº2227/2018 para a regulamentação do uso da telemedicina para consultas e prescrição de receitas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2019). A resolução anterior

era a n° 1821/2007 que regulamentava apenas o uso do prontuário eletrônico e não especificava outros usos da telemedicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

No código de ética médica temos definido em seu artigo 37 que é vedado ao médico “prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, s. p.).

Disso entende-se que a consulta médica deve ser presencial, sempre. A resolução n° 2227 alteraria isto, porém, o fato gerou tanta polêmica no meio médico que em 30 dias a entidade revogou a medida para discutir melhor a situação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Mesmo não sendo possível se utilizar da telemedicina, a tecnologia poderia facilitar o acesso do usuário, entretanto a equipe ainda não encontrou meios para fazê-lo de maneira a não sobrecarregar ainda mais os seus membros, apesar do desejo de alguns de utilizar outras possibilidades de interação com nossos usuários.

O acesso ainda é avaliado numa segunda pergunta, a C11. Esta avalia como o usuário percebe a facilidade de se conseguir uma consulta na equipe de referência.

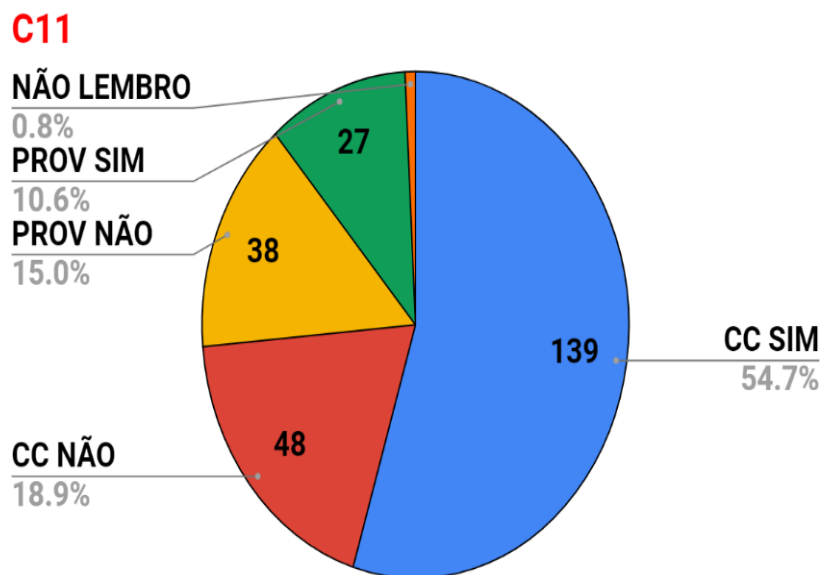
Ao avaliar o gráfico, vemos que as respostas positivas (61,3%) superam as negativas demonstrando que na percepção do usuário não é fácil conseguir um atendimento médico na USFJB.

Como este é um estudo transversal, é importante ressaltar que no período da pesquisa os médicos de Aracaju estavam em greve e que mesmo o médico não deixando de ir à USFJB, este não estava disponível para atender todas as pessoas que procuravam a unidade, apenas os que estavam agendados ou com alguma urgência. As vagas de atendimento para o mesmo dia estavam suspensas por conta do movimento grevista.

A greve durou do dia 20/07/18 a 12/11/18, sendo visível a diminuição do número das consultas nesse intervalo (Gráfico 21).

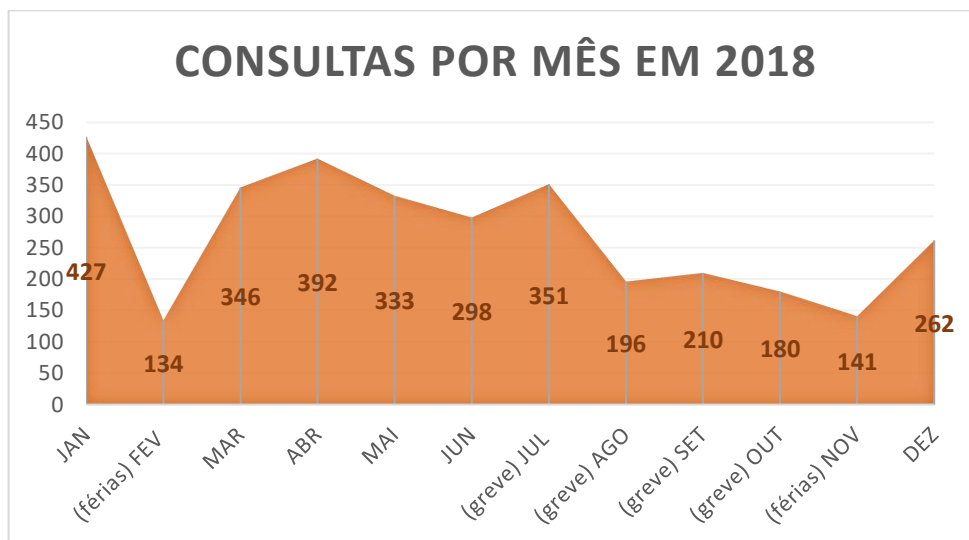
PERGUNTA C11 – É DIFÍCIL PARA VOCÊ CONSEGUIR ATENDIMENTO MÉDICO NA USFJB QUANDO PENSA QUE É NECESSÁRIO.

Gráfico 20 – Respostas à pergunta C11



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Gráfico 21 – Número de consultas por mês no ano de 2018



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Rech obteve, para esta mesma pergunta, resultados conflitantes com os nossos. Segundo seus dados, 69,8% de sua amostra não encontravam dificuldade em conseguir uma consulta na sua USF³¹.

Silva, que avaliou usuários na cidade de Montes Claros/MG com o PCAT em 2012, encontrou a taxa de 11% de seus entrevistados que percebiam dificuldade em conseguir um atendimento na sua USF¹²⁹.

Estes resultados foram encontrados em USFs com características semelhantes (atendimento em horário comercial) àquelas da USFJB, mostrando uma discrepância entre os resultados, sendo possível que o período de greve tenha sido o responsável por esse produto.

De qualquer forma, a dificuldade de se conseguir uma consulta médica vem piorando exponencialmente ao longo dos anos na equipe 006. Este fato se deve ao dado exposto no gráfico 2, que nos mostra que o quantitativo de consultas médicas se mostra estável na média de 316 consultas ao mês, enquanto a população envelhece e se reproduz, isto é, aumenta a sua demanda por mais consultas médicas.

Não bastasse o crescimento natural da população, temos de considerar a característica desse bairro da cidade estar na “Zona de Expansão” de Aracaju. Isso faz com que o crescimento populacional do bairro seja maior que o esperado e suportado pela equipe. Com o crescimento populacional, temos um aumento das pessoas sem cobertura por nenhuma das duas equipes, os “extra-área”. Mesmo com a criação de barreiras de acesso, como a restrição do número de “fichas” para esse público, ainda há um aumento da pressão assistencial na USFJB, principalmente por acolhermos as urgências menores da APS sem restrição de cadastro. Esse “congestionamento” de usuários prejudica o funcionamento da equipe 006 e acaba também por prejudicar as pessoas que estão cobertas pela equipe e isso deve ter reflexo neste resultado encontrado.

A pesquisa de van Stralen et al. (2008) pontua este fato, pois, ao avaliar os municípios do Centro-Oeste brasileiro, percebe que a dimensão do acesso é pior avaliada nos municípios com maior taxa de crescimento populacional.

6.5.5.2 Longitudinalidade

A longitudinalidade é, para Starfield (2002) “a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como a sua utilização ao longo do tempo” (STARFIELD, 2002, p.58).

Nela se inclui o acompanhamento do indivíduo e seu ambiente ao longo do tempo. Esta tem três aspectos: a continuidade profissional, a continuidade informacional e a identificação do serviço como fonte regular de cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

O primeiro aspecto é o analisado nas 4 questões D1, D6, D9 e D15 para o cálculo do escore geral. A continuidade informacional é avaliada na pergunta F3 e a identificação do

serviço como fonte regular do cuidado é verificada na afiliação (A1, A2 e A3) e na pergunta B2.

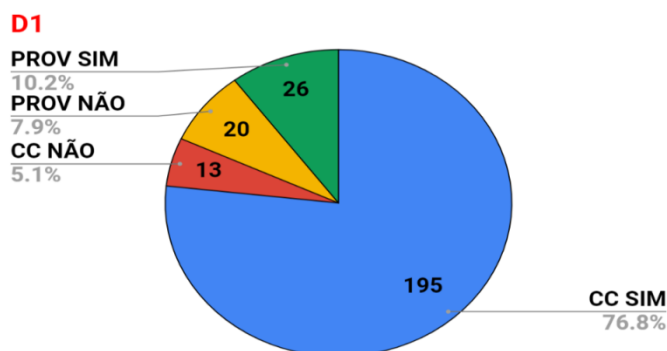
Ao todo, temos 10 perguntas relacionadas a este atributo, ou seja, 40% do PCATVR são dedicados a ele. Isso nos mostra que um dos aspectos mais importantes da APS é a longitudinalidade.

Este é um dos atributos mais bem avaliados pelos estudos realizados com o PCAT (HARZHEIM et al., 2016; CHOMATAS et al., 2013; HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013; TRINDADE, 2007; RECH et al., 2018; SILVA et al., 2014; PREFEITURA DE ARACAJU, 2019). Mesmo assim, quando comparados os escores entre a ESF e outras modalidades de APS no Brasil, a ESF nem sempre demonstra sua superioridade neste componente (HARZHEIM et al., 2016). Um dos motivos para isso pode ser a alta rotatividade de seus componentes que prejudicaria a continuidade profissional (NEY; RODRIGUES, 2012).

Em Aracaju, como uma grande parte dos servidores da APS é concursada há maior chance de um profissional se manter ligado à sua equipe por longos períodos, mesmo assim isso não tem sido estimulado pela SMS ao ter feito seu último concurso para área de saúde em 2010 (BRASIL, 2015).

PERGUNTA D1 - QUANDO VOCÊ VAI A USFJB É O MESMO MÉDICO OU ENFERMEIRO QUE ATENDE VOCÊ TODAS ÀS VEZES?

Gráfico 22 – Respostas à pergunta D1 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

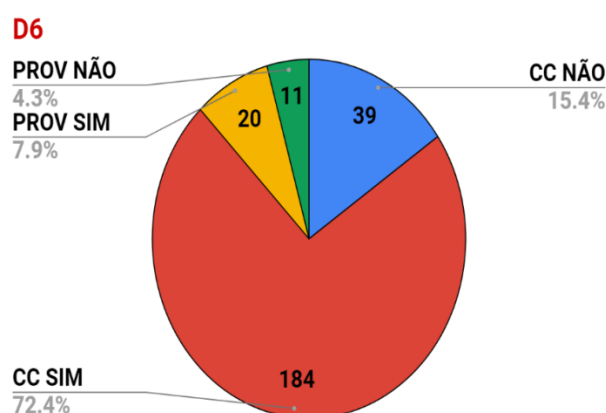
Nesta resposta, vemos que a percepção positiva dos entrevistados é de 87%, mostrando que há uma continuidade profissional na USFJB. Este achado é reforçado na afiliação quando 61% das pessoas reconhecem nominalmente o médico da equipe.

Um dos maiores fatores possíveis para explicar esses dados é a manutenção do modelo da ESF por 20 anos na USFJB com o mesmo médico por 14 anos e a mesma enfermeira há 4

anos, além das ACSs que estão na equipe há 20 anos. É provável que esta longitudinalidade só tenha sido possível com a manutenção da ESF pela SMS e pelo formato da composição do quadro de servidores da SMS ser da administração pública direta com contratação por concurso público^{7,44}. Isso confere uma estabilidade de contrato a estes servidores, independentemente da gestão da Prefeitura Municipal de Aracaju.

PERGUNTA D6 – VOCÊ SE SENTE À VONTADE CONTANDO AS SUAS PREOCUPAÇÕES OU PROBLEMAS AO SEU MÉDICO OU ENFERMEIRO?

Gráfico 23 – Respostas da Pergunta D6 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

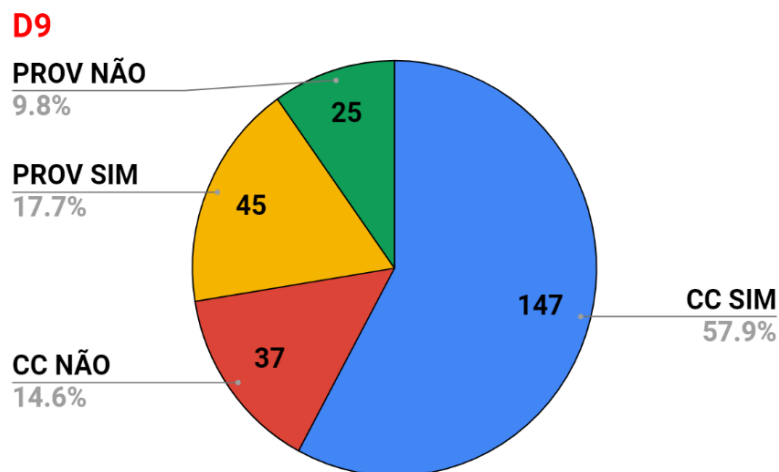
Não basta apenas termos os profissionais de saúde disponíveis para o atendimento das pessoas, estas precisam ter uma relação de confiança com o serviço para que esse consiga acessar seus problemas mais íntimos. Assim a pergunta D6 tenta avaliar o grau de intimidade do usuário para com a equipe.

Nesta parte, observamos um total de 81,3% de respostas positivas, apontando para uma facilidade para que a troca de informações importantes ocorra. Esta questão pode demonstrar uma abertura da equipe para assuntos de qualquer natureza, um papel fundamental da APS abrangente. Esta questão sugere uma certa intimidade entre o usuário e o profissional, facilitando a troca de informações.

A troca de informações numa consulta em APS é fundamental para que haja um entendimento aprofundado acerca do problema da pessoa e facilita o caminho para uma resolução satisfatória do problema tanto para a pessoa quanto para o serviço.

PERGUNTA D9 – SEU MÉDICO/ENFERMEIRO SABE QUAIS PROBLEMAS SÃO MAIS IMPORTANTES PARA VOCÊ?

Gráfico 24 – Resposta à pergunta D9 do PCATVR



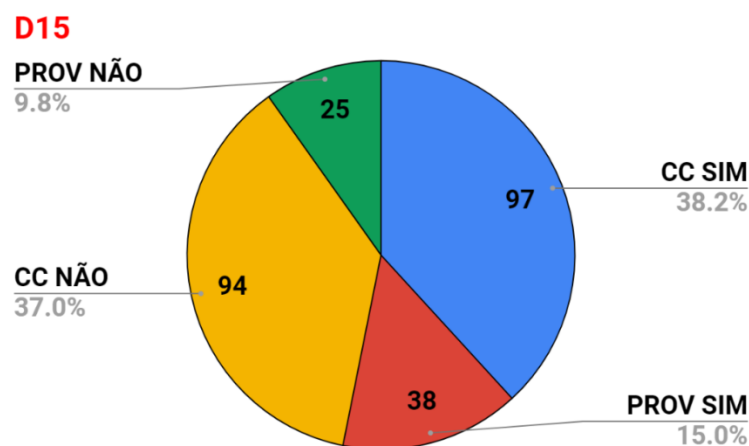
Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Nesta pergunta 75,6% da amostra respondeu positivamente. Isso indica a percepção das pessoas de um dos efeitos benéficos da longitudinalidade. Esse conhecimento dos problemas das pessoas que consultam facilita a comunicação, diminui o tempo da consulta e aumenta o número de fatores considerados numa decisão clínica.

Obviamente há a continuidade informacional embutida nesta resposta, já que é impossível para qualquer ser humano se lembrar de todos os detalhes de todos os pacientes. Uma das estratégias utilizadas para os pacientes crônicos e/ou hiperutilizadores é a “Lista de Problemas”. Esta consiste em ter no prontuário, em um local de fácil acesso uma lista de problemas de saúde do usuário para ajudar nas condutas propostas. Nela não só há problemas de saúde física, mas questões familiares, antecedente pessoal e familiar, escolaridade, religião, paridade, data de nascimento, cirurgias realizadas, alergias, etc., bem como códigos da Classificação Internacional de doenças para facilitar a redação de relatórios médicos para o INSS.

PERGUNTA D15 – VOCÊ MUDARIA DA USFJB PARA OUTRO SERVIÇO DE SAÚDE SE ISSO FOSSE MUITO FÁCIL DE FAZER?

Gráfico 25 – Resposta à pergunta D15 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Nesta pergunta houve praticamente um empate “técnico” na divisão dos entrevistados entre 53,2% de respostas positivas contra 46,8% de negativas.

Infelizmente, o PCATVR não nos fornece elementos para entender o porquê do desejo de mudar de serviço dos respondentes, mas podemos fazer algumas conjecturas.

A questão feita é aberta e não há como saber se a pessoa desejaria mudar de um serviço público para um privado/plano de saúde ou, simplesmente, para uma outra equipe.

Deixemos o desejo para a mudança para um serviço privado de lado e vamos nos concentrar na possibilidade desta mudança ser para outro serviço público.

Suponhamos que os 135 que trocariam de serviço fariam a troca para outro serviço público. Isso é possível?

Um dos pilares da ESF é o território de abrangência da equipe. Segundo a PNAB⁸:

“de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele” (BRASIL, 2017, s. p.)

Esta definição para a ESF ainda é muito baseada no território físico e acaba por desprezar a relação pessoa-equipe, pois caso a pessoa mude de território, esta não pode

continuar sendo atendida pela mesma equipe. Este fato acaba por desrespeitar o princípio da continuidade pessoal da longitudinalidade. Da mesma maneira, uma pessoa que não consegue ter uma boa relação com a equipe do seu território não pode mudar de equipe se não mudar de endereço. Essa situação pode prejudicar o atributo acesso, caso a relação com a equipe seja impossível.

Na USFJB, até 2008, havia apenas a equipe 006 para o território que hoje é acompanhado por duas. Com a abertura de uma nova equipe, dividiu-se o território em dois pedaços de mapa e os ACSs foram distribuídos conforme sua localização geográfica entre as equipes 006 e 137. Seguindo esse raciocínio, a questão do excesso populacional deveria estar resolvida.

Quem tinha uma relação ruim com a equipe ou pouco frequentava a mesma não teve problema algum com a mudança. Porém, o usuário que tinha uma boa relação com a sua equipe original e morava no território da equipe 137 foi forçado a mudar o seu acompanhamento.

Para este usuário, essa divisão por território não fazia nenhum sentido e muitos tiveram dificuldade para entender que, a partir daquele dia, o “seu” médico e “sua” enfermeira não eram mais “deles”. Os casos que estavam dentro do território da equipe 006, porém insatisfeitos, também, não poderiam migrar para a outra equipe formada.

Desta vivência foi constatado que o modelo por território estabelecido pelo MS não consegue dar conta do que seria melhor para o usuário, apesar da PNAB enfatizar que o cuidado deve ser centrado na pessoa (BRASIL, 2017). O discurso no caso do desejo de mudança para outro serviço é retórico, dado que a burocracia estatal ainda engatinha nesse quesito mesmo depois de 30 anos de ESF e inúmeras cartilhas de “humanização” do SUS.

Uma das saídas para contornarmos esse problema foi tentar trabalhar em conjunto com a equipe 137 para que fosse facilitada a troca de famílias, caso estas desejassem, para diminuir este impacto. Com a grande rotatividade dos profissionais da assistência da equipe 137, esse acordo precisa ser sempre refeito, já que não é algo descrito na PNAB e, com isso, temos algumas resistências em relação a essa prática por parte de alguns profissionais.

Mesmo com esse acordo intequipes na USFJB, ainda tivemos resultado negativo nesta questão, o que pode corresponder ao fato do médico da equipe estar em greve no momento da aplicação do PCATVR. A equipe 137 durante a greve não parou ou reduziu suas atividades.

6.5.6 Coordenação do cuidado

Coordenação do cuidado é a característica da APS que direciona a pessoa dentro do sistema de saúde e tenta integrar o resultado das intervenções dos outros níveis de atenção da RAS. Esse é um cuidado que diferencia um bom MFC de outros profissionais e ajuda a diminuir a chance de iatrogenias causadas pela interação das terapêuticas utilizadas (SHI, 1994; SHI et al., 1990).

Este atributo é avaliado em duas dimensões a Coordenação do Cuidado (E) e o Sistema de Informações (F)

O item E é composto por 4 questões: E6, E10, E11 e E13. Neste ponto da entrevista, só a resposta positiva à pergunta E6 condiciona o acesso às outras 3 questões. Pessoas que não foram encaminhadas a outro ponto da rede não terão um conhecimento concreto de sua experiência na rede para contribuir com essa parte. Dessa maneira, o espaço amostral de E10, E11 e E13 se reduz para 138 pessoas, que foi essencialmente, o quantitativo que respondeu que foi encaminhado a outro ponto da rede de atenção pela equipe 006.

O Sistema de Informação (F) é considerado dentro da “coordenação do cuidado” pois sem um sistema funcional de armazenamento e fluxo informacional da pessoa, o cuidado longitudinal se compromete. Isso devido à dificuldade da equipe de organizar a atenção à saúde da pessoa por falta de informações confiáveis.

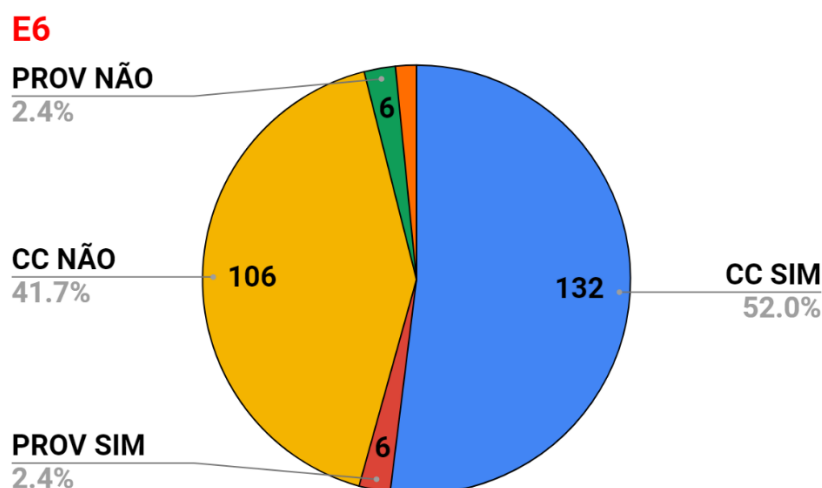
Nos estudos com PCAT que avaliaram a coordenação do cuidado (E) os resultados se dividem: Elias et al. (2006), Harzheim, Lima e Hauser (2003) e Chomatas et al. (2013) encontram alto escore em São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba, respectivamente; enquanto Trindade (2007) e Oliveira (2007), em Porto Alegre, e Carneiro et al. (2014), em Sobral, encontram escores baixos. Isso pode depender das características do sistema de saúde local que pode facilitar ou dificultar o atributo pois o sistema de encaminhamento e contra-referência tem características diversas.

Protasio et al. (2014) avaliando o sistema de referência e contra-referência no estado da Paraíba, encontraram muitas fragilidades na ordenação do fluxo do sistema, principalmente no caso da contra-referência.

Em Aracaju, nossa realidade mostra uma enorme dificuldade dos usuários de conseguir acesso a algumas especialidades da atenção secundária como a endocrinologia, oftalmologia, ortopedia e a otorrinolaringologia. Quanto à contrarreferência este escriba só recebeu por volta de três documentos em 14 anos de trabalho pela SMS. Não por parte da SMS nenhuma cobrança dirigida aos seus profissionais sobre a obrigatoriedade de se produzir tal impresso para sua APS.

PERGUNTA E6 – O SEU MÉDICO SUGERIU QUE VOCÊ FOSSE A UMA CONSULTA COM ALGUM ESPECIALISTA OU SERVIÇO ESPECIALIZADO?

Gráfico 26 – Respostas à pergunta E6 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Neste gráfico, vemos que 138 pessoas (54,4% dos afiliados) foram encaminhadas para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ao considerarmos a longitudinalidade de 14 anos e a pouca resolutividade da APS em algumas áreas, como a oftalmologia, esse quantitativo pode parecer baixo, mas Carneiro et al. (2014) encontraram 57,2% de encaminhamentos em Sobral em 2012. Já Sala et al. (2011) encontraram 47,8% de pessoas encaminhadas a outras partes da RAS da cidade de São Paulo em 2007. Esses dados demonstram uma similaridade da percepção dos usuários frente a necessidade de acessar outras partes da RAS.

Ao buscar o indicador de encaminhamentos do e-SUS de 3/17 a 12/18 temos uma taxa de 3% de encaminhamentos realizados neste período (BRASIL, 2019). Esse indicador é utilizado pelo PMAQ e, segundo o seu manual, é esperado uma taxa de 5 a 15% de encaminhamentos em uma equipe.

Considerando que a taxa da enfermagem na equipe é bem mais baixa que a do médico, pois ela só encaminha casos muito específicos e nesse período a enfermeira não estava registrando seus atendimentos na plataforma. Por isso, podemos dizer que a taxa de encaminhamento é muito próxima daquela do encaminhamento do profissional médico.

Mesmo sendo a baixa taxa de encaminhamento uma característica da APS (TAKEDA, 2004), isso pode indicar que o profissional está deixando os pacientes que precisam de um acompanhamento especializado sem a devida atenção, indicando uma má prática médica.

Entretanto, ao comparar os dois instrumentos de avaliação e os dois estudos citados parece que a quantidade de encaminhamentos se mostra adequada à ESF.

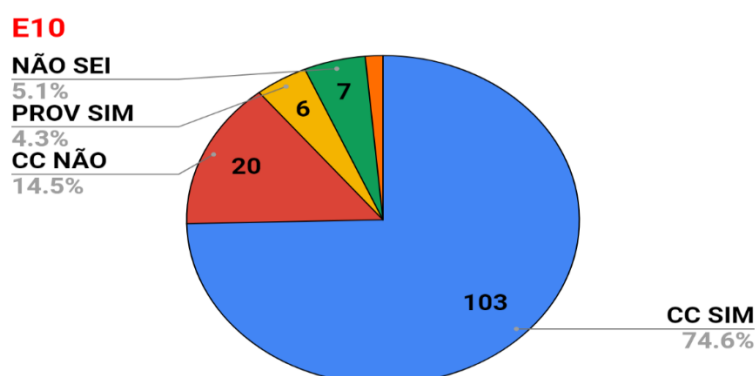
Em Aracaju, sempre houve grandes problemas com os encaminhamentos da APS para a RAS. Com a implantação do Prontuário Eletrônico veio a promessa de poder agilizar estas consultas, mas o sistema tem apresentado muitos problemas como falhas no sistema, a falta da integração deste com outros pontos da rede e necessidade do funcionamento da internet para seu uso¹³⁶.

Essa dificuldade em marcar e ter uma segunda opinião dos especialistas piora a situação da APS ao atrasar soluções que os especialistas poderiam dar para a população. Ao não conseguir resolver esses problemas é muito provável o retorno da pessoa para APS com o mesmo problema, piorando o congestionamento da APS.

No Gráfico 27, vemos que, dentre as pessoas encaminhadas, em 78,9 % das vezes a equipe escreveu alguma informação para o outro profissional. Como este instrumento não serve para medir a qualidade dessa informação, não podemos saber se a afirmação se traduz em qualidade.

PERGUNTA E10 - O MÉDICO ESCREVEU ALGUMA INFORMAÇÃO PARA O ESPECIALISTA A RESPEITO DO MOTIVO DA CONSULTA?

Gráfico 27 – Respostas à pergunta E10 do PCATVR



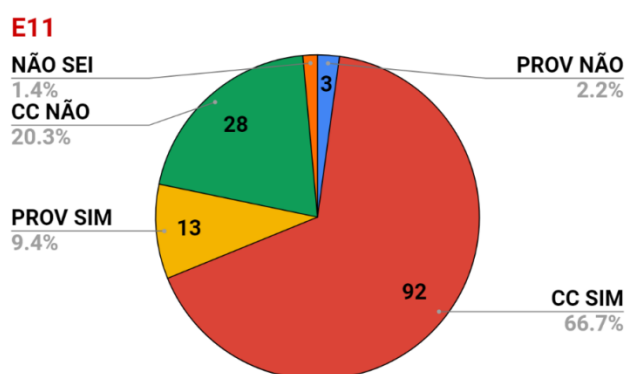
Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Há na SMS um documento específico para os encaminhamentos, o qual exige a prestação de informações mínimas para que o referenciamento da pessoa ocorra, contudo, não necessariamente teremos uma descrição do quadro clínico e hipóteses escritas aos outros pontos da rede. Com a baixa taxa de recebimento da contrarreferência há uma tendência para o desânimo na elaboração desse registro.

Com o prontuário eletrônico há a facilidade do preenchimento automático de algumas informações, porém o software gera algumas informações desnecessárias para o especialista focal e caso precisamos encaminhar para dois especialistas, dois registros de consultas têm de ser gerados.

PERGUNTA E11 - O MÉDICO SABE QUAIS FORAM OS RESULTADOS DESTA CONSULTA?

Gráfico 28 – Respostas à pergunta E11 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

A pergunta E11 serve para demonstrar o interesse da equipe no resultado de uma consulta em outros pontos da RAS que é o ponto de partida para que a coordenação do cuidado realmente aconteça.

Nesta pergunta 76,1% responderam positivamente e isso demonstra uma percepção do usuário quanto ao interesse da equipe nestes resultados.

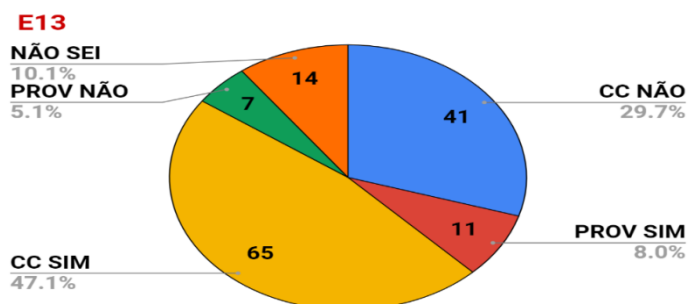
A taxa de recebimento de informações por escrito é praticamente zero na nossa realidade. Carneiro et al. (2014), ao questionarem especificamente sobre esse assunto, verificaram que 79,6% dos profissionais não receberam informação escrita sobre a consulta. Sala et al. (2011) tiveram o mesmo em 50% da amostra. Isso demonstra que este é um problema que não está restrito à Aracaju e que as gestões municipais e estaduais têm dificuldade para encontrar a solução para tal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Infelizmente, a coordenação do cuidado em Aracaju é feita pelo que apelidamos de “telefone sem fio”. Esta se parece com a brincadeira de criança em que um cochicha na orelha do primeiro da fila uma frase; aquele que escuta, por sua vez, cochicha no ouvido indivíduo seguinte e assim por diante, até chegar ao último da fila, que tem de revelar a frase que chegou a ele. Na maioria das vezes a frase é distorcida e perde o sentido.

Essa brincadeira se assemelha à situação das EqSF que não recebem informação alguma dos outros níveis de atenção, assim temos de decifrar através dos exames pedidos e das receitas aviadas para o usuário o resultado de sua consulta.

PERGUNTA E13 - O MÉDICO/ENFERMEIRO PARECEU INTERESSADO NA QUALIDADE DO CUIDADO QUE LHE FOI DADO, ISTO É, PERGUNTOU-LHE SE VOCÊ FOI BEM OU MAL ATENDIDO POR ESSE ESPECIALISTA OU SERVIÇO ESPECIALIZADO?

Gráfico 29 – Respostas à pergunta E13 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

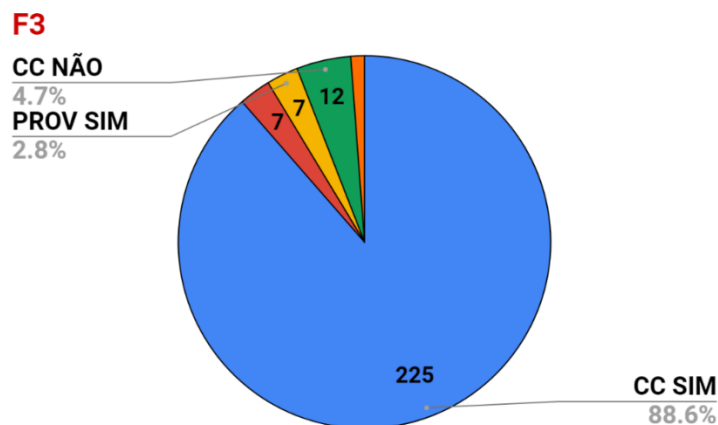
Esta questão é importante, pois dá para ver o quanto a equipe vai considerar a qualidade das informações geradas pela consulta. Desta forma, se o paciente informa ter sido bem acolhido e escutado a chance de acerto em seu tratamento é maior.

Pela pesquisa, 55% dos encaminhados receberam este cuidado da equipe. Isso demonstra uma preocupação da equipe com a pessoa, que pode ajudar a aprofundar a relação profissional-pessoa.

Neste recorte, porém, ao somarmos as respostas negativas (34,8%) percebemos que a equipe necessita se aprimorar um pouco mais neste sentido.

PERGUNTA F3 - QUANDO VC VAI AO USFJB SEU PRONTUÁRIO ESTÁ SEMPRE DISPONÍVEL?

Gráfico 30 - Respostas à pergunta F3 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

A percepção da qualidade do sistema informacional da USFJB teve 91,4% de respostas positivas, demonstrando que nesses 20 anos conseguimos armazenar e guardar as “pastas-família” permitindo que a continuidade informacional aconteça de fato.

Até o momento da pesquisa, os prontuários eram armazenados em papel, sendo, para as pessoas cadastradas, o sistema era mais funcional que para os “extra-área”. Estes tinham uma taxa de perda de prontuário muito mais alta, visto que, seus prontuários são individuais e não são armazenados da mesma maneira por não terem “pasta-família”. Seu arquivamento é feito numa pasta geral por letra, considerando a inicial do nome da pessoa, estes não são colocados em ordem alfabética por causa da sobrecarga de tarefas dos outros funcionários. Não é possível observar isso na pesquisa pois a amostra excluía os usuários sem “pasta-família”.

Atualmente, estamos na transição para o prontuário eletrônico e o arquivamento para os “extra-área” está bem melhor.

Para aqueles que possuem “pasta-família”, há a necessidade de um trabalho duplo dos funcionários da recepção. Como temos informações importantes nos prontuários físicos e estes não foram digitalizados, os recepcionistas têm de registrar o usuário no prontuário eletrônico e pegar a sua pasta para o seu atendimento. Alguns dos servidores contratados para trabalhar com prontuário eletrônico começaram a se negar a pegar as pastas, necessitando de uma orientação quanto à importância desse documento físico.

A maior riqueza da USFJB é seu arquivo físico, onde está registrado a história de 20 anos da longitudinalidade da unidade. Sem ele a qualidade desses 20 anos de trabalho em equipe ficaria totalmente comprometida. O Conselho Federal de Medicina orienta que prontuários físicos de pacientes sejam armazenados por 20 anos após a migração para o sistema eletrônico, sendo assim, a USFJB ainda terá de conservar esses dados até completar 40 anos de existência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

6.5.7 Integralidade

A integralidade é o atributo relacionado com os serviços prestados pela APS, de modo que cada usuário consiga receber uma atenção integral para a sua necessidade de saúde dentro do contexto deste nível de atenção. São as ações de caráter biopsicossocial dentro do espectro da promoção, prevenção, cura e reabilitação desenvolvidos para o contexto pessoal, familiar e comunitário do usuário.

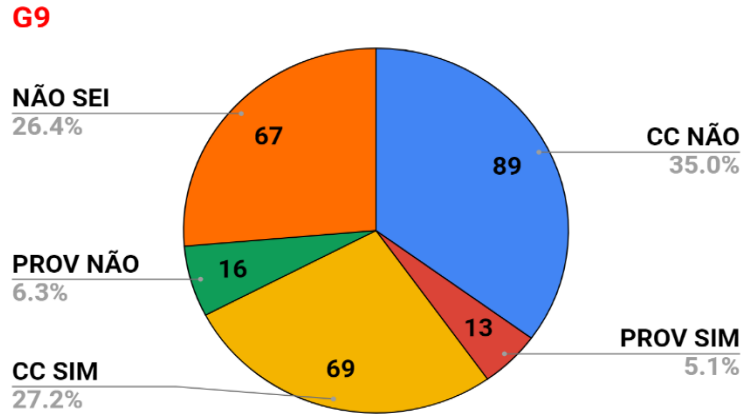
Este atributo é avaliado pelos itens G e H. O item G (Serviços Disponíveis) avalia se a pessoa tem conhecimento se determinado serviço está disponível na USFJB. Neste item não há necessidade de a pessoa ter recebido esse tipo de cuidado da equipe, mas o que se inquire é se o indivíduo sabe se tal serviço é oferecido pela USFJB. O item H (Serviços Prestados) permite averiguar se a pessoa, ao utilizar a unidade, recebeu determinadas abordagens sobre a sua saúde independentemente do motivo da sua consulta.

A integralidade é o atributo que mais perde qualidade na versão reduzida por ter seus itens reduzidos de 45 para 7. Com esta redução de itens, apenas alguns aspectos da integralidade serão abordados.

Harzheim, que avaliou a percepção dos profissionais das EqSF da cidade do Rio de Janeiro pela versão integral do PCAT, obteve escores de 7,7 e 8,3 para os serviços disponíveis (G) e prestados (H), respectivamente, no ano de 2012 (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013). Já Chomatas et al. (2013), avaliando os profissionais da Cidade de Curitiba, obtiveram 7,9 e 8,3 nesses mesmos componentes em 2008.

**PERGUNTA G9 - ACONSELHAMENTO PARA PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL.
(PROBLEMA DE NERVOS)**

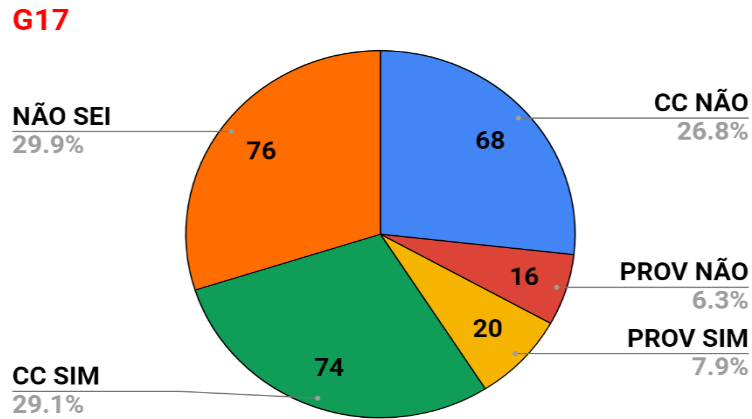
Gráfico 31 - Respostas à pergunta G9 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

PERGUNTA G17 - ACONSELHAMENTO SOBRE COMO PARAR DE FUMAR

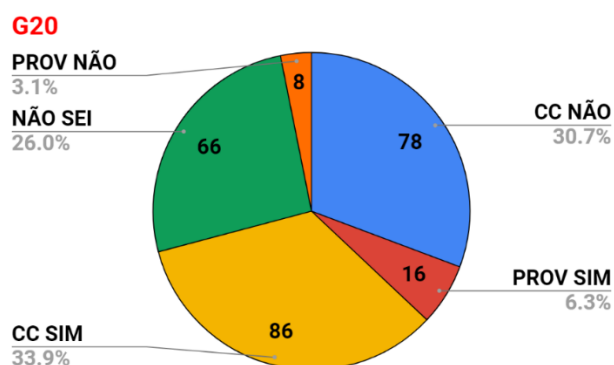
Gráfico 32 - Respostas à pergunta G17 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

PERGUNTA G20 - ACONSELHAMENTO SOBRE AS MUDANÇAS QUE ACONTECEM COM O ENVELHECIMENTO (EX.: DIMINUIÇÃO DA MEMÓRIA, RISCO DE CAIR).

Gráfico 33 - Respostas à pergunta G20 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

As três perguntas sobre os serviços disponíveis (G) apresentam resultados semelhantes com, aproximadamente, 30% para cada resposta de “Com Certeza Não”, “Com Certeza Sim” e “Não Sei”. Estes resultados sugerem que a maioria dos afiliados desconhece todos os serviços prestados pela equipe 006.

Quadro 45 – Percentagem de respostas “CCNÃO” e “NÃO SEI” de G9, G17 e G20.

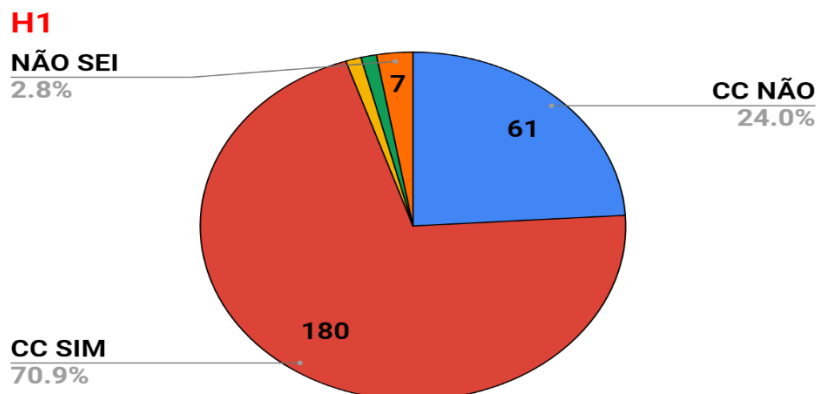
PERGUNTA DO PCATVR	TOTAL DE “CC NÃO” E “NÃO SEI”
G9	51,4%
G17	56,7%
G20	56,7%

Neste ponto, a equipe precisa melhorar os meios de divulgação de sua “carta de serviços” para que os afiliados saibam que podem contar com sua equipe para todos esses desafios, caso ele, sua família ou conhecidos sejam afligidos.

Uma outra possibilidade plausível de interpretação é que o afiliado veja a USFJB ainda como um local com uma APS seletiva, ou seja, estes assuntos são contemplados como sendo da alçada dos especialistas focais e, conseqüentemente, abordados fora da USFJB. Esta, sob este viés, só atenderia hipertensos, diabéticos, gestantes etc., isto é, sua interpretação seria a de que a APS oferecida se mostra seletiva para esses grupos e outros tipos de problemas seriam resolvidos com a especialidade que abranja tal assunto. Essa possibilidade ainda se adequa à hipótese do desconhecimento dos usuários frente a nossa carta de serviço.

PERGUNTA H1 - CONSELHOS SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL OU SOBRE DORMIR SUFICIENTEMENTE.

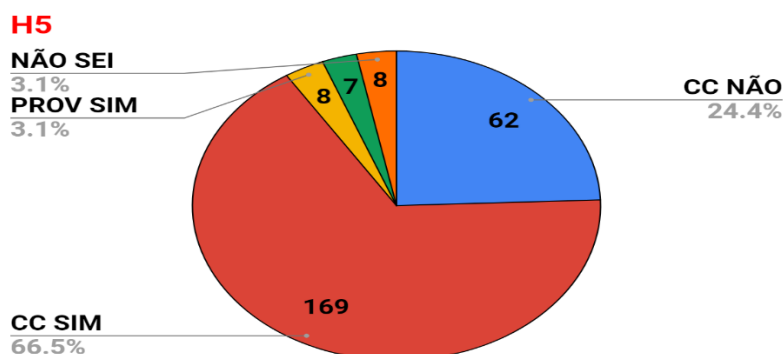
Gráfico 34 - Respostas à pergunta H1 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

PERGUNTA H5 - CONSELHOS A RESPEITO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS APROPRIADOS PARA VOCÊ.

Gráfico 35 - Respostas à pergunta H5 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

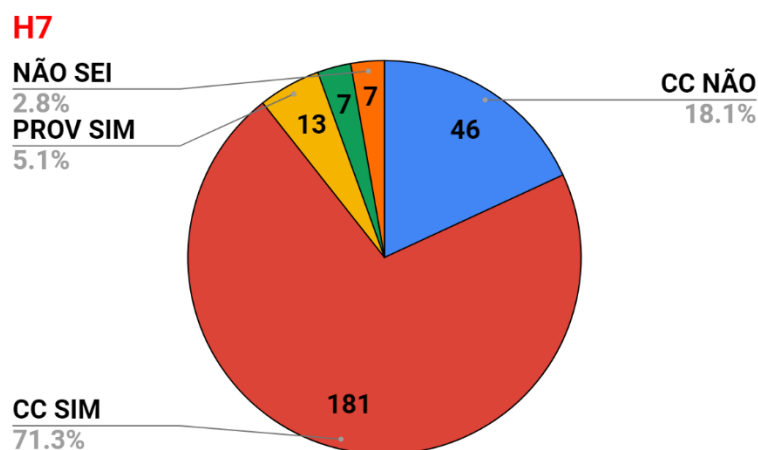
Na dimensão Serviços Prestados (H), podemos ver nos itens H1 e H5 que a maioria dos entrevistados recebeu conselhos sobre alimentação, sono ou exercícios físicos. Isso mostra que a equipe consegue fazer essas orientações para o seu público e comprova uma preocupação com o desenvolvimento de hábitos saudáveis da nossa população. Essa virtude da APS é citada por Starfield (2002) como um grande diferencial deste nível de atenção.

Esse espaço da promoção e prevenção da saúde na APS se torna ainda mais privilegiado pois com a longitudinalidade é possível direcionar as orientações conforme o perfil de risco pessoal, familiar e comunitário. Isso ajuda a personalizar melhor essas orientações e contribui na adesão do usuário a estas mudanças.

Essa percepção do usuário afiliado nos mostra que, mesmo com uma grande pressão assistencial e a robusta quantidade de atendimentos realizados por dia, ainda há espaço para a orientação sobre hábitos saudáveis.

PERGUNTA H7 - VERIFICAR E DISCUTIR OS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ ESTÁ TOMANDO.

Gráfico 36 - Respostas à pergunta H7 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

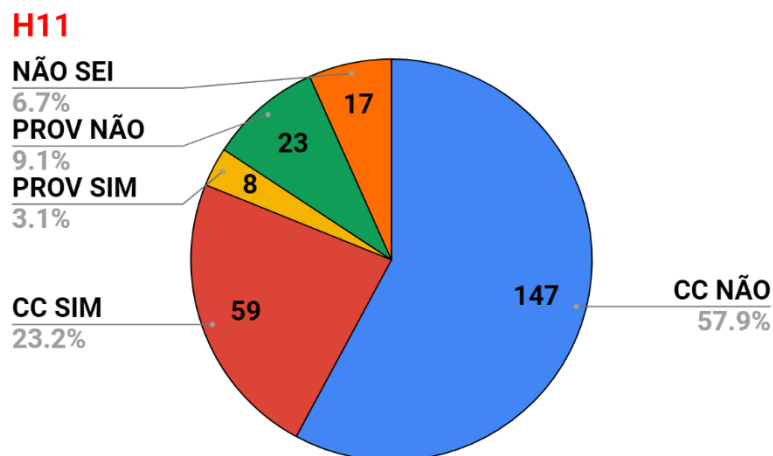
Na pergunta H7, temos 76, 4% de respostas positivas para a preocupação da equipe em acompanhar o uso correto de medicamentos utilizados por nossos afiliados. Este item demonstra uma percepção do usuário com a realização desse cuidado pela equipe.

Hoje, com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, é fato que muitas pessoas usam diversos tipos de medicamentos diariamente, sejam eles receitados pelo médico ou como autocuidado. Monitorar e orientar esse uso é de substancial importância para a saúde do indivíduo e prevenção de complicações devido ao uso crônico de medicamentos.

Este item da integralidade dialoga com a Coordenação do Cuidado já que uma das maneiras de exercermos este atributo, em Aracaju, é através do acompanhamento dos medicamentos prescritos pelos especialistas.

PERGUNTA H11 - COMO PREVENIR QUEDAS.

Gráfico 37 - Respostas à pergunta H11 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Na pergunta H11, observamos que 67% dos usuários dizem que não fazemos esse tipo de orientação nas consultas.

Uma justificativa para este resultado é que temos de direcionar este tipo de assunto para as pessoas com maior risco de apresentar esse problema ou para os cuidadores dessas pessoas, por exemplo, maiores de 65 anos ou com algum tipo de deficiência.

Isto acontece devido à pressão assistencial grande da USFJB, onde o tempo de consulta muitas vezes não é favorável para uma consulta mais demorada. Temos de usar essa estratégia para podermos nos adequar à demanda dos usuários cadastrados, dos “extra-área” e das urgências da APS.

Se considerarmos a média de idade da amostra de 42 anos, é possível que esta percepção da negligência seja explicada por isso. Segundo o resultado das análises estatísticas, essa possibilidade se confirma.

6.5.8 Atributos acessórios

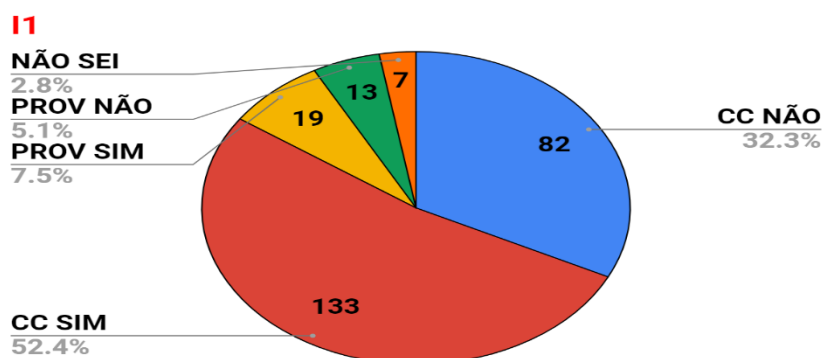
Os atributos acessórios são três: enfoque familiar, enfoque comunitário e competência cultural. Seja na versão integral, seja na versão reduzida, a competência cultural não é abordada pelo PCAT, assim, só temos avaliação de dois atributos.

O enfoque familiar (I) é abordado por duas perguntas (I1 e I3), estas tentam averiguar se a equipe tem um olhar mais abrangente que o problema individual, de maneira a considerar os fatores familiares nas possibilidades de suas abordagens.

O enfoque comunitário (J) tem apenas uma pergunta e Chomatas et al. (2013), Castro et al. (2012) e Harzheim, Lima e Hauser (2013) que avaliaram profissionais com a versão original do PCAT, encontram um alto grau de orientação para esses atributos na ESF que apresentaram significância estatística quando comparados a outras modalidades de APS.

PERGUNTA I1 - O SEU “MÉDICO/ENFERMEIRO” LHE PERGUNTA SOBRE SUAS IDÉIAS E OPINIÕES (SOBRE O QUE VOCÊ PENSA) AO PLANEJAR O TRATAMENTO E CUIDADO PARA VOCÊ OU PARA UM MEMBRO DA SUA FAMÍLIA?

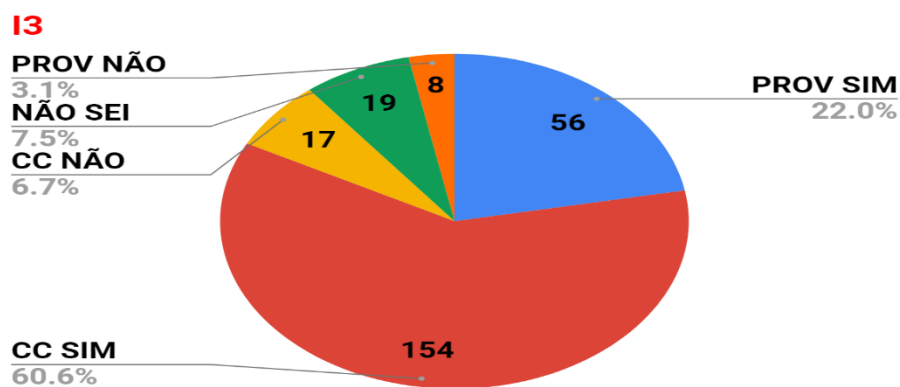
Gráfico 38 - Respostas à pergunta I1 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

PERGUNTA I3 - O SEU “MÉDICO/ENFERMEIRO” SE REUNIRIA COM MEMBROS DE SUA FAMÍLIA SE VOCÊ ACHASSE NECESSÁRIO?

Gráfico 39 - Respostas à pergunta I3 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

No item I1, vemos que 59,9% dos afiliados percebem que a equipe considera a opinião da pessoa ou da família no planejamento de suas ações.

Essas respostas positivas podem indicar que a equipe faz uso do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que direciona o encontro clínico para um cuidado mais abrangente da pessoa, caso a situação demande. Este resultado demonstra que apesar da grande pressão assistencial e do grande número de atendimentos realizados por dia, ainda conseguimos considerar a opinião do usuário nas nossas decisões, o que contribui para uma melhora da satisfação e adesão ao tratamento do usuário (CASTRO, 2013).

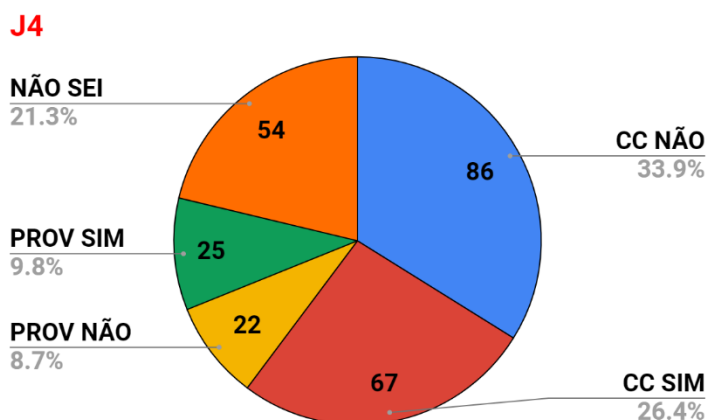
O item I3 nos mostra que para 82,6% dos afiliados entrevistados a equipe buscaria a família da pessoa caso fosse necessário. Isso nos mostra que a equipe trabalha com a possibilidade de utilizar esse recurso. Vislumbra-se aqui outro ponto de convergência com a MCCP que, também, compartilha desse olhar para poder embasar as decisões clínicas numa consulta.

Este aspecto demonstra o quanto a equipe 006 tem esse olhar ampliado que é compartilhado pelas definições da PNAB como uma das responsabilidades dos profissionais lotados na ESF (BRASIL, 2017).

6.5.8.1 Enfoque comunitário

PERGUNTA J4 – FAZ PESQUISAS COM OS PACIENTES PARA VER SE OS SERVIÇOS ESTÃO SATISFAZENDO (ATENDENDO) AS NECESSIDADES DAS PESSOAS?

Gráfico 40 – Respostas à pergunta J4 do PCATVR



Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Aqui temos um grande percentual de 62,9% de afiliados que não percebem a realização de pesquisas pela equipe.

Esta pergunta gerou uma certa confusão em alguns entrevistados já que a equipe estava realizando esta pesquisa e ficou a dúvida se a pergunta se referia ao tempo passado ou não. O manual esclarece que esta pergunta é para avaliar se a equipe reconhece os problemas de saúde da comunidade e de que forma estimula a participação da mesma (BRASIL, 2010).

Independentemente desse mal-entendido, este item se mostra inadequado para a avaliação da nossa equipe, mas lembremos que o PCATVR não é um instrumento adequado para uma avaliação de cada atributo. Devido a isso, temos de nos precaver de interpretar essas respostas como uma mera ausência de orientação comunitária na equipe.

Não podemos ignorar o conhecimento advindo da longitudinalidade dos membros da equipe e o fato de toda a equipe ser moradora da comunidade. Disso podemos inferir que a equipe vive os problemas da comunidade fora do ambiente de trabalho, facilitando esse aprendizado.

Há outras formas de se realizar pesquisas na comunidade como o Diagnóstico Rápido Situacional, que pode ajudar a esclarecer as demandas do território e os próprios ACS são uma fonte rica dessa vivência para as equipes. Mesmo assim esses métodos não são tão visíveis para os usuários pelo que vimos nesta pesquisa.

Em maio de 2009, a equipe fez um documento de análise do território que pontua alguns problemas a serem discutidos, a saber:

- Acolhimento coletivo;
- pós-acolhimento;
- divisão das microáreas por equipe;
- refazer tabela de atendimento de hipertensos e diabéticos;
- avaliar o risco do território por microárea;
- avaliar por faixa etária os riscos de saúde;
- conceito de saúde mental e identificar tais usuários;
- cadastramento dos “extra-área”;
- funções do pediatra na USF;
- identificação do usuário alcoólatra;
- limitações do trabalho dos ACS.

Ao avaliar este documento, é perceptível que nesse intervalo de 10 anos a situação para equipe estava em fase de transição com a chegada da nova equipe em 2009 e os maiores problemas estavam voltados para essa divisão e o papel do ACS neste momento.

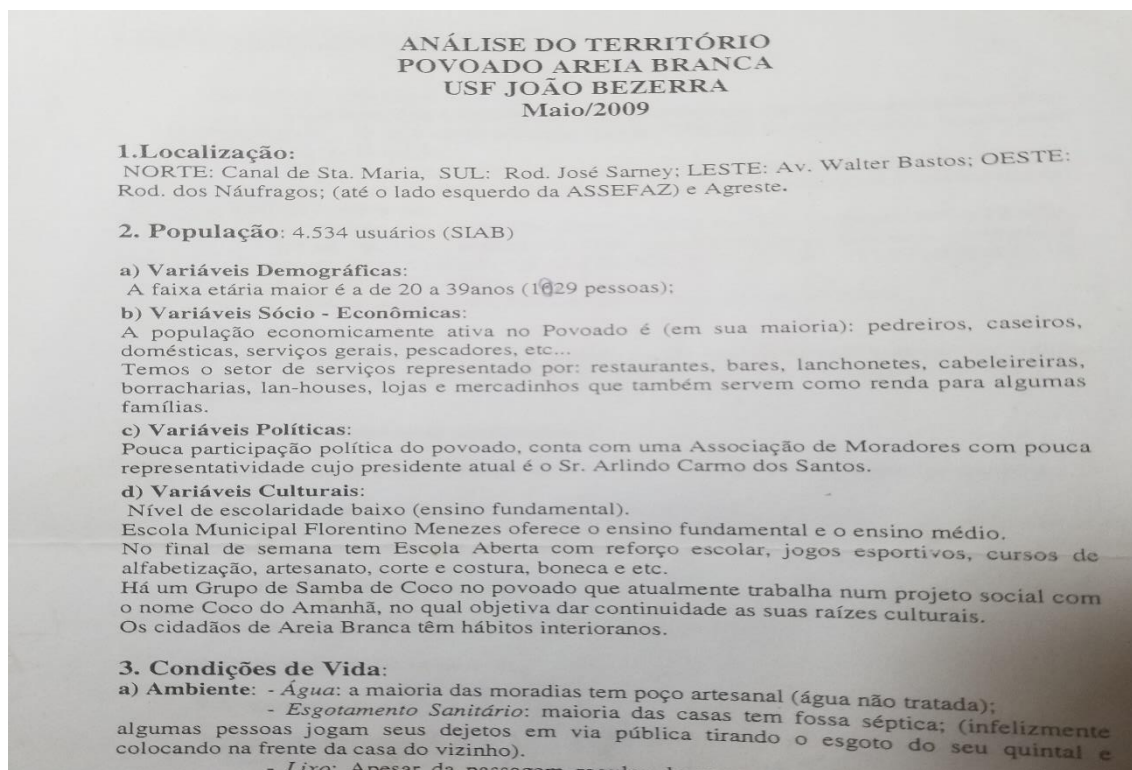
Os “extra-área” já se mostravam como um fator a se considerar nesta análise e em 10 anos o problema só piorou.

E já havia algumas restrições no desenvolvimento do trabalho dos ACSs como as áreas de alagamento no período de chuvas onde era difícil a visitação. Nos anos seguintes duas de nossas colegas (ACS) tiveram problemas de saúde, o que lhes exigiu realizar um desvio de função para serviços internos na USFJB. Isso dificultou ainda mais a obtenção de dados fidedignos da nossa realidade.

A saúde mental foi, e sempre será, um grande desafio para as EqSF, ainda mais em locais onde a prevalência do desemprego é grande. Talvez alguns problemas, como o alcoolismo tenham relação com essa informação de 2018.

Este problema continua a nos assombrar já que o alcoolismo, com suas causas multifatoriais, é de difícil manejo para a equipe sozinha. Temos pouco apoio do CAPS pela questão da logística da SMS em relação aos transportes e a distância prejudica ainda mais esse acesso precário ao matriciamento.

Figura 19 - Análise do território da USFJB em maio de 2009.



A SMS, em anos passados, já tentou estabelecer algumas pesquisas, principalmente, de satisfação dos usuários em sua APS. Uma delas consistia em colocação de caixas nas salas de espera das USFs com formulários disponíveis para uso e depósito nessas caixas. Nunca tivemos um *feedback* desta iniciativa e não há mais este recurso disponível há alguns anos.

Em todas as USFs de Aracaju temos um gerente, cargo comissionado que serve para coordenar e orientar o funcionamento das unidades segundo as demandas da SMS. Uma das funções do gerente é acolher as insatisfações dos usuários e tentar contornar situações de insatisfação com o sistema da melhor maneira possível.

Um dos métodos mais utilizados de reclamação por alguns usuários é o “barraco” na sala de espera. O “barraco” consiste no usuário falar alto, gritar, xingar etc., de maneira a chamar a atenção para o seu problema. Esse tipo de reclamação é a que mais desgasta os profissionais e as equipes. Todos tentam ao máximo evitar tais situações e é o gerente que acolhe esse usuário para administrar o imbróglio e evitar que o desgaste seja ainda maior.

Infelizmente, não há nenhum registro do perfil do reclamante ou de sua queixa que seja do conhecimento desta equipe e que esteja disponível para avaliação, tenha o “barraco” ocorrido ou não. Para uma USFJB com 20 anos de longitudinalidade, alguns usuários já ficam conhecidos por apresentarem esse perfil de reclamação.

Outro mecanismo de avaliação da SMS que acontece são as conferências municipais de saúde que ocorrem por força de lei a cada 4 anos. Antes de cada uma delas, temos as conferências locais para escolher os delegados locais e empreender a compilação das sugestões para os debates da reunião municipal.

Neste ano, tivemos em 27 de fevereiro de 2019 nova conferência local de saúde da USFJ. Resumidamente, foram compilados em um documento os anseios da comunidade para a saúde municipal. Os principais pontos foram (PREFEITURA DE ARACAJU, 2019):

1. Aumentar o número de profissionais da USF para enfermeira e ACS;
2. melhorar o cadastramento/prontuário da USF;
3. melhorar marcação de consultas/exames;
4. alterar horário de reunião do conselho local de saúde para noite;
5. mais uma equipe de saúde da família na UBS João Bezerra;
6. implantação de Política de Gestão de Pessoas e valorização do trabalhador no SUS Aracaju;
7. ter horário estendido na USFs da Zona Sul;
8. capacitação profissional para as necessidades de saúde da comunidade;

Pelo que pudemos ver, os participantes da conferência local de saúde percebem que há necessidade de um aumento do quantitativo de funcionários para que a USFJB funcione melhor.

6.6 ANÁLISE BIVARIADA DE CADA QUESTÃO

Na análise bivariada tivemos significância para escolaridade e idade a depender da questão considerada.

A análise foi positiva no Quiquadrado para Escolaridade nas seguintes questões:

Quadro 46 – Análise estatística significativa entre escolaridade e questões selecionadas

ESCOLARIDADE/QUESTÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR DE p (<0,05)
C11 - (Dificuldade de consulta)			0,0414
SIM	7,8466	4,0178	
NÃO	8,9302	3,8617	
E13 - (Qualidade da consulta)			0,0070
SIM	8,1579	3,5178	
NÃO	9,7872	2,5954	
H11 - (Quedas)			0,0232
SIM	7,2879	4,1501	
NÃO	8,6071	3,9015	
J4 - (Pesquisa)			0,0266
SIM	7,4615	4,0064	
NÃO	8,6250	3,9537	

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Observamos correlação estatística com a dificuldade de se conseguir uma consulta, de maneira que quanto maior a escolaridade do sujeito menor será a dificuldade para se conseguir uma consulta. Isso pode ter sido influenciado pela possibilidade de que, ao deter maior escolaridade, seja possível estabelecer uma comunicação melhor com a equipe e, assim, obter o acesso à consulta; como também a escolaridade pode facilitar a percepção de que a dificuldade do acesso no momento esse devia ao período de greve, fazendo com que essa pessoa respondesse o questionário considerando o funcionamento normal da USFJB.

Da mesma forma, quanto maior a escolaridade, menor a percepção do afiliado quanto às considerações da equipe sobre a qualidade da sua consulta recebida num outro ponto da RAS e se a equipe orienta menos sobre a prevenção de quedas.

Quanto à percepção sobre a realização de pesquisas pela equipe, ela é inversamente proporcional à escolaridade.

A análise foi positiva no Quiquadrado para Idade nas seguintes questões:

Quadro 47 – Análise estatística significativa entre idade e questões

IDADE/QUESTÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR DE p (<0,05)
D1 - (mesmo médico)			0,0615
SIM	42,8303	13,9622	
NÃO	37,8000	12,0613	
D6 - (intimidade com o profissional)			0,0035
SIM	43,4428	13,9849	
NÃO	36,9792	12,0945	
D9 - (problemas importantes)			0,0023
SIM	43,5556	14,0225	
NÃO	37,1455	12,0438	
D15 - (mudar de serviço)			0,0437
SIM	43,9746	14,7882	
NÃO	40,4186	12,7670	
H5 - (Exercícios Físicos)			0,0056
SIM	43,5795	14,1682	
NÃO	38,1791	11,3857	
H11 - (Quedas)			0,0018
SIM	46,5909	13,7717	
NÃO	40,4464	13,2117	

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Nesta investigação, podemos observar que quanto maior a idade maior, maior a compreensão da longitudinalidade, possivelmente pelo fato de que os usuários mais velhos dependem mais da unidade, frequentando-a, assim, mais assiduamente.

Além disso, quanto maior a idade, maior o desejo de mudar para outro serviço. Esse dado pode estar relacionado com a provável necessidade do usuário mais velho de outros pontos

da RAS, devido à maior probabilidade dessa pessoa ter várias doenças e precisar de especialistas focais. Vale lembrar que o único especialista focal na USFJB é o pediatra, de maneira que os demais só são acessados em outros pontos da RAS.

Houve correlação positiva para a orientação para a prática de exercícios físicos e prevenção de quedas demonstrando uma maior propensão da equipe de direcionar estas instruções de acordo com a idade. Ou seja, quanto mais velho, maior é a chance de receber esses conselhos.

7 CONCLUSÃO

Dentre os inúmeros desafios para a qualificação da equipe 006 e da política de saúde de Aracaju, Kidd (2016) nos sugere um caminho:

1. Selecionar um tópico ou problema para melhorar da qualidade;
2. formar uma equipe para abordar o tópico;
3. coletar dados basais;
4. refletir sobre as práticas atuais;
5. planejar mudanças;
6. mudar processos de trabalho;
7. coletar dados para medir o impacto das mudanças;
8. refletir sobre os resultados;
9. ajustar ainda mais o processo

Pelo que podemos ver, este processo de qualificação é contínuo e nunca tem fim, mas é necessário ter um começo.

Para uma equipe que busca e preza pela sua qualidade, temos neste estudo a confirmação de que os esforços feitos para desenvolver a sua APS estão no caminho certo segundo seus usuários.

Com o escore da orientação à APS que foi proporcionado pelo instrumento, podemos ver que o esforço da equipe em oferecer um bom serviço de saúde é percebido de forma positiva pelo seus usuários cadastrados e, hoje, a equipe entende mais do que é uma APS de boa qualidade.

Foi possível verificar que com a longitudinalidade da equipe 006, mesmo em um período turbulento na USFJB com a reforma e greve, se conseguiu chegar a um resultado favorável por essa ferramenta.

Todos os dados apresentados nos permitiram entender o perfil do nosso usuário e seu padrão de uso da USFJB, além de perceber como a ESF consegue atingir seu público de maneira pertinente, bem como os conceitos de qualidade donabedianos (Quadro 14), apesar de todas as dificuldades que o SUS em geral apresenta.

Isso demonstra a importância deste alto investimento da esfera pública para o público do PAB, bem como os das 42.596 equipes de todo este Brasil. A política de saúde brasileira para o SUS precisa continuar nesta direção do fortalecimento da APS.

Vimos através dos instrumentos avaliativos da APS brasileira que evoluímos muito neste caminho e que todas essas ferramentas podem ser muito úteis quando utilizadas em conjunto,

apesar de todas terem suas limitações. Tais instrumentos podem ser aprimorados e, com respeito a isso, faço algumas considerações a eles mais adiante.

O principal caminho para a qualificação da APS é através de seus atributos em todas as instâncias administrativas. Conhecer, estudar e, principalmente, encontrar os caminhos para a aplicação prática dos atributos no cotidiano deve ser um elemento norteador para todos aqueles que trabalham direta ou indiretamente com a APS.

Com os resultados encontrados, podemos dizer que ter um médico especialista em MFC e que se utiliza do MCCP na equipe contribuiu para uma qualificação da equipe como um todo e que prejuízos ao acesso da população (neste caso, a reforma e greve) correspondem a uma piora na avaliação da equipe.

Como a quantidade de atendimentos de um médico ao longo do tempo se mantém estável, vemos que quando não respeitamos um dos princípios do médico de família – qual seja, o da quantidade limitada de pessoas sob a sua responsabilidade –, há uma maior chance de diminuirmos a qualidade do serviço prestado como um todo, mesmo a equipe tendo um especialista na sua composição. Medidas para equilibrar a oferta desses especialistas devem ser tomadas a longo prazo.

A aplicação do PCAT na comunidade nos proporcionou um contato e entendimento maior dos atributos, de maneira que nos foi possível compreender em maior profundidade o que é uma APS de boa qualidade e isso já foi um ganho enorme para a equipe.

O PCATVR é uma nova porta informacional que se abre para estimular uma reflexão da USFJB quanto aos seus desafios futuros no seu contexto da política municipal. Seu uso contribui para entendimentos de processos internos e externos à equipe, o que nos faz entender melhor nossos potenciais e limitações para lidar com os desafios da APS. Porém, esses desafios não estão apenas contidos dentro da USFJB, visto que fazem parte do Sistema Único de Saúde.

Como os objetivos de todo um sistema preocupado com sua qualidade devem ser os pilares donabedianos (Quadro 14), vemos que para atingí-los teremos pela frente alguns tantos desafios a serem solucionados, os quais podem ser divididos nas dimensões política-institucional, organizativa e técnica-assistencial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

E dentro desses desafios, temos os três níveis de gestão: a federal, a estadual e a municipal. Como o financiamento das equipes vem diretamente da esfera federal, a política nacional influencia diretamente o município. Com isso, a política municipal amarra-se na federal, sendo, por isso, importante a inclusão deste aspecto nesta reflexão final. Quanto à esfera

estadual, sem desejar em momento algum diminuir sua importância e considerando suas vicissitudes, a análise de sua influência ficará para um outro trabalho.

7.1 O DESAFIO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

Dentre os principais desafios, é justamente o contexto político-institucional que se apresenta para a equipe como aquele sobre o qual ela tem menor capacidade de gerenciamento, mas que também pode ser mais influenciável quando se incentiva o controle e participação social. Ao divulgar para o seu público seus números de atendimentos e estimular a participação nos colegiados gestores, a equipe pode ajudar numa cobrança mais efetiva dos gestores para mudanças significativas na política de saúde.

No caso de Aracaju especificamente, quando o usuário acessa a mídia, principalmente aquela ligada aos meios de comunicação de massa, a SMS se mobiliza rapidamente para contornar a situação por ele exposta e/ou denunciada.

7.2 NA ESFERA FEDERAL

A Política Nacional da Atenção Básica poderia ser reorganizada de maneira a orientar a nossa ESF segundo os atributos da APS. Contudo, apesar de vermos sinais claros de um movimento nesse sentido, a PNAB poderia ser mais clara em relação a tal direcionamento.

Quanto à territorialização, pela experiência desta equipe, fica evidente que dividir as equipes por área geográfica pode ser interessante num momento inicial, mas a longo prazo, com o crescimento populacional, a população perde na longitudinalidade. Criar mecanismos de manutenção do vínculo com a equipe, além da base geográfica, é crucial para o desenvolvimento do atributo da longitudinalidade com qualidade.

Alguns países já trabalham com a “lista de pacientes”, o que oferece a equipe uma maior autonomia quanto ao cadastramento e à manutenção dos seus usuários do que apenas a base territorial. A lista de pacientes permitiria um controle do quantitativo por equipe e poderia evitar o *overbooking* das equipes. Para a eficiência do controle da “lista” ser mais factível, deveria ser incluído nas equipes um auxiliar administrativo. Este auxiliaria a equipe na organização de seus cadastros e daria à equipe a chance de contar com um funcionário detentor de um conhecimento longitudinal sobre as pessoas cadastradas na sua respectiva área.

Para que tal ideia funcione, um real dimensionamento da quantidade de pessoas por área seria necessário, mesmo que, infelizmente essa prioridade pareça um desvario na conjuntura política atual.

Mesmo assim, faremos um exercício de reflexão no quantitativo estipulado pela PNAB de 3000 almas para cada equipe cuidar. Ao observarmos os resultados da figura 02, vemos que em um grupo de 1000 pessoas vinculados a uma certa equipe, 800 apresentam sintomas ao longo de um mês, dentre as quais, 217 procuram um médico e 113 vão procurar a APS (GREEN et al., 2001). Assim, temos ao mês ao menos 339 pessoas a procurar o serviço por algum sintoma, isto é, por um quadro agudo.

Até para uma equipe com alto rendimento médico, com uma média de 300 atendimentos por mês, o profissional médico não consegue dar conta da quantidade da demanda estimada de pacientes agudos (HARZHEIM; LIMA; HAUSER, 2013). Isso sem contabilizar as pessoas que são doentes crônicas e necessitam de receitas e/ou relatórios médicos etc. Assim, apenas considerando a demanda aguda, ainda temos um saldo negativo de aproximadamente 40 consultas.

A APS tem o dever de administrar seus atendimentos para abranger seus doentes agudos e crônicos, além de demandas sociais, como vimos na tabela 40. Assim sendo, esse quantitativo de consulta, mesmo para a população cadastrada, ainda se mostra aquém das necessidades da população.

Ao considerarmos que não conseguimos estabelecer quantas pessoas estão dentro desse território devido à existência de pessoas não cadastradas, percebemos que esta equipe não consegue ser suficiente para sua demanda.

Mesmo se a equipe estivesse restrita às 3000 pessoas, o que a PNAB estabelece, é bem possível que este número ainda fosse insuficiente para a equipe. Vale ressaltar, todavia, que o fato de Aracaju ter uma política de prescrição protegida para a equipe de enfermagem facilita o acesso a medicamentos já prescritos pelo médico, como anticoncepcionais e anti-hipertensivos, diminuindo a demanda médica de aspectos burocráticos. Ainda assim, segundo o estudo da rede intergerencial de informações para a saúde do MS, vemos que no Nordeste brasileiro, cada pessoa no SUS se consultará 2,2 vezes ao ano. Assim, teremos para nossa população cadastrada uma necessidade média de 6600 consultas por ano, praticamente uma consulta com o médico e outra com a enfermeira ao ano (BRASIL, 2012). Isso nos mostra que mesmo se cumpríssemos à risca os valores populacionais de cobertura da PNAB, ainda assim teríamos uma demanda reprimida.

Uma mudança na PNAB que colocasse um teto de 2500 famílias para cada equipe estaria mais próxima de uma realidade factível do que a atual, aliando-se a isso a concepção de mecanismos mais rápidos para a criação de novas equipes.

Nesse sentido, uma atualização de valores monetários para as equipes mais antigas seria um estimulador, já que a política de estímulo ao preenchimento de áreas de difícil provimento médico estabeleceu um novo patamar de remuneração. É importante valorizar as equipes nessas áreas, mas como se trata de uma política de saúde de longo prazo, para a APS é igualmente importante valorizar as equipes com especialistas e qualidades longitudinais.

Outra mudança importante seria justamente essa: uma postura mais incisiva quanto à necessidade de especialistas da área na APS brasileira nas equipes. Este debate em países desenvolvidos já está completamente ultrapassado devido à superioridade de resultados em estudos qualitativos nesse sentido⁵². Estudos brasileiros com o PCAT que comparam unidades com e sem especialistas demonstram um escore geral maior nas unidades com especialistas (CASTRO et al., 2012; CHOMATAS et al., 2013) e ligadas à formação de residentes em MFC (OLIVEIRA, 2007; HARZHEIM et al., 2016).

O PMAQ, que é o grande instrumento indutor da qualidade na APS brasileira, deveria, também, estimular esse direcionamento. Como vimos, ele necessita de ajustes, além de requerer um processo de validação científica.

Uma sugestão de melhoria à política seria a de utilizar o PCAT na sua versão integral para uma das avaliações externa da equipe. Isso ofereceria três vantagens: a redução do tempo de aplicação, o direcionamento da qualidade em direção aos atributos da APS, assim como o fato de já ser cientificamente validado.

A separação da avaliação da gestão da certificação da equipe contribuiria para um julgamento de gestores e equipes separadamente, a fim de preservar um ou outro de desempenhos ruins externos à sua capacidade de atuação.

Além disso, seus indicadores de saúde precisam ser reavaliados, de maneira a serem mais condizentes com a sua proposta; por exemplo, no caso da coordenação do cuidado, há a necessidade de se usar indicadores que não sejam tão facilmente burláveis.

Uma avaliação estatisticamente significativa dos usuários possibilitaria um cruzamento de dados com os fornecidos pela equipe, diminuindo o risco de valorizar a “PMAQuiagem”, além de crescermos enquanto APS sob o olhar da necessidade de saúde de quem utiliza o sistema. Essa orientação se explica porque é visível a diferença entre a avaliação do serviço pelos usuários e pelos seus profissionais (Gráfico 17).

O cálculo da certificação deveria considerar a longitudinalidade dos membros da equipe, sendo valorizado proporcionalmente à avaliação da equipe pelos seus usuários. Da mesma forma, a divulgação dos resultados das certificações deveria ser mais realizada pelo público em

geral e a variação longitudinal das certificações, que é uma proposta do próprio PMAQ, deveria estar disponível todos os cidadãos. Pelo que pesquisamos, essas informações não estão facilmente disponíveis para a SMS e muito menos para a própria equipe. Os próprios dados do e-SUS deveriam ser publicados e divulgados amplamente, principalmente para a população que recebe o serviço, mas ainda engatinhamos nesse sentido.

7.3 NA ESFERA MUNICIPAL

Em 2004, para a população da época, se intencionava que a cidade tivesse 130 EqSF implantadas. Hoje, apesar do crescimento populacional e da migração para a capital, temos apenas 117 equipes (SANTOS, 2006). Isso mostra um estrangulamento da ESF da cidade que é observado na quantidade dos “extra-área” cada vez mais presentes nas USFs da cidade.

Não é possível que a SMS ignore tal situação, apesar dos ACSs não cadastrarem mais novos moradores do território. Não é por falta de cobranças dessa necessidade das EqSF aos seus apoiadores institucionais que a SMS não enxerga a situação. Inclusive, até a população leiga já percebeu o problema e reivindica um aumento do contingente de profissionais.

Como vimos, a qualidade do MFC depende de se ter uma população definida, de maneira que este possa pensar em estratégias para o enfrentamento da demanda. Entretanto, com um número de pessoas indefinido, os “extra-área”, esse tipo de planejamento não é possível e a qualidade como um todo fica comprometida.

Como o grande fomentador da APS brasileira ainda é o governo federal com seu repasse de verbas direto às prefeituras para o investimento em equipes da ESF, temos um impasse neste momento histórico. O investimento crescente na APS fomentado pelo MS foi suspenso nos últimos anos, principalmente depois da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 que limita os gastos gerais da União, estabelecendo um congelamento de seu orçamento por 20 anos (PINTO, 2018; BRASIL, 2016). No momento, nos parece que qualquer investimento no crescimento na APS de Aracaju deverá ser exclusivamente municipal.

Ao que tudo indica, a prefeitura de Aracaju não tem interesse em investir no aumento do efetivo do funcionalismo público por concurso. A política de contratação nos últimos 3 anos de gestão tem se mostrado mais voltada para a contratação de trabalhadores temporários e, mesmo assim, a SMS não consegue prover todas as vagas dos profissionais médicos. Esse fato é piorado com a aposentadoria de muitos funcionários, diminuindo gradualmente um efetivo fixo que não tem sido repostos.

O maior investimento da prefeitura é na reforma de suas unidades de saúde e num prontuário eletrônico de baixa qualidade para a APS. O prontuário eletrônico tem diminuído a eficiência das equipes, pois aumenta o tempo da consulta por motivos burocráticos.

Ainda falta à SMS entender que há a necessidade do fortalecimento de sua APS através da qualificação de suas equipes, porém, não parece que essa diretriz esteja inclusa nos seus planos, haja vista a diminuição de investimentos na educação permanente em saúde, no matriciamento e no apoio institucional nos últimos anos.

Todavia, nem tudo é tristeza neste caminho. O estímulo e aumento das equipes avaliadas pelo PMAQ 3º ciclo demonstram um interesse real da gestão na avaliação das equipes, bem como no seu incremento financeiro. Porém, os dados encontrados nesta pesquisa mostram que a APS aracajuana precisa de mudanças efetivas para sua qualificação e que apenas o PMAQ não é o suficiente para isso.

7.4 O DESAFIO ORGANIZATIVO

É preciso que a prefeitura compreenda que um sistema de saúde precisa oferecer os 4 atributos essenciais: Acesso, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação do Cuidado. Sem eles, a APS aracajuana não vai conseguir atingir um nível de excelência sozinha. Para que isso ocorra, é preciso melhorar o acesso a todos os níveis da RAS e melhorar seu sistema de informação, o que significa que não adianta só investir na APS, mas a rede como um todo precisa funcionar.

Para funcionar melhor, a APS necessita que a atenção secundária funcione. Sem um funcionamento adequado da rede de apoio diagnóstico, o estrangulamento da APS fica pior. Isso se justifica pelo fato da demanda retornar à APS sem resolução ou controle adequado, demandando mais consultas que, por sua vez, apresentam pouca efetividade.

Quando acontece da pessoa conseguir chegar à atenção secundária, a falta de comunicação da APS com a RAS não contribui para a eficácia do sistema. As informações geradas numa consulta com um especialista focal ajudam a qualificar a APS no cuidado ao cidadão, configurando situações em que a equipe poderia aprender com as abordagens dos outros níveis de atenção, evitando novos encaminhamentos que se mostram falhos e carentes de um mecanismo eficiente. A correção desse problema otimizaria o sistema como um todo por ajudar a descongestionar os especialistas focais por motivos desnecessários.

Em outras palavras, melhorar os mecanismos municipais de informação prestados pelos seus servidores é fundamental para que a saúde aracajuana consiga sair do seu processo de retração. Nesse sentido, desenvolver formas de realizar uma avaliação e monitoramento

contínuos de sua política de saúde e da qualidade do serviço prestado pelos seus servidores seria um bom caminho inicial para mudança nessa caminhada.

Tudo indica que a SMS não tem um projeto claro para qualificar a sua APS, bem com o resto de sua RAS. Vimos que investir na estrutura física e no registro das consultas ajudam, mas a qualidade da atenção à saúde ainda depende das pessoas que fazem a rede funcionar.

Até o momento, não há nenhuma política de valorização do servidor em termos qualitativos da própria SMS, sem contar o plano de cargos e carreiras da prefeitura. Nem mesmo aumentos salariais foram realizados há 3 anos. Também não há nenhuma diferenciação de seus colaboradores quanto à qualidade do serviço prestado, o que é um problema comum ao funcionalismo público, que pune com a indiferença o trabalhador diferenciado.

O concurso público que, aparentemente, seria uma boa saída para estimular a longitudinalidade por via da municipalidade, não é um fator determinante para manter o médico em seu posto de trabalho e nem a garantia de ganho em qualidade nos atributos da APS (NEY; RODRIGUES, 2012), assim, influencia pouco na eficácia do sistema.

De qualquer forma, hoje em dia, a forma de contratação é via processo seletivo simplificado que garante a esses funcionários uma estabilidade de, no máximo, 2 anos e, infelizmente, a qualificação desses profissionais não é o fator determinante para sua contratação.

A SMS pouco orienta seus contratados quanto a algum parâmetro de qualidade e isso faz com que a uniformidade de ação dos profissionais recém-chegados não seja minimamente nivelada, o que proporciona uma heterogeneidade de ações que não qualifica basicamente a sua rede da APS.

A prefeitura de Aracaju ainda segue um caminho ignóbil ao culpabilizar o servidor pelo sistema que não funciona. O servidor tem uma dose de responsabilidade na oferta do serviço, mas ele não pode ser responsabilizado completamente pelas falhas de um sistema multifatorial. Infelizmente, para uma grande parte dos usuários é mais fácil “comprar” essa ideia do que ter uma visão abrangente do problema da saúde pública da cidade.

Talvez a saída mais eficiente seja a SMS investir na formação de novos profissionais de saúde, oferecendo a residência médica de MFC e a especialização da enfermagem com uma programação de contratação desses especialistas conforme o crescimento da cidade. A SMS em 2017 investiu na complementação de bolsa para dois residentes, porém, seu investimento foi pontual e não houve nenhum interesse na SMS em manter esse programa.

7.5 O DESAFIO TÉCNICO-ASSISTENCIAL DENTRO DA EQUIPE

Temos nossas limitações, mas ainda podemos caminhar dentro dos processos organizativos e técnico-assistenciais, como fazemos há 20 anos. Isso é um compromisso da equipe em poder resolver o máximo de situações com nossos próprios meios.

O limite político-institucional é aquele sobre o qual temos menos capacidade de sermos resolutivos e dependem de caminhos mais demorados para vermos mudanças práticas. Porém, ao avaliar esses 20 anos de trajetória da USFJB, podemos dizer que a política da APS é muito mais valorizada agora e por todos os seus atores, sejam eles gestores, profissionais ou usuários.

Em termos legislativos, tivemos avanços consideráveis nos últimos 20 anos que nos possibilitam afirmar que a política da APS brasileira avançou em termos gerais e que a política de avaliação é um de seus maiores ganhos. A necessidade da qualificação da APS no Brasil é um fato, apesar de se observar alguns regressos nesse horizonte, incluindo-se nesse escopo a desatualização da prestação de contas em números pelo site do MS na internet.

Mesmo assim, ainda temos uma grande caminhada a fazer no que tange a aumentar a compreensão do usuário frente às restrições da política de saúde atual e aos caminhos possíveis para sua mudança. A participação popular para “convencer” os agentes político da necessidade de uma maior cobertura e qualidade da ESF é fundamental, porém, é necessário que o usuário compreenda isso. A equipe da USFJB saúde precisa se aliar a seus usuários nesta luta ingrata que é defender o SUS.

Para que estimulemos ainda mais a participação popular, é necessário fortalecer continuamente o conselho local de saúde, de maneira a poder tornar este órgão mais efetivo. Este pode contribuir em melhorias nas equipes e na gestão frente às necessidades da equipe e da comunidade, viabilizando a resolução de questões individuais e coletivas de forma mais patente.

Como podemos perceber na conferência local de saúde, os desejos dos usuários são vinculados aos desejos da equipe e com uma boa articulação entre os dois, é possível um apoio mútuo em benefício da comunidade e da USFJB.

Esse caminho é o aprofundamento da nossa democracia que ainda engatinha, mas desde sempre sofre com nossos afinidades totalitaristas. O próprio campo da saúde é um exemplo dessa afinidade, ao tentar controlar os corpos por meio da definição do que é o “normal”. Ainda teremos que avançar muito no campo da “democracia do cuidado” para que possamos incrementar o diálogo dos (e nos) tratamentos de nossos usuários e nas suas reivindicações imediatistas.

Um caminho que se abre para a “democracia do cuidado” é o MCCP que considera a opinião do usuário antes de estabelecer um plano terapêutico. O PCATVR indica que esse caminho é trilhado por nossa equipe, porém, nem sempre é utilizado, pois depende da demanda do dia. Às vezes, precisamos deixar o MCCP de lado, pois qualquer negociação demanda mais tempo que uma postura mais autoritária. Mesmo assim, nosso afiliado percebe essa preocupação por parte da equipe, demonstrando que na maioria das vezes conseguimos ser mais democráticos.

Quanto a questões internas da equipe, é imprescindível que observemos as falhas do nosso serviço para que possamos corrigir o rumo e consigamos atingir uma melhor eficácia de nossas ações em equipe. É nesta dimensão que este estudo contribui mais com a equipe.

Uma das informações obtidas foi durante o sorteio da amostra, quando descobrimos que o cadastro dos ACSs se encontra muito desatualizado, dado que se pôde verificar a taxa média de 23% de “pastas-família” com informações ultrapassadas ou não preenchidas. O sorteio acabou sendo uma auditoria nessas “pastas-família”, o que sugere que essas informações devem ser melhoradas na equipe.

A falta de um bom controle do cadastramento dos usuários faz piorar as barreiras de acesso encontradas pelos “extra-área”, pois muitos desses cadastros “falsos” poderiam ser utilizados por novas famílias. Como o quantitativo de famílias supera o número de possíveis vagas abertas, seria interessante selecionar as famílias segundo um perfil de risco familiar, priorizando as que tenham algum tipo de doença crônica como diabetes e problemas mentais.

Outro ponto que necessita melhorar é o georreferenciamento do povoado. Este quesito é complexo e necessitaria de uma articulação entre diversos atores para sua melhoria. Talvez uma parceria entre o conselho local de saúde e a prefeitura poderia estimular a criação de comitês de moradores de cada rua, de maneira a resolvermos os problemas de nomes e numeração. Isso ajudaria a padronizar e organizar as referências cartográficas do bairro, facilitando a aplicação de novas pesquisas e a orientação da equipe para as visitas domiciliares.

Outra questão a ser considerada é que todas as nossas ACS são mulheres e nosso bairro apresenta lugares distantes e ermos que podem as colocar em risco de algum tipo de violência de gênero, devendo a equipe pensar em mudar as estratégias de visita para esses lugares.

Faz-se mister ainda considerar como lidar com a pressão assistencial sem depender da esfera federal e municipal, pois o usuário, cadastrado ou não, está lá, doente (ou se sentindo doente) e necessitando de algum tipo de um atendimento, de uma repetição de receita ou de

um encaminhamento. Nosso acolhimento ainda é muito médico-dependente e isso poderia ser mudado para um equilíbrio maior.

É possível que, dada a característica da equipe de que **todos** os seus membros moram na comunidade, a dificuldade em dizer “não” seja maior. Esse usuário em processo agudo de adoecimento é parte de nosso cotidiano, independentemente de nossa vida profissional. Nós os encontramos no mercadinho, na farmácia, na academia, na prainha etc. e os usuários, por sua vez, nos observam nas nossas movimentações “civis”. Assim, ao não resolver um problema no local de trabalho, há uma possibilidade de encontro fora do seu horário de trabalho. Há uma dificuldade das pessoas da comunidade em separar a pessoa do profissional e temos de criar mecanismos para lidar com as abordagens fora do horário de atendimento. A principal é fornecer um acesso facilitado aos usuários agudos apesar da saturação da equipe e, em contrapartida, reduzir as ações burocráticas e aumentar o atendimento em grupos, o que poderia ser uma saída para abrir espaços na agenda da equipe.

Independentemente dessas estratégias, o vínculo com os usuários tem um efeito empático nos profissionais, deixando-nos mais sensíveis ao sofrimento alheio. Dessa maneira, criar e divulgar para a comunidade seus protocolos de atendimento tornaria mais fácil para a equipe de lidar objetivamente com essa problemática. Porém, mesmo com esse cuidado, infelizmente, há pessoas que, ao conhecerem as situações mais propícias para um atendimento mais rápido, tentam burlar as regras ocultando o real motivo de suas consultas. Separar o “joio do trigo” não é tarefa para principiantes, pois algumas pessoas vão se utilizar dessa abertura da equipe e de sua empatia para chegarem a seu objetivo a qualquer custo.

A saída é ter uma atitude uniforme em todos os membros da equipe para que não haja ruídos de comunicação entre seus membros causados pela ansia do usuário ser atendido. Esse entendimento é fundamental para o bom funcionamento da equipe, devendo o profissional que acolhe a queixa da pessoa também se responsabilizar por lidar com a reação da pessoa frente à negativa de resposta à sua demanda.

7.6 O INSTRUMENTO

Diante dessa avaliação pelo PCATVR, é possível dizer que o instrumento, apesar de suas limitações, conseguiu agregar informações interessantes para a avaliação da equipe em geral.

No entanto, ainda que seja de fácil aplicação, a ausência de um manual específico para a aplicação da versão reduzida dificulta uma padronização de seu uso. Esse documento poderia

explicar de onde surgiram as perguntas E10, E11 e E13 (não constam na versão integral para adultos) e porque a pergunta F3 foi completamente alterada. O componente E6 deveria funcionar como E1 no instrumento integral e condicionar a resposta de todos os outros itens. Além disso, o manual poderia deixar bem claro que o instrumento reduzido não serve para calcular o escore essencial e por atributo, o que evita erros de interpretação, como vimos na pesquisa de Gontijo⁸⁵.

Cabe ainda frisar, para além da fácil aplicação do PCATVR potencializada pelo uso do aplicativo Kobotool® e mesmo com todos os cuidados para evitar a coleta de dados enviesados, que não é o mais recomendado que a própria equipe coordene a coleta de dados. O ideal seria que um órgão externo à equipe, como a prefeitura, investisse nessa forma de avaliação.

O próprio PCAT original prevê a aplicação do questionário por telefone e, hoje, com o desenvolvimento tecnológico, pode se desenvolver métodos de entrevista via redes sociais, como o WhatsApp®, associados a programas de coleta de dados, o que diminuiria muito o custo de uma pesquisa municipal.

Num primeiro momento seria mais apropriada a aplicação da versão integral e para uma avaliação longitudinal das equipes, o uso da versão reduzida facilitaria o processo. Se necessário, um ou mais atributos da sua versão integral poderiam ser selecionados para comparação com o resultado inicial.

Um investimento dessa magnitude da prefeitura de Aracaju demonstraria uma real intenção de mudar a realidade da política de saúde da cidade.

7.7 FINAL

Diante de todas essas avaliações pelas quais a equipe 006 passou ao longo desses 20 anos de existência, vemos que apesar da grande pressão assistencial e da quantidade crescente dos “extra-área”, os afiliados da USFJB ainda conseguem “perceber” que recebem um serviço com um bom grau de orientação para APS.

Ao considerarmos os dados do 1º ciclo do PMAQ de Aracaju e o resultado da avaliação de suas equipes no 3º ciclo do PMAQ, comparando-os com o resultado positivo de nossas avaliações, seja no PMAQ ou no PCATVR, constatamos que o esforço da equipe 006 conseguiu superar seus próprios obstáculos e os de ordem das gestões municipais, demonstrando uma dupla vitória.

Independentemente da maioria dos dados aqui apresentados serem relativos ao médico da equipe 006, este não teria conseguido obter este resultado se não fosse o esforço de toda a

equipe. Obviamente, porém, a alta performance mantida por esse profissional influencia toda a equipe, que acaba sendo empurrada para se desdobrar em acompanhar esse frenesi pessoal.

Interessante observar os significados desta palavra no dicionário, que nos brinda com a seguinte definição (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, 2019, s. p.):

- Exaltação violenta capaz de fazer com que alguém perca a razão;
- inquietação do espírito; excitação;
- excesso em uma paixão; arrebatamento;
- movimentação intensa e excessiva.

Todos esses significados foram sentidos ao longo desses 15 anos de longitudinalidade do médico por ele e respingados na equipe 006 como um todo. A intensidade é que foi diferente a cada dia e, hoje, é possível dizer que sem o esforço da equipe em acompanhar toda essa energia em prol da nossa comunidade, nosso resultado não seria o mesmo.

Com isso, termino este trabalho agradecendo todo esse esforço em conjunto.

Aos meus colegas de trabalho, digo: ESTAMOS TODOS DE PARABÉNS!

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **The Graduate Education of Physicians: The report of the citizens commission on graduate medical education**. Chicago: American Medical Association, 1966.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Contra a reformulação da PNAB: nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em 09 Jan 2019.
- BASTOS, Mayara Lisboa et al. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. **PLoS One**, vc, 12, n. 8, e0182336, 2017.
- BASU, Sanjay et al. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. **Jama Intern Med**, v. 179, n. 4, p. 506-514, 2019.
- BORGIEL, Alex et al. Quality of care in family practice: does residency training make a difference?. **CMAJ**, v. 140, n. 9, p. 1035-1043, 1989.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 20 Mai 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2004 a 12/2004. Acesso em: 04 Set 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva núcleo técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: Equipe de referência e apoio matricial**. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2005 a 12/2005. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 4.0. **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2005**. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. Acesso em: 11 Abr 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2006 a 12/2006. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 08 Jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2007 a 12/2007. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jan 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2008 a 12/2008. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.0. **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2009**. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. Acesso em: 30 Abr 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2009 a 12/2009. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2010 a 12/2010. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2011 a 12/2011. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.1. **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2010**. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 2010a. Acesso em: 14 Fev 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 138, p. 79, 20 julho 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2012 a 12/2012. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Características dos indicadores**: fichas de qualificação. Número de consultas médicas (SUS) por habitante: F.1- 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **AMAQ** - Autoavaliação para a melhoria do acesso e qualidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2013 a 12/2013. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes Nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas coordenação de trabalho e rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas –

Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em: 23 Abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2014 a 12/2014. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012** – Gestão da Atenção Básica/ Ações da Gestão para Qualificação das equipes de Atenção Básica, v. 2, n. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012** – Gestão da Atenção Básica/Características das Unidades Básicas de Saúde, v 2, n. 1. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6. **Sistema de Informação de Atenção Básica**. Série histórica da produção. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. 01/2015 a 12/2015. 2015b. Acesso em: 04 Set 2018.

BRASIL. Senado federal. Emenda constitucional nº 95 de 15 de novembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 2, col. 2,16 dezembro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde/DAB – DATASUS. Versão 6.6.1. **Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2015**. 2015c. Município: Aracaju. Segmento: 05 – Areia Branca/Mosqueiro – (Zona urbana). Equipe:006 – Areia Branca. INE:0000172871. Acesso em: 04 Jul 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você** – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro Ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as equipes de atenção básica e nasf**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ) – 3º Ciclo (2015-2017). Brasília: Ministério da Saúde: 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica**. 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 13 Jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Departamento da Atenção Básica**. 2018a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf. Acesso em: 04 Jan 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-Gestor da atenção básica: Informação e gestão da atenção básica. **Relatórios públicos dos sistemas da atenção básica**. Sistema de informação da atenção básica. Sergipe, Aracaju; 01/03/17 a 31/12/2018, INE 172871. 2019. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorio/envio/RelPubEnvStatusEnvio.xhtml>. Acesso em: 01 Mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Sistema de informação da atenção básica**: Apresentação. 2019a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>. Acesso em: 15 Mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Lista de certificação do 3º ciclo do PMAQ**. 2019b. Disponível em: https://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/1_lista_certificacao_3_ciclo_PMAQ.xlsx. Acesso em: 18 Mar 2019.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 252-264, 2014.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. esp, p. 252-264, 2014.

CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicol. Estud.**, v.7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 279-295, 2014.

CARVALHO, Rubens Araújo. **U507**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Cg3WXi2Zg9Q>. Acesso em 20 Abr 2018.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de. Evidências dos benefícios da medicina centrada na pessoa. In: AUGUSTO, Daniel Knupp; UMPIERRE, Roberto (Org.). **Programa de atualização em Medicina de Família e Comunidade**: Ciclo 8/organizado pela Sociedade de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2013, p. 9-50.

CAVAZOTTE, Flávia de Souza Costa Neves; MORENO Jr., Valter de Assis; TURANO, Lucas Martins. Cultura de aprendizagem contínua, atitudes e desempenho no trabalho: uma comparação entre empresas do setor público e privado. *Rev Adm Pública*, v. 49, n. 6, p. 1555-1579, 2015.

CHOMATAS, Eliane et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n.9, p. 294-303, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.227/18. Define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 58, 06 fevereiro 2019. Seção I.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 1821/2007. Aprova normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 252, 23 novembro 2007. Seção I.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 2.217/18. Aprova o código de ética médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 179, 01 novembro 2018. Seção I.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n° 2.228/19. Revoga a Resolução do CFM n° 2227/18, publicada no D.O.U. de 6 de fevereiro de 2019, Seção I, p.58, a qual define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias, e restabelece expressamente a vigência da Resolução CFM n° 1643/2002, publicada no D.O.U. de 26 agosto de 2002, Seção I, p.205. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 91, 06 março 2019. Seção I.

COSTA, Ana; PEDRO, Raquel; MAGALHÃES, Sara. Medicina Geral e Familiar em Portugal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 295-299, 2014.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

D'ÁVILA, Otávio Pereira et al. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em <https://www.dicio.com.br/>. Acesso em: 19 Jan 2019.

DOMINGOS, Carolina Milena et al. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, e00181314, 2016.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

ELIAS, Paulo Eduardo et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

ESCOREL, Sara et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, 2007.

FALK, João Werner; GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. Medicina de família e comunidade como especialidade médica e profissão. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 12-16.

F5 NEWS. **Pacientes alegam dificuldades para conseguir marcar exames em Aracaju**. Disponível em: <http://www.f5news.com.br/cotidiano/pacientes-alegam-dificuldades-para-conseguir-marcar-exames-em-aracaju-53129/>. Acesso em: 06 Mai 2019.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná.** 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FILHO, João Batista Cavalcante. Introdução: O PMAQ em Sergipe. In: FILHO, João Batista Cavalcante (Org.). **Olhares sobre a atenção básica em Sergipe: vivências na realização da avaliação externa do PMAQ.** São Cristóvão: Editora UFS, 2015.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FRANÇA, Tânia et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1817-1828, 2017.

GÉRVAS, Juan. Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento). *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 223-224, 2013.

GERVAS, Juan; FERNANDEZ, Mercedes Pérez. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 9, n. 1, p. 147-149, 2006.

GOMES, Andréia Patrícia et al. Atenção primária à saúde e formação médica: entre episteme e práxis. **Rev. bras. educ. med.**, v. 36, n. 4, p. 541-549, 2012.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues. **Associação entre qualidade da atenção primária à saúde e internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde nos serviços públicos de saúde em Porto Alegre: um estudo através de relacionamento probabilístico de base de dados.** 2013. 172 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

GONTIJO, Tarcísio Laerte et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde debate**, v. 41, n. 114, p. 741-752, 2017.

GREEN, Larry et al. The ecology of medical care revisited. **New England journal of medicine**, v. 344, n. 26, p. 2021-2025, 2001.

HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, Erno 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. 274-284, 2013.

HARZHEIM, Erno; LIMA, Karine Margarites; HAUSER, Lisiane. **Reforma da atenção primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – Avaliação dos três primeiros anos de clínicas de família: Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro. Organização Pan-americana da saúde. Porto Alegre: OPAS, 2013.

HARZHEIM, Erno et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n.5, p. 1399-1408, 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Defining primary care**: An interim report. Washington: The National Academies Press, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE diz que número de pessoas que moram no mesmo domicílio caiu**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2010/09/ibge-diz-que-numero-de-pessoas-que-moram-no-mesmo-domicilio-caiu>. Acesso em: 06 Abr 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua**: 2012-2017. Características Gerais dos Moradores, 2017. Sergipe. 2017. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=se&tema=pnadcont_2012_2017_caract_gerais_morad. Acesso em: 11 Abr 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua**. Tabelas das Capitais das Unidades da Federação. 4º trimestre de 2018. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html?t=resultados>. Acesso em: 11 Abr 2019.

JORNAL DE SERGIPE. Sem Estrutura médico atende pacientes embaixo de árvore. **Jornal de Sergipe**. Sergipe, 27 Abr 2016. Disponível em: <http://jornaldesergipe.blogspot.com/2016/04/sem-estrutura-medico-atende-pacientes-embaixo-de-arvore-em-aracaju.html>. Acesso em: 07 Jan 2018.

JUSTINO, André Luis Andrade; OLIVER, Lourdes Luzón; MELO, Thayse Palhano de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1471-1480, 2016.

KANNO, Natália de Paula; BELLODI, Patrícia Lacerda; TESS, Beatriz Helena. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saude soc.**, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

KAIS, Diego. **Alfa de Cronbach**. Disponível em: https://www.academia.edu/11593605/Alfa_de_Cronbach. Acesso em: 10 Abr 2019.

KIDD, Michael (Org.). **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde**: um guia da organização mundial de médicos de família (WONCA). Porto Alegre: Artmed, 2016.

KOBOTOOL. **KoboToolBox**. Disponível em: <https://www.kobotoolbox.org/>. Acesso em: 04 Jan 2018.

KRINGOS, Dionne et al. Europe's Strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Affairs**, v. 32, n. 4, p. 686-694, 2013.

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (Org.). **Tratado de**

Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, capítulo 15, s.p.

LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Princípios da medicina de família e comunidade. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** Princípios, formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, s.p.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, 2018.

MACINKO, James et al. Going to scale with community based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Soc Sci Med.**, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.

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

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MCWHINNEY, Ian; FREEMAN, Thomas. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEY, Márcia Silveira; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à Saúde entre os serviços de atenção Primária em Porto Alegre:** Uma Análise Agregada. 2007. 118 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 256-263, 2013.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Gasto anual em saúde. 2017. Disponível em: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. Acesso em: 31 Mar 19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acesso em 20 Abr 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Primários à Saúde:** Agora mais que nunca. 2008. Disponível em: http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf. Acesso em: 09 Jan 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 09 Jan 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Astana**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0. Acesso em: 04 Jan 2019.

PAULA, Cristiane Cardoso de et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 8, n.1, p. 4056-4078, 2016.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 7, n. 1, p. 75-82, 2007.

PINTO, Helder. Análise da mudança da política nacional da atenção básica. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. **11º Conferência Municipal de Saúde de Aracaju**. Conferência Local de Saúde. 2019.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 209-220, 2014.

RECH, Milena Rodrigues Agostinho et al. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e164, 2018.
RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Residência em Medicina de família e comunidade. **Secretário de saúde recebe o maior prêmio de MFC do mundo**. Disponível em: <http://www.rmfcrio.org/2016/11/secretario-de-saude-recebe-o-maior.htm>. Acesso em: 03 Abr. 2019.

SALA, Arnaldo et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude soc.**, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde todo dia: uma construção coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: o desafio da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

SCHEFFER, Mário; BIANCARELLI, Aureliano; CASSENOTE, Alex. **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SCHEFFER, Mário et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SHI, Leiyu. Primary care, specialty care, and life chances. **Int J Health Serv.**, v. 24, n. 3, p. 431-458, 1994.

SHI, Leiyu et al. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties, 1990. **Am J Public Health**, v. 95, n. 4, p. 674-680, 2005.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

SILVA, Carla Silvana de Oliveira e et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Nota sobre a revisão da política nacional da atenção básica (PNAB)**. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/Nota%20PNAB.pdf>. Acesso em: 09 Fev 2019.

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

TAKEDA, Sílvia. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 76-87.

TESSER, Charles Dalcalane; NORMAN, Armando Henrique. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde soc.**, v. 23, n.3, p. 869-883, 2014.

TRINDADE, Thiago Gomes da. **Associação entre extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre**. 2007. 145 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. s148-s158, 2008.

VASCONCELOS, Leda Lúcia Couto et al. Analisando o PMAQ pelo olhar dos entrevistadores. In: FILHO, João Batista Cavalcante (Org.). **Olhares sobre a Atenção Básica em Sergipe – Relatos e Experiências**, v. 2. São Cristóvão: Editora UFS, 2018, p. 81-93.

VIDAL, Tiago Barra; ROCHA, Suelen Alves, TESSER, Charles Dalcalane; HARZHEIM, Erno. Modelos de acesso ao cuidado pelo médico de família e comunidade na atenção primária à saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e Prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, capítulo 5, s.p.

ZOU, Yaming et al. General practitioners versus other physicians in the quality of primary care: a cross-sectional study in Guandong Province, China. **BMC Fam Pract**, v. 16, p. 34, 2015.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****A ORIENTAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO BEZERRA**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “A orientação à atenção Primária da Equipe 006 na Unidade de Saúde da Família “João Bezerra, das pesquisadoras Professora Doutora Divanise Suruagy, Professora Doutora Cristina Guilan e o mestrando Rubens Araujo de Carvalho.

A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a avaliar o grau de orientação à atenção primária da equipe 006 da Unidade de Saúde da Família “João Bezerra” através de um questionário estruturado para avaliar a qualidade do serviço prestado por esta equipe segundo conceitos internacionais.
2. A importância deste estudo é a de aprimorar o serviço de saúde prestado à população de responsabilidade da equipe 006.
3. Os resultados que se desejam alcançar são um resultado positivo no instrumento em relação aos conceitos de atenção primária
4. A coleta de dados começará em agosto de 2018 e terminará em setembro de 2018.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: primeiro se sorteia os possíveis entrevistados dos moradores que preencherem os critérios de inclusão que são ser morador do povoado de Areia Branca há mais de um ano sendo cadastrado por agente de saúde da equipe 006 com pasta-família, ser maior de 20 anos e estar em pleno gozo de suas faculdades mentais.
6. A sua participação será responder ao questionário da pesquisa que consiste em 35 perguntas.
7. O possível risco à sua saúde física e/ou mental é a quebra do sigilo de sua entrevista o que poderia acarretar a um atendimento diferenciado na USF “João Bezerra” pela equipe responsável por sua família.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, é uma melhoria no serviço de atenção à saúde da população sob a responsabilidade da equipe 006
9. Você poderá contar com a seguinte assistência, caso necessite, sendo responsável por ela: Rubens Araujo de Carvalho – (79) 991097553 ou em horário comercial 31792508.
10. Você será informado(a) e convidado a participar da apresentação do resultado final do projeto ao ser realizada na USF “João Bezerra” e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu,, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina
Endereço: Av. Dr. Lourival Melo Mota, S/N.

Complemento: Campus A. C. Simões – Cidade Universitária – Tabuleiro do Martins,

Cidade/CEP: Maceió, AL/ CEP: 57072-900

Telefone: (82) 999733275

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr. Rubens Araujo de Carvalho

Endereço: Rodovia Ecologista Chico Mendes, 1956 -Povoado de Areia Branca

Complemento: Unidade de Saúde da Família “João Bezerra”

Cidade/CEP: Aracaju, SE / CEP:49007-000

Telefone: (79) 991097553

Ponto de referência: Em frente ao restaurante o Rei do Goiamum

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Aracaju, de..... de 2018.

