

LIZ PONNET

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS  
NO MUNICÍPIO DE JOANÓPOLIS, SÃO PAULO, BRASIL

Tese apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo para obtenção  
do título de Doutor em Ciências

São Paulo

2016

# ERRATA

---

LIZ PONNET

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS  
NO MUNICÍPIO DE JOANÓPOLIS, SÃO PAULO, BRASIL

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo para obtenção do título de  
Doutor em Ciências Médicas

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva  
Demarzo

Co-orientador: Prof. Guilherme Arantes  
Mello

Co-orientadora na Bélgica: Prof<sup>ª</sup>. Sara  
Willems (Ghent University)

São Paulo  
2016

NÃO AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, ATÉ A PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS.

Ficha catalográfica

Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina

Ponnet, Liz

Avaliação da Atenção Primária à Saúde de crianças no Município de Joanópolis, São Paulo, Brasil /Liz Ponnet - São Paulo, 2016. 146f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.

Title in English: Evaluation of Primary Health Care for children in the municipality of Joanópolis, State of São Paulo, Brazil.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acessibilidade aos serviços de saúde. 3. Crianças.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
MEDICINA PREVENTIVA

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Rebeca de Souza e Silva

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva: Profa. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

LIZ PONNET

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS  
NO MUNICÍPIO DE JOANÓPOLIS, SÃO PAULO, BRASIL

**BANCA EXAMINADORA:**

**Titulares:**

Prof. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Professor do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Coletiva, UNIFESP.

Profa. Ana Luiza d'Ávila, Professora doutora no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Profa. Dra. Aldaisa Cassanho Forster, Professora associada do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, USP Ribeirão Preto.

Profa. Dra. Aylene Emilia Moraes Bousquat, Professora do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

Profa. Mariangela Cainelli, Professora do Departamento de Medicina Preventiva, UNIFESP.

**Suplentes:**

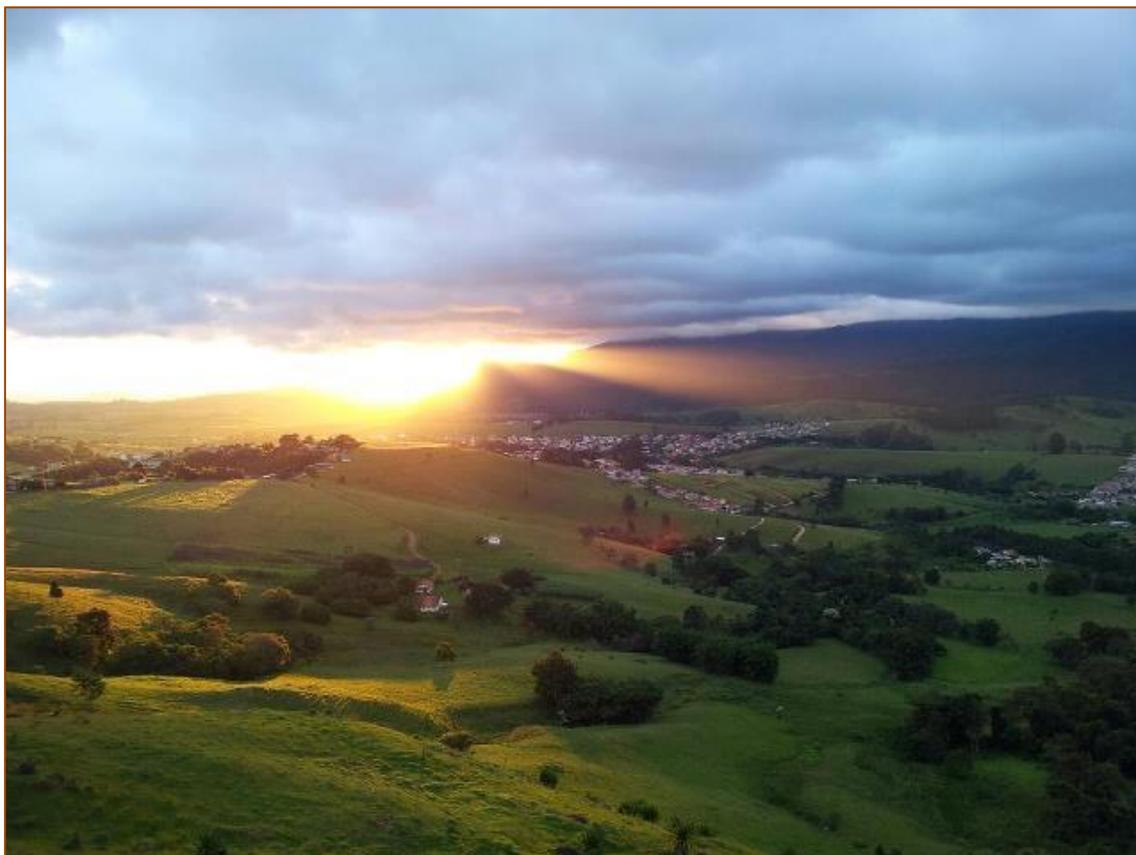
Profa. Dra. Bianca de Almeida Pititto, Professora do Departamento de Medicina Preventiva, UNIFESP.

Profa. Sara Willems, Professora do Departamento de Atenção Primária à Saúde e Medicina da Família, Faculdade de Medicina e Ciências de Saúde, Ghent University, Bélgica.



## DEDICATÓRIA

---



Joanópolis, arquivo pessoal

Dedico esta tese aos meus amigos da zona rural em Joanópolis, a Joia da Mantiqueira.

Um belo dia, Sandra e eu, ambas grávidas, estávamos conversando sobre o que faríamos se tivéssemos um problema de saúde, porque estávamos tão longe da cidade, com estradas de terra em péssimo estado, e numa situação onde o rádio era o meio de comunicação mais confiável que o telefone rural. Acredito que, naquele dia, a semente deste projeto de pesquisa foi plantada. Sempre gostei de ouvir as histórias de vida das pessoas e expresso minha gratidão à Dona Cacilda, Sr. Dito, Cris, Rosa, Nadeia, Felipe, Enzo, Ivan, Sr. Oscar, Dona Maria, Dona Cida e muitos outros, para compartilharem um pouco das suas histórias de vida comigo. Libertad, toda a equipe de Ponto de Luz, Liliam, Izabel, Lygia, Glauco, Cristina, Manuel, Dona Ivone, Dona Edite e todos os amigos da zona rural: aprendi muito com vocês. Eu, médica de família belga, (*huisarts* em holandês, significando o médico da casa), fui aprendendo (sem perceber) sobre a organização de serviços de saúde, fui introduzida à medicina da mata e aos benzimentos, me espantei ouvindo sobre orixás e espíritos, e... escrevi este projeto de pesquisa. Espero que esta tese esteja à altura destes ensinamentos.

## AGRADECIMENTOS

---

À Nossa Senhora me guiando neste trabalho.

Agradeço a todos os usuários do SUS. Agradeço de coração a cada usuário do SUS de Joanópolis por compartilhar seu tempo na realização desta pesquisa.

À Prefeitura, à Secretaria de Saúde, e ao Conselho Municipal de Saúde da Estância Turística de Joanópolis pelo apoio ao projeto. Estendo minha gratidão a toda a equipe do centro de saúde, do Pronto Socorro e de todas as unidades de saúde de Joanópolis.

Minha gratidão à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marleen Temmerman, ICRH, pela revisão do primeiro esboço deste trabalho e por estimular-me a elaborá-lo como projeto de doutorado.

Ao Prof. Paulo Elias, in memoriam: durante essa única reunião em São Paulo aprendi mais que durante vários outros cursos.

Ao Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo, por orientar-me neste projeto de doutorado. Agradeço-lhe pela paciência e confiança.

Ao Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello pela co-orientação deste doutorado. As conversas longas serão lembradas.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sara Willems (Ghent University) pela orientação do doutorado em sanduiche. Obrigada para explicar-me sobre a equidade nos serviços de saúde. Aprendo muito com você. À Dra. Veerle Vyncke (Ghent University) pelo curso emergencial de SPSS e pela colaboração agradável.

À Prof<sup>a</sup>. Grazielle Bertolini dos Santos, então Secretária de Saúde de Joanópolis, que é uma destas pessoas maravilhosas que chama o SUS.

À Susie Scherl pela sua dedicação neste projeto.

Esta tese não seria possível sem os ensinamentos dos meus pais, que sempre enfatizaram a importância dos estudos assim como os serviços filantrópicos. Estendo minha gratidão à minha família belga e brasileira por estarem lá quando preciso. Ao Khadira, meu parceiro, pela sua plena confiança em mim. À nossa bela filha Yara que nos ensina verdades como só crianças sabem fazer.

A Olivier e Axelle van de Werve, que são muito mais que compatriotas neste país.

A Laurentino Afonso e família, pela revisão do português da tese, pelos ensinamentos e pela amizade.

## APOIO FINANCEIRO

---

A pesquisadora recebeu uma bolsa de CNPQ na modalidade de pleno doutorado sob número 141970/2012-0 pelo período 01/07/2012 a 31/03/2016.

A pesquisadora recebeu uma bolsa de CAPES sob número BEX 10593/13-6 pelo período 01/2014 a 04/2014 para um PhD-sanduiche na Universidade de Gent na Bélgica sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Sara Willems.

A doutoranda agradece ambas as instituições pelo apoio financeiro que potencializou este doutorado.

A educação é a arma mais poderosa que podemos usar para mudar o mundo.

Nelson Mandela

## SUMÁRIO

---

Resumo .....	16
Abstract .....	17
Introdução.....	18
1. Atenção Primária à Saúde.....	18
2. Atenção Primária à Saúde no Brasil .....	23
3. Avaliação dos serviços de saúde .....	25
4. Ferramentas de avaliação dos serviços de saúde .....	29
5. Justificativa do estudo .....	31
6. Objetivos .....	33
Métodos.....	34
1. Definição de criança .....	34
2. Campo de estudo: O município de Joanópolis .....	34
3. Método para avaliar a Atenção Primária à Saúde de crianças em Joanópolis ..	42
PCATool-Brasil versão criança .....	42
PCATool-Brasil versão profissional .....	46
4. Método para avaliar o acesso aos serviços de saúde para crianças em Joanópolis.....	49
Dados demográficos e socioeconômicos .....	49
Perguntas aos responsáveis legais.....	50
Análise estatística.....	51
5. Método para avaliar a viabilidade de um estudo PCAT numa pequena cidade rural .....	52
Resultados.....	53
1. Resultados da avaliação de Atenção Primária à Saúde de crianças em Joanópolis.....	53
Resultados da aplicação do PCATool-Brasil versão crianças .....	53
Resultados do PCATool-Brasil versão profissional .....	57
2. Resultados da avaliação do acesso aos serviços de saúde para crianças em Joanópolis.....	60
Descrição dos respondentes.....	60
Resultados dos dados demográficos e socioeconômicos .....	60
Resultados sobre a organização dos serviços de saúde.....	63
Análise do acesso geográfico .....	64
3. Resultados da avaliação da viabilidade de um estudo PCAT numa pequena cidade rural. ....	72
4. Discussão .....	73
1. Discussão dos resultados da avaliação de Atenção Primária à Saúde de crianças em Joanópolis, SP .....	73

Responsáveis legais das crianças utilizadoras dos serviços de APS em Joanópolis .....	73
Profissionais de saúde.....	83
Relação entre os escores de APS dos responsáveis legais e dos profissionais ..	85
2. Discussão dos resultados da avaliação do acesso aos serviços de saúde para crianças em Joanópolis, SP .....	87
3. Discussão dos resultados da avaliação da viabilidade de realizar um estudo PCAT numa pequena cidade rural .....	90
4. Potenciais e limitações do atual estudo.....	92
Potenciais do estudo .....	92
Limitações do estudo.....	93
5. Conclusões .....	95
Referências bibliográficas.....	97
Anexos .....	108
1. Aprovação do CEP UNIFESP .....	108
2. Aprovação do CEP da Universidade de Ghent.....	111
3. Os termos de consentimento livre e esclarecido .....	114
1. TCLE dos responsáveis legais.....	114
2. TCLE dos profissionais de saúde.....	116
4. Protocolo de obtenção de dados.....	119
5. Comunicação oral: Quais serviços de saúde os pais utilizam para seus filhos menores de doze anos na cidade de Joanópolis? .....	120
6. Artigo: Quality of child health care in the Family Health Strategy; Journal of Human Growth and Development 2013; 23(2): 151-156.....	122
7. Artigo: Acolhimento em Atenção Primária à Saúde: papel na graduação em medicina; BIS V15 – nº 2 – Dezembro 2014.....	129
8. Nota técnica. Indicador sintético regional: avaliação do desempenho do sistema de saúde. ....	144
9. Pesquisa: Equidade no acesso de Crianças à Atenção Primária à Saúde na região bragantina (CIR Bragança) no Estado de São Paulo (Brasil).....	145

## LISTA DE TABELAS

---

Tabela 1: Atributos da Atenção Primária.....	21
Tabela 2: Quadro de avaliação da qualidade do sistema de saúde (Donabedian) .....	27
Tabela 3: Zona rural e zona urbana de Joanópolis .....	36
Tabela 4: Mortalidade (série) do Município de Joanópolis.....	39
Tabela 5: Estrutura de PCATool-Brasil versão criança .....	43
Tabela 6: Algoritmo usado para calcular o grau de afiliação .....	44
Tabela 7: PCATool-Brasil versão profissional .....	46
Tabela 8: Resultados dos atributos e escores de APS (PCATool-Brasil versão criança) .....	56
Tabela 9: Resultados dos escores dos atributos de APS (PCATool-Brasil versão profissional) .....	59
Tabela 10: Localização do domicílio das crianças do estudo PCAT.....	61
Tabela 11: Compilação dos dados demográficos e socioeconômicos.....	62
Tabela 12: Comparação da amostra com a população .....	62
Tabela 13: Resumo dos resultados sobre a qualidade e a organização dos serviços de saúde.....	63
Tabela 14: Resumo respostas sobre organização dos serviços na UBS.....	63
Tabela 15: Análise de Escore Essencial de APS segundo localização de domicílio ...	64
Tabela 16: Anova de Escore Essencial de APS seguindo localização de domicílio ....	64
Tabela 17: Análise de Escore Geral de APS segundo localização de domicílio .....	64
Tabela 18: Anova de Escore Geral de APS seguindo localização de domicílio.....	65
Tabela 19: Teste-T do Escore Essencial de APS para localização de domicílio .....	65
Tabela 20: Teste-T do Escore Geral de APS para localização de domicílio .....	66
Tabela 21: Análise de Escore Essencial de APS segundo nível de educação do responsável legal.....	67
Tabela 22: Anova de Escore Essencial de APS segundo nível de educação do responsável legal.....	67
Tabela 23: Análise de Escore Geral de APS segundo nível de educação do responsável legal.....	67
Tabela 24: Anova de Escore Geral de APS segundo nível de educação do responsável legal.....	67
Tabela 25: Análise da Qualidade dos cuidados segundo localização da casa da criança.....	68
Tabela 26: Qui-quadrado da qualidade dos cuidados segundo localização .....	68
Tabela 27: Qui-quadrado da qualidade segundo nível de educação .....	70
Tabela 28: Análise de qualidade de serviços segundo nível de educação .....	70
Tabela 29: Resumo da viabilidade do estudo PCAT numa cidade de pequeno porte .	72
Tabela 30: Comparação dos escores de APS em Brasil (PCATool-Brasil v. criança) .	79
Tabela 31: Cronbach´s Alpha .....	81
Tabela 32: Comparação dos escores de APS (PCATool-Brasil v. prof.) .....	84
Tabela 33: Distribuição das crianças em faixas etárias e localização da casa .....	88

## LISTA DE FIGURAS

---

Figura 1: Modelo Comportamental de Andersen.....	25
Figura 2: Quadro conceitual de acesso aos serviços de saúde (Aday, Andersen) .....	26
Figura 3: Modelo de avaliação do sistema de saúde seguindo Kringos .....	28
Figura 4: Mapa do Município de Joanópolis .....	35
Figura 5: Distribuição das faixas etárias das crianças residentes em Joanópolis em 2012 .....	36
Figura 6: Rede Regional de Atenção à Saúde 16 com detalhes da Região de Saúde de Bragança .....	38
Figura 7: Índice de acesso da Atenção Básica (IDSUS 2011).....	40
Figura 8: Índice de efetividade de Atenção Básica (IDSUS 2011).....	40
Figura 9: Distribuição dos escores da APS na população de respondentes (PCAT v. crianças).....	56
Figura 10: Distribuição da idade entre os respondentes do PCATool-Brasil versão criança.....	60
Figura 11: Diagrama dos escores de APS de ponto de vista dos responsáveis legais e profissionais de saúde .....	85

## LISTA DE ABREVIACÕES

---

<b>Abreviação</b>	<b>Termo por extenso</b>
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CGR</b>	Colegiado de Gestão Regional
<b>CIR</b>	Comissões Intergestores Regionais
<b>CNPQ</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde de Família
<b>FTE</b>	Full-time equivalent. Equivalente de carga horária de 40 horas semanais.
<b>SEADE</b>	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
<b>IDSUS</b>	Índice do desempenho do SUS
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde de Família
<b>PAB</b>	Piso de Atenção Básica
<b>PCAT</b>	Primary Care Assessment Tool
<b>PCATool-Brasil</b>	Primary Care Assessment Tool. Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. (MS 2010)
<b>PMAQ</b>	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## RESUMO

---

O atual estudo avaliou os serviços de Atenção Primária à Saúde que as crianças de 0 a 12 anos utilizaram num município de pequeno porte, o Município de Joanópolis, SP, do ponto de vista dos responsáveis legais e dos profissionais de saúde. Os responsáveis legais (os pais) entrevistados avaliam os serviços de saúde para os seus filhos como 5,62/10 (Escore Geral de Atenção Primária à Saúde), o que é inferior ao determinado de 6,60. Os pais apontam uma insatisfação com os atributos de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade-serviços prestados, e orientação familiar e comunitária. Se considerarmos o Escore Essencial de APS a média é 6,92. Os profissionais de saúde entrevistados consideram os serviços como inadequados: o escore geral de Atenção Primária à Saúde é 5,52 e o escore essencial é 5,67. O único atributo considerado adequado é a acessibilidade. Há uma discrepância de escores entre os pais e os profissionais de saúde sobre a acessibilidade dos serviços de saúde para as crianças em Joanópolis. Os atuais resultados, num município de pequeno porte, são comparáveis com os resultados dos estudos publicados nos grandes centros urbanos: em ambos os cenários a orientação familiar e comunitária é insatisfatória, o que nos leva a perguntar sobre que tipo de APS falamos no Brasil. O estudo aprofundou-se na dimensão de acesso aos serviços de saúde. Observou-se que quase um terço das crianças estudadas são moradoras da zona rural: mesmo tendo uma barreira geográfica as crianças rurais conseguiram acessar os serviços de APS neste estudo. As crianças de todas as faixas etárias conseguiram acessar os serviços de APS nesta pesquisa: a distribuição normal da idade das crianças estudadas é um indicador de acesso aos serviços de saúde, mesmo estudando o acesso realizado. Os pais que moram na zona rural consideram a qualidade dos cuidados prestados menos vezes como “muito bom” comparado com os pais que moram na zona urbana (valor  $p < 0,001$ ). O estudo mostrou também que a realização de um estudo de avaliação dos serviços usados de Atenção Primária à Saúde utilizando a ferramenta PCATool-Brasil nesta pequena cidade rural requereu um investimento de 1.241 horas trabalhadas (e orçamento correspondente), e precisou também de profissionais de saúde e gestores motivados para executá-la.

### Palavras-chave:

1. Atenção Primária à Saúde; 2. Acessibilidade aos serviços de saúde; 3. Crianças; 4. Pesquisa de Serviços de saúde.

## ABSTRACT

---

This study evaluated Primary Health Care services that children aged 0 to 12 used in a small city, the Municipality of Joanópolis, in the State of São Paulo, from the point of view of the legal responsables and of the health professionals. The interviewed legal responsables (the parents) evaluate the health services for their children as 5,62/10 (General Primary Health Care Score), which is lower than the established cut-off point of 6,60. The parents refer they are unsatisfied with the attributes of accessibility, long-term person care, integrated care- provided services, family and community oriented care. If we consider the Essential Primary Health Care Score the mean is 6,92. The interviewed health professionals consider the services as inadequate: the General Score for PHC is 5,52 and the Essential Score is 5,67. The only attribute they consider adequate is accessibility. There is a discrepancy between the scores the parents and the health professionals attribute to the accessibility of health services for children in Joanópolis. The actual study results, in a small city, are comparable with the results from published studies in big urban centers: in both scenarios the family and community oriented care is considered inadequate, which leads us to the question about what kind of PHC we are talking in Brazil. This research studied the dimension of access to health services in details. It was observed that almost a third of the studied children live in rural zone areas: even with an existing geographic barrier the rural children were able to access the PHC-services in this study. Children of all age ranges were able to access PHC-services in this study: the normal distribution of the age of the studied children is an indicator of access to health services, even if the realized access was studied. The parents living in rural areas consider the quality of provided services less times as “very good” compared with parents living in urban areas (P value <0,001). The study also showed that carrying out an evaluation of used Primary Health Care services using the PCATool-Brasil in this small rural city needed an investment of 1.241 working hours (and corresponding budget), as well as motivated health professionals and managers to perform the study

### Key-words:

1. Primary Health Care; 2. Health Service Accessibility; 3. Children; 4. Health Services Research.

## INTRODUÇÃO

---

Neste capítulo definiremos a Atenção Primária à Saúde, descreveremos a Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro, aprofundaremos sobre a avaliação dos serviços de saúde, apresentaremos as ferramentas de avaliação dos serviços de saúde, e descreveremos a justificativa e os objetivos do atual estudo .

### 1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

---

Em 1978 o *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos definiu a Atenção Primária à Saúde como “a prestação de serviços de saúde acessíveis, integradas por médicos que são responsáveis para lidar com a grande maioria das necessidades de saúde pessoais, desenvolvendo uma parceria sustentada com os pacientes, e atuando no contexto da família e da comunidade<sup>1</sup>”. No mesmo ano a Organização Mundial de Saúde (OMS) expressou “a necessidade de ações urgentes para proteger e promover a saúde para todas as pessoas do mundo” durante a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde na cidade de Alma Ata na então URSS. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida naquela ocasião de seguinte maneira: “Atenção Primária à Saúde é atenção à saúde essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, baseadas em ciências e socialmente aceitáveis, tornadas universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país se podem permitir para manter o espírito de autoconfiança e autodeterminação em cada fase do seu desenvolvimento. [A Atenção Primária à Saúde] faz integralmente parte, tanto do sistema de saúde do país, da qual é a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde trazendo a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde.<sup>2</sup>”

“Atenção Primária à Saúde:

1. Reflete e se desenvolve a partir das condições econômicas e das características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseia na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2. Tem em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3. *Inclui pelo menos: educação em relação a problemas de saúde prevalentes e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, atenção à materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.*

4. *Envolve, além do setor saúde, todos os setores e os aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.*

5. *Requer e promove a máxima independência da comunidade e autoconfiança e participação no planejamento, na organização, na operação e no controle da Atenção Primária à Saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolve, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.*

6. *Deve ser apoiado por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria da atenção à saúde integral para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.*

7. *Baseia-se, nos níveis locais e de referência, nos profissionais de saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, se aplicável, assim como nos curadores tradicionais, se necessário, convenientemente social e tecnicamente treinados para trabalhar, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades de saúde expressas pela comunidade.<sup>2</sup>”*

A Atenção Primária à Saúde tem características próprias, e Barbara Starfield inventariou os sete componentes<sup>3</sup>, os chamados atributos, da APS. Há quatro atributos essenciais de APS:

1. O acesso de primeiro contato com o sistema de saúde (“*First-contact care*”). Uma pessoa procura o serviço de saúde cada vez que surge um novo problema de saúde (com exceção das urgências e emergências). Os serviços de saúde do nível APS são considerados “a porta de entrada” no sistema de saúde. O acesso de primeiro contato é composto por uma característica estrutural (acessibilidade: o serviço de saúde precisa ser acessível) e por uma característica comportamental (utilização do serviço

de saúde: a população precisa utilizar o serviço cada vez que surge um novo problema de saúde).

2. A longitudinalidade ou Continuidade do Cuidado (“*Continuous care*” ou “*Long term person-focused care*”). Longitudinalidade significa que os cuidados de saúde para uma pessoa estão oferecidos ao longo do tempo (de forma longitudinal), independentemente se a pessoa estiver doente ou não. A longitudinalidade requer um serviço ou profissional que é responsável por uma população (e um registro da população) e uma relação usuário-profissional de saúde que é focada na pessoa (e não na doença), em confiança mútua.

3. Coordenação da atenção. Um profissional de saúde de APS (um médico de família, por exemplo) coordena os cuidados de um usuário se houver informação disponível sobre os problemas de saúde anteriores, e se ele reconhecer que esta informação pode ser necessária para o cuidado atual. A coordenação de atenção requer um sistema de informações (um prontuário ou um profissional de saúde que conhece melhor o usuário), assim como uma integração de cuidados no cuidado global da pessoa (o médico de família conhece o resultado de uma referência para o nível secundário, por exemplo).

4. Integralidade ou Abrangência (“*Comprehensive care*”). A atenção integral ou abrangente se refere aos serviços de saúde que estão disponíveis ou são prestados pelos serviços de APS, e que respondem às necessidades das pessoas e das comunidades. Os serviços incluem promoção de saúde, prevenção, aconselhamento, cuidados para com doenças agudas e crônicas, pequena cirurgia, problemas comportamentais e mentais, informação sobre os recursos de saúde na comunidade, entre outros.

Starfield descreveu mais três atributos derivados da APS<sup>3</sup>:

1. A orientação familiar ou a atenção à saúde centrada na família. A família é o participante mais importante da avaliação de saúde e do tratamento do paciente. Um profissional de saúde da APS que aborde um usuário no contexto familiar reconhece o impacto da doença de um usuário para toda a família, e reconhece o impacto da estrutura familiar e da história familiar para o processo saúde-doença do próprio usuário.

2. A orientação comunitária ou a atenção à saúde centrada na comunidade. Isto significa que os cuidados são providenciados dentro de um contexto da comunidade. Um profissional de saúde de APS não espera os pacientes chegarem, mas vai até às

peças da comunidade para verificar se têm problemas de saúde e para conhecer as características da comunidade que influenciam as necessidades em saúde da comunidade.

3. A competência cultural. Um profissional de saúde que é culturalmente competente providencia cuidados tomando em conta as crenças, as atitudes e comportamentos das pessoas influenciando saúde; tem habilidade para traduzir estas crenças e atitudes em ações e comportamentos para preservar e promover saúde.

A seguinte tabela resume os atributos da APS, descritos por Starfield:

<b>Atributos da Atenção Primária à Saúde</b>
<b>Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde:</b>
1. Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde
2. Longitudinalidade
3. Integralidade dos serviços
4. Coordenação da atenção
<b>Atributos derivados da Atenção Primária à Saúde:</b>
1. Orientação familiar
2. Orientação comunitária
3. Competência cultural

TABELA 1: ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Barbara Starfield<sup>3</sup> refinou a definição de APS e enfatizou a importância de os serviços de saúde providenciarem cuidados que são focados na pessoa, e não na doença: “A Atenção Primária à Saúde é aquele nível de um sistema de saúde que fornece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo cuidados focados na pessoa (e não orientados na doença) ao longo do tempo, que fornece para todas as condições exceto as incomuns e raras, e que coordena ou integra a atenção prestada em outro lugar por outros.”

Um dos profissionais da APS é o médico de família e comunidade que é “o especialista em cuidar das pessoas, da família e da comunidade no contexto da APS”<sup>4</sup>. “O médico de família acompanha as pessoas ao longo da vida, independentemente do gênero, idade ou possível doença, integrando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esse profissional atua próximo aos pacientes antes mesmo do surgimento de uma doença, realizando diagnósticos precoces e os poupando intervenções excessivas ou desnecessárias. É um clínico e comunicador habilidoso, pois utiliza abordagem centrada na pessoa e é capaz de resolver pelo menos 90% dos problemas de saúde, manejar sintomas inespecíficos e

*realizar ações preventivas. É um coordenador do cuidado, trabalha em equipe e em rede, advoga em prol da saúde dos seus pacientes e da comunidade”* <sup>4; 5</sup>.

Há muita evidência científica para defender que a APS seja a base de um sistema de saúde nacional: sistemas de saúde baseados num sólido sistema de APS funcionam melhor, produzem melhores resultados de saúde para a população, com redução nos custos dos cuidados, melhor acesso aos serviços mais adequados, menos internações desnecessárias, e menos iniquidades socioeconômicas autodeclaradas em saúde <sup>6; 7; 8; 9; 10; 11; 12</sup>.

## 2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

---

No Brasil o conceito de saúde está definido na legislação federal, é um conceito amplo considerando os determinantes socioeconômicos, “... *entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*”<sup>13</sup> (Art. 3).

“A saúde é direito de todos<sup>14</sup>” pelos fundamentos da Lei, e é “*dever do Estado*”<sup>14</sup> providenciar a “*promoção, proteção e recuperação*”<sup>14</sup> da saúde aos cidadãos brasileiros (artigo 196). O acesso aos serviços de saúde também é garantido por Lei: o acesso deve ser “*universal e igualitário*”<sup>14</sup>. A Lei Orgânica de Saúde <sup>13</sup> <sup>15</sup>(Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990) regula “*a organização e os funcionamento*” dos serviços de saúde em *um sistema único* nas três esferas administrativas (federal, estadual, e municipal): os serviços públicos de saúde integram uma *rede regionalizada e hierarquizada* com atenção à saúde *descentralizada; atendimento integral, e participação da comunidade*.

Estas definições legais de saúde e da organização dos serviços de saúde permitiram delinear o sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Futuras Normas e Portarias detalharam o processo de implantação, das quais só algumas serão referidas neste texto.

A municipalização implementou-se pela Norma Operacional Básica de 1993<sup>16</sup>: “o processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde”, com “*Conselhos Municipais de Saúde atuando na formulação de estratégias e controlando a execução da Política Municipal de Saúde*”. Cada município deve oferecer os serviços de Atenção Básica<sup>17</sup>, como muitas vezes é chamada a Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo realizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, um (1) médico generalista ou médico de família e comunidade, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS), e profissionais de saúde bucal, e sendo responsável para no máximo 4000 pessoas. No Brasil a Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade com currículo baseado em evidências<sup>5</sup>. Há mais de 3.200 médicos com título de especialista em medicina de família e comunidade no Brasil<sup>18</sup>. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>19</sup> incorporou mais profissionais à ESF, como médicos acupunturistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e arte terapeutas, entre outros. Em 2013 outros integrantes foram acrescentados, pelo Programa Mais Médicos<sup>20; 21</sup> o qual foi criado com objetivo de “*formar mais recursos humanos*” para o SUS e para “*fortalecer a prestação de serviços de AB no País*”.

Um programa foi criado para melhorar o acesso e a qualidade na APS, sendo o PMAQ<sup>22</sup>. Uma estratégia foi lançada para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, o e-SUS AB<sup>23</sup>.

A tradução do conceito legal de *rede regionalizada* para a realidade de hoje, se realizou pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)<sup>24</sup>, o Pacto pela Saúde<sup>25</sup>, a Portaria nº 4.279<sup>26</sup> e a Deliberação CIB-SS nº 34 do Estado de São Paulo<sup>27</sup>, entre outros. Uma Região de saúde é base territorial de planejamento da atenção à saúde, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. As regiões de saúde são governadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR), ainda conhecidas pela nomenclatura antiga de Colegiados de Gestão Regional (CGR), formados por representantes das Secretarias de Estado de Saúde e pelos secretários municipais de saúde de cada região.

O financiamento do SUS é contemplado na Constituição Federal, na Lei Orgânica de Saúde e nas Normas subsequentes<sup>16,14, 28 29</sup>: as transferências financeiras ocorrem de fundo a fundo (do Fundo Nacional de Saúde direto para o Fundo Municipal de Saúde), com base no tamanho da população, e com base em valores per capita previamente fixados. Na gestão plena da Atenção Básica, os recursos são transferidos de acordo com os procedimentos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).

Apesar de o SUS ser um sistema de saúde propostamente com acesso universal<sup>14</sup>, o Brasil é caracterizado pelo mix do sistema público-privado<sup>30</sup>, às vezes denominado como um sistema duplicado e complementar<sup>31</sup>. Observa-se que no Brasil a conceitualização da APS muitas vezes se situa no setor público de saúde, apesar de nada impedir a atuação do setor privado “*de forma complementar*”<sup>14</sup> ao Sistema Único de Saúde, também ao nível primário.

### 3. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Vários modelos foram desenvolvidos para avaliar os sistemas de saúde. Descreveremos os modelos de Andersen, Donabedian, Van Driel, Starfield e Kringos.

Andersen formulou o Modelo Comportamental nos anos 60 sobre o uso dos serviços de saúde<sup>32</sup>. O uso dos serviços de saúde é função da predisposição de utilizar os serviços de saúde, fatores que capacitam ou impedem a necessidade de atenção à saúde e o uso dos serviços de saúde. Fatores demográficos incluem a idade e o gênero. A estrutura social trata da habilidade de a pessoa lidar com um problema de saúde e procurar recursos para lidar com este. As crenças de saúde envolvem atitudes, valores que as pessoas têm e que podem influenciar a percepção de necessidade ou utilização dos serviços de saúde. Família implica questão de renda, presença de plano de saúde. A comunidade implica os recursos da estrutura de saúde (profissionais de saúde presentes).

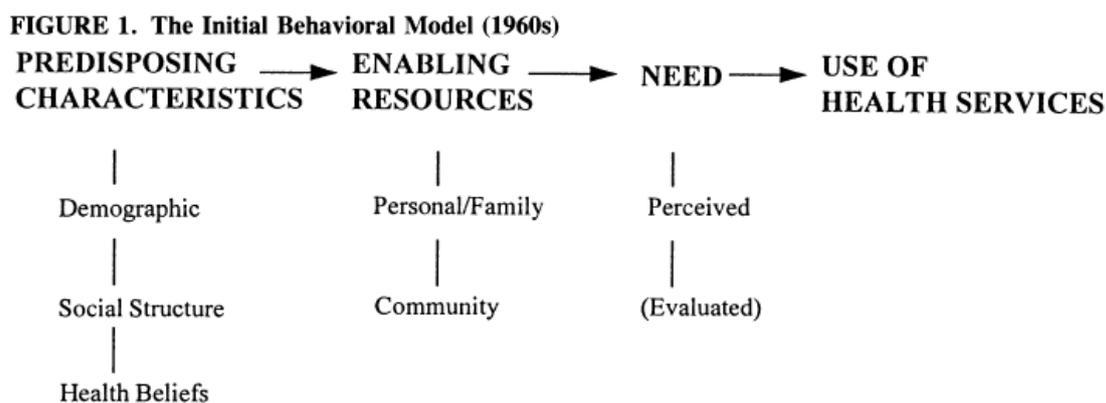


FIGURA 1: MODELO COMPORTAMENTAL DE ANDERSEN

Em 1974 Aday e Andersen<sup>33</sup> formularam um quadro conceitual para estudar o acesso aos serviços de saúde, desde os objetivos das políticas de saúde através das características do sistema de saúde e da população de risco (*inputs*), para os resultados (*outcomes*) determinados como a utilização dos serviços de saúde e o grau de satisfação dos usuários. O sistema de provisão é caracterizado por dois elementos: os recursos (humanos e financeiros) e a organização. A organização é composta de dois elementos: o acesso, os meios de o paciente entrar no sistema, e a estrutura, sendo as características do sistema determinantes que definam o que acontece com o paciente após ter acessado o sistema. As características da população de risco são componentes predisponentes (a *inclinação* de utilizar os serviços de saúde, com idade, gênero, valores sobre saúde), facilitadores (*enabling*) (os meios para utilizar os

serviços, como renda, plano de saúde, atributos da comunidade como rural-urbano,...) e necessários (o nível de enfermidade). O quadro está resumido na figura infra. Posteriormente Andersen<sup>32</sup> aprofundou no conceito do acesso: ele distingue o acesso potencial (a presença de fatores facilitadores) do acesso realizado (o uso dos serviços de saúde).

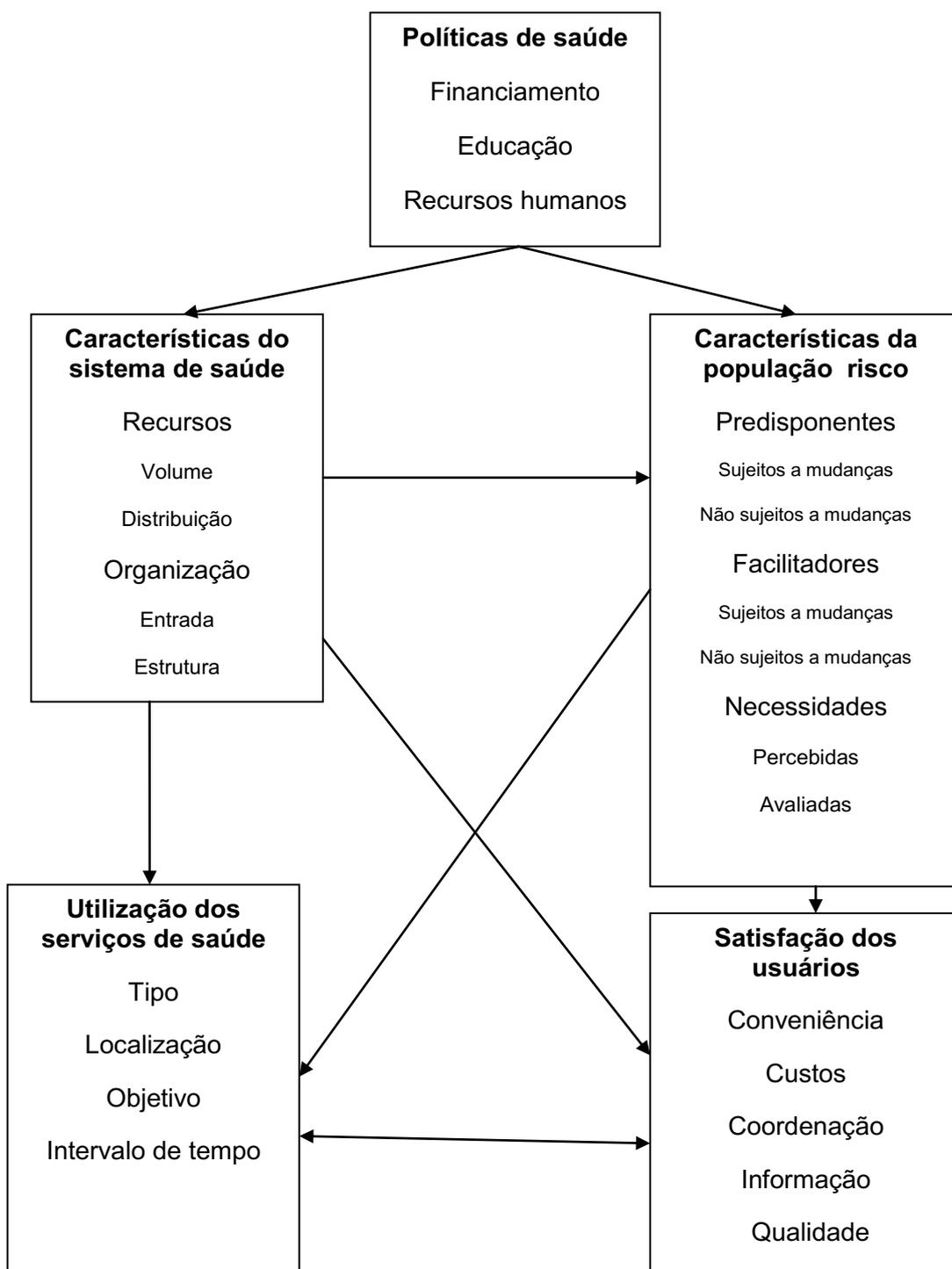


FIGURA 2: QUADRO CONCEITUAL DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE (ADAY, ANDERSEN)

Donabedian desenvolveu um quadro para avaliar a qualidade de um sistema de saúde ao nível da interação médico-paciente<sup>34</sup>. Há três eixos: a estrutura, o processo e o resultado (*outcome*). A estrutura descreve os atributos do ambiente no qual a atenção à saúde ocorre: as políticas de saúde, os recursos humanos,... O processo descreve o que está sendo feito quando os cuidados estão sendo oferecidos. O resultado descreve o resultado da atenção no estado de saúde do usuário: a eficiência e a qualidade do serviço de saúde.

<b>Estrutura</b>	<b>Processo</b>	<b>Resultado (Outcome)</b>
Pessoal, equipamentos, edifícios, sistemas de informação, finanças	Todos os aspectos do desempenho, técnico e interpessoal, das atividades de cuidados	O resultado dos cuidados prestados

TABELA 2: QUADRO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE (DONABEDIAN)

Donabedian et al.<sup>35</sup> introduz o termo “acessibilidade” no sentido da característica ou da qualidade dos serviços acessíveis, e define os seus atributos como sendo sócio-organizacionais e geográficos. Os atributos sócio-organizacionais incluem todos aqueles atributos de recursos, outros que os espaciais, que ou facilitam ou dificultam os esforços dos clientes para obterem cuidados. A acessibilidade geográfica refere à “fricção do espaço” que é a função do tempo e distância física ou o obstáculo que deve ser viajado ou ultrapassado para obter cuidados.

Penchansky<sup>36</sup> sugere que o conceito de acesso descreve o "grau de ajuste" entre os usuários e o sistema de saúde. Eles identificaram cinco dimensões relevantes da interação usuário-serviço de saúde, sendo: disponibilidade dos serviços, aceitabilidade, capacidade de compra, acessibilidade física, e o acolhimento (*accomodation* em Inglês).

Travassos<sup>37</sup> mostra que o acesso está sendo mais e mais compreensivo, e que o foco está mudando da entrada no sistema de saúde para a efetividade dos cuidados oferecidos, sendo uma avaliação do resultado (*outcome*).

Van Driel<sup>38</sup> entende a estrutura como a interação entre o sistema de saúde, a sociedade e os indivíduos da sociedade. O processo engloba a interação dos pacientes e profissionais de saúde (incluindo a comunicação médico-paciente, o processo de decisões médicas, e a gerência dos cuidados). Os resultados podem ser expressos em sintomas ou queixas, parâmetros médicos, qualidade de vida (por exemplo, estado funcional, satisfação do usuário, equidade e custo-benefício).

No quadro conceitual dos determinantes de saúde, Starfield<sup>39</sup>, detalha o contexto político (as políticas ambientais, sociais, econômicas e de saúde) como fatores influenciando a saúde. Ela descreve os resultados como o resultado (outcome) em saúde ou como equidade em saúde.

No modelo de Kringos<sup>12</sup> os resultados do sistema de saúde são os custos dos cuidados de saúde, a qualidade de atenção percebida pelo paciente, as internações evitáveis, e iniquidade em saúde.

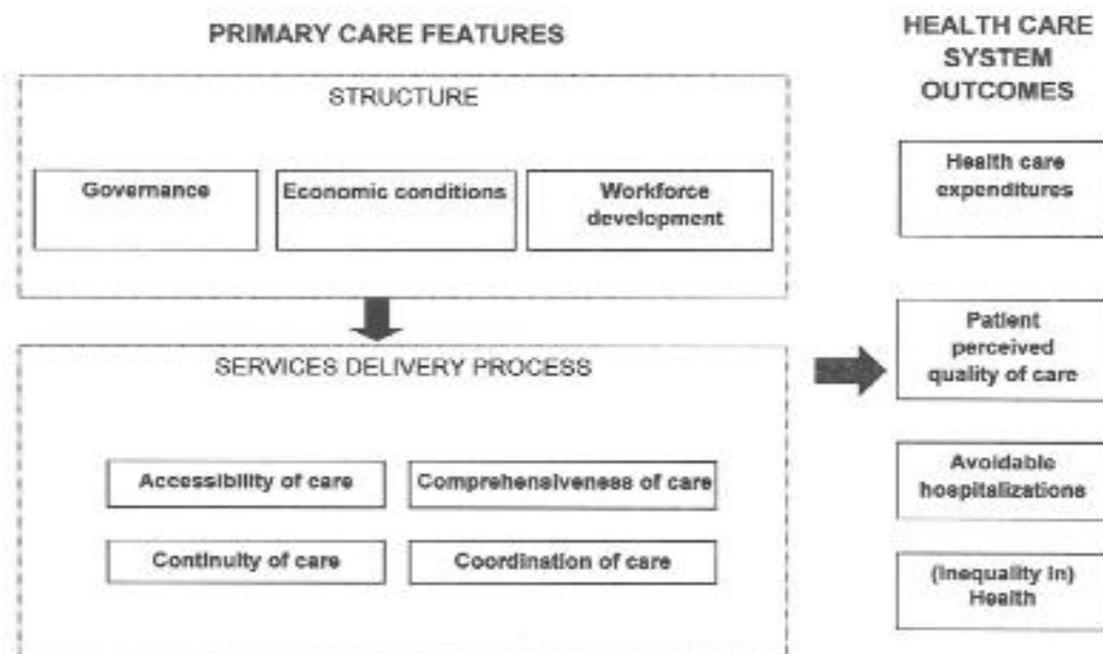


FIGURA 3: MODELO DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE SEGUINDO KRINGOS

#### 4. FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste parágrafo apresentaremos as ferramentas de avaliação dos serviços de saúde, focando na Atenção Primária à Saúde.

O Primary Care Assessment Tool (PCAT)<sup>40; 41</sup>, desenvolvido pela equipe de Starfield, avalia a qualidade dos serviços de APS, medindo os sete componentes de APS (veja supra): sendo quatro atributos essenciais (o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade dos serviços e a coordenação de atenção) e três atributos derivados (a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural). O PCAT utiliza escores de Likert para compor os escores dos atributos descritos acima. O Escore Essencial de APS é medido calculando a média dos escores dos atributos essenciais. O escore Geral de APS é a média dos escores de todos os atributos de APS. Os escores têm um valor numérico de 0 a 10, indicando 0 como péssimo e 10 como ótimo. O cut-off de divisão entre um escore adequado é 6,6. O PCAT foi validado em vários países<sup>42; 43; 44; 45; 46; 47; 48; 49</sup>, o que indica a confiabilidade transcultural do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde. O PCAT foi utilizado em vários estudos internacionais<sup>50; 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62</sup> e tem como vantagem permitir a comparação da qualidade da APS em contextos diferentes. No Brasil, o instrumento é validado como o PCATool-Brasil<sup>63</sup> e existe em três versões, sendo a versão criança, a versão adulto e a versão profissional. O PCATool-Brasil mede os quatro atributos essenciais e os dois derivados, sendo a orientação familiar e comunitária. O Ministério da saúde publicou o PCATool-Brasil<sup>64</sup> em 2010 como um método para avaliar e monitorar a qualidade da APS. Há vários estudos utilizando o PCATool-Brasil em nosso país<sup>65; 66 67; 68 69 70 71</sup>. O PCATool em versão adaptado foi utilizado para avaliar os serviços de tuberculose<sup>72; 73; 74</sup>, mas isto é fora do escopo do atual estudo. O PCATool Brasil na versão criança também foi utilizado em estudos no Brasil<sup>75 76 77 78 79 80 81 82 83</sup>.

O Ministério de Saúde publicou o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)<sup>84</sup> em 2012. O IDSUS é um índice composto de 24 indicadores, atribuindo um escore numérico de 0 a 10 a cada município, avaliando a hierarquia (Atenção Primária à Saúde, Cuidados de Média e Alta Complexidade) do sistema de saúde, nos eixos de acesso e efetividade. O índice do acesso da Atenção Básica é medido pela cobertura populacional estimada das equipes de Atenção Básica (inclusive de saúde oral), e pela proporção de mães com sete ou mais consultas pré-natais. O índice da efetividade da AB é medida pela “proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica (ISAB), a taxa de incidência de Sífilis Congênita, a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, a proporção de cura de casos novos de hanseníase, a

cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano, a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a proporção de exodontia em relação aos procedimentos”.

O PMAQ<sup>22</sup> visa melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Após adesão ao PMAQ, a equipe faz uma autoavaliação, monitora os indicadores, providencia educação permanente. A avaliação externa existe de três módulos: o primeiro, observando a unidade de APS (infraestrutura, materiais, medicamentos), o segundo, entrevistar a equipe (organização do trabalho, organização dos serviços e da atenção para os usuários), o terceiro, entrevistar o usuário sobre a satisfação e percepção sobre acesso e uso dos serviços. A satisfação é avaliada nos eixos de saúde da mulher, saúde da criança, condições crônicas e saúde bucal.

“The European Primary Care Monitor”, baseado nos indicadores de estrutura, processo e resultado do modelo de Kringos<sup>12</sup> (veja supra), foi utilizado para avaliar os sistemas de Atenção Primária à Saúde europeus em relação à qualidade, custos e equidade no estudo Qualicopc. Há quatro (4) questionários. Um questionário para o médico de família avaliando a organização local da APS. Um questionário avaliando a experiência da APS do paciente em termos de qualidade e acesso. Um questionário avaliando os valores do paciente em relação à APS. Por último um questionário preenchido pelo entrevistador avaliando a acessibilidade do serviços de APS entre outros.

## 5. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

---

Há vários argumentos para realizar uma avaliação dos serviços públicos de saúde voltados para as crianças.

É importante ouvir a população sobre a sua percepção em relação à qualidade dos serviços de saúde; a participação da comunidade é um princípio organizativo do Sistema Único de Saúde brasileiro<sup>14 16</sup>. Outra atribuição que compete ao SUS é realizar pesquisas na área de saúde, *incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico*<sup>14</sup>. A Atenção Primária à Saúde é baseada em métodos que são “*scientifically sound and socially acceptable*”<sup>1</sup>. Uma competência do profissional da APS<sup>5</sup> é “*construir mecanismos de avaliação do trabalho, tanto individuais como coletivos*”.

A cada criança deve ser dada o melhor começo na vida<sup>85 86</sup>. Os primeiros anos de vida são cruciais. Quando bem nutrida e cuidada em seus primeiros anos, as crianças têm mais probabilidade de sobreviver, crescem de forma mais saudável, têm menos doenças e menos problemas de saúde, e desenvolvem o pensamento, a língua, as habilidades emocionais e sociais<sup>86; 87; 88</sup>. Crianças saudáveis tornam-se adultos saudáveis: pessoas que criam vidas melhores para si, para suas comunidades e seus países<sup>89</sup>. Melhorar a saúde das crianças é importante na luta contra a pobreza: o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio<sup>89</sup> 1 determina a redução de 75% (entre 1990 e 2015) da mortalidade das crianças menores de cinco anos. Por último, o Brasil, como membro das Nações Unidas, subscreve os Direitos da Criança e deve tomar medidas adequadas para garantir a prestação de assistência médica necessária e cuidados de saúde para todas as crianças com ênfase no desenvolvimento de Atenção Primária à Saúde<sup>90</sup>.

Há argumentos válidos para a realização de um estudo sobre os serviços usados de APS num município de pequeno porte.

Os estudos realizados no Brasil utilizando o PCATool versão criança foram realizados em municípios metropolitanos ou em grandes centros urbanos<sup>75 77 78 79 80 81 82</sup>, com exceção de um estudo num quilombo<sup>83</sup> e um estudo com um mix de áreas urbanas e rurais<sup>76</sup>. Joanópolis é uma cidade típica brasileira, um destes 3842 municípios brasileiros com menos de 200.000 habitantes<sup>91</sup>, também responsável para providenciar Atenção Básica para os seus munícipes<sup>17</sup>. Há uma lacuna na literatura científica sobre o desempenho da APS em municípios de pequeno porte, e especialmente em municípios rurais. Os estudos no Brasil compararam os serviços de APS seguindo os modelos implantados (UBS versus ESF, veja infra): no Município

estudado a ESF não estava implantada no momento do estudo, e o atual estudo pode ser considerado como o *baseline*.

Por ultimo, não há nenhuma publicação sobre o desempenho da APS dentro do setor suplementar.

## 6. OBJETIVOS

---

O **objetivo geral** deste estudo é avaliar a Atenção Primária à Saúde de crianças de 0 a 12 anos de idade, em Joanópolis, SP, Brasil, um município de pequeno porte.

Este objetivo geral pode ser dividido em três **objetivos específicos**.

Objetivo 1: Avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde que as crianças no Município de Joanópolis utilizaram, do ponto de vista dos responsáveis legais e dos profissionais de saúde.

Objetivo 2: Avaliar o acesso, em suas várias dimensões, aos serviços de saúde para as crianças de Joanópolis.

Objetivo 3: Avaliar a viabilidade (*feasibility*) de um estudo PCAT numa pequena cidade rural.

## MÉTODOS

---

Neste capítulo definiremos uma criança, descreveremos o campo de estudo e detalharemos os três métodos utilizados para alcançar os objetivos deste estudo. Em primeiro lugar o método para avaliar os serviços de APS que as crianças de Joanópolis utilizaram, em segundo o método para avaliar o acesso aos serviços de saúde para as crianças em Joanópolis e por último o método para avaliar se é viável (*feasible*) realizar um estudo PCAT numa pequena cidade rural.

### 1. DEFINIÇÃO DE CRIANÇA

---

Para os fins deste estudo uma criança é definida como a pessoa com **até doze anos de idade** incompletos, seguindo a definição de criança no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) <sup>92</sup>.

### 2. CAMPO DE ESTUDO: O MUNICÍPIO DE JOANÓPOLIS

---

#### Condições Geográficas, Demográficas e Socioeconômicas

A **Estância Turística de Joanópolis** é situada na Serra da Mantiqueira, no interior do Estado de São Paulo. A distância da capital São Paulo é 76 km em linha reta, 100 km, pela Rodovia Fernão Dias até Atibaia, e pela Rodovia D. Pedro I até o início da SP-36, que liga Piracaia à Joanópolis. O Município de Joanópolis pertence à Região de Campinas, Sub-Região de Bragança Paulista, limitando com o Estado de Minas Gerais através dos Municípios de Extrema, Camanducaia e Vila Monte Verde; e com os Municípios Paulistas de São José dos Campos, Piracaia, Vargem e Bragança Paulista. Estes dados podem ser visualizados no seguinte mapa, cedido pela Secretária Municipal de Educação:

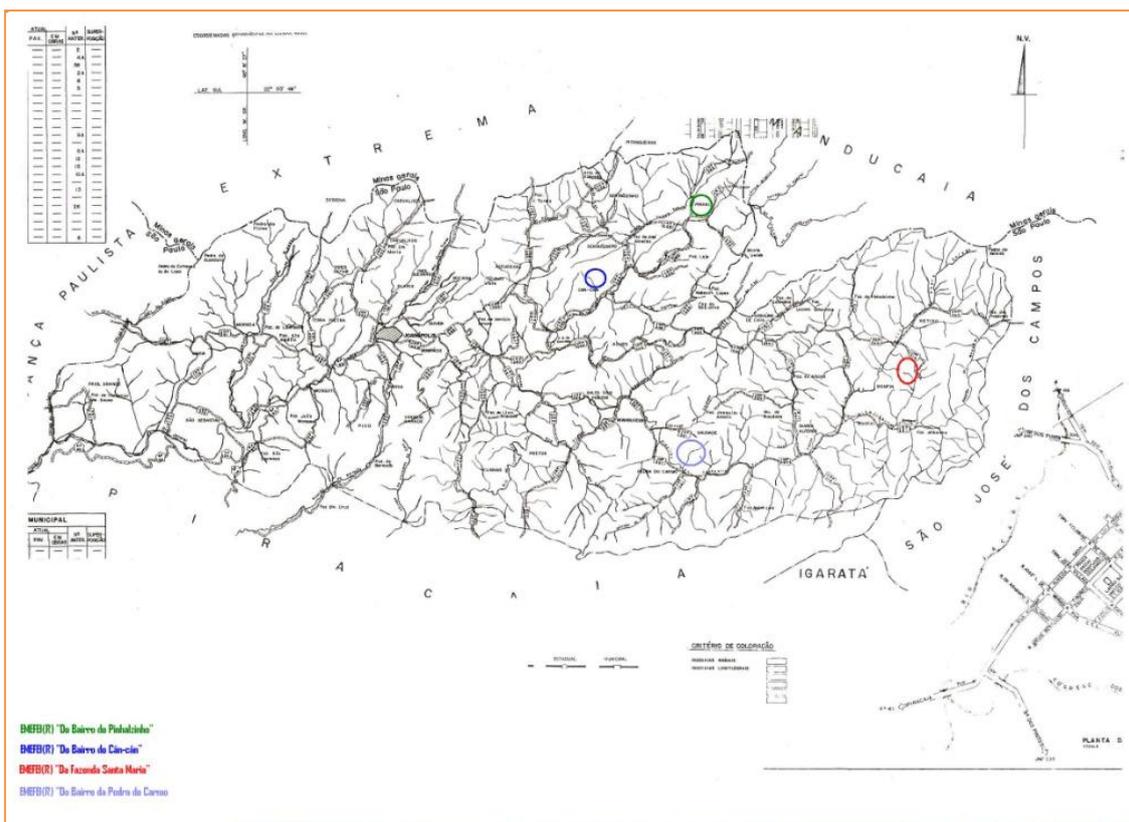


FIGURA 4: MAPA DO MUNICÍPIO DE JOANÓPOLIS

Joanópolis possui uma área de 377 km<sup>2</sup> <sup>93</sup> com altitude mínima de 850m onde se localiza a represa do Sistema Cantareira-SABESP e altitude máxima de 2.070m. A cidade está a 1.000 m de altitude.

O Município possui uma extensão territorial de forma que alguns pontos da cidade distam a mais de 30 km do centro. As fontes oficiais <sup>93 94</sup> mencionam que 100% da população é urbana; porem na realidade a população concentra-se de forma proporcional entre a zona urbana e a zona rural. Não há transporte público. Há transporte escolar que atende todos os bairros. Os bairros estão tabulados na seguinte tabela, cedida pela Secretaria Municipal de Educação:

Bairro	Distritos e comunidades
<b>ZONA RURAL</b>	
AZVEDO	Azevedo, Pitangueira.
BARROÇÃO	Álvaro Costa, Barroção, Pico, Pintos.
BONFIM	Bonfim.
CARVALHOS	Carvalhos, Pires, Terra Preta.
CUNHAS	Cunhas, Bonifácio, Vargem Grande.
DÚVIDAS	Dúvidas, Olaria
PAIOL GRANDE	Paiol Grande, Moenda, Lagoa, Liberdade, Limas, Piúca, Canquerine, Mata, Mata Dentro, Pedra 11, Rosário.
PAIOL QUEIMADO	Paiol Queimado
PEDRA DO CARMO	Barbas, Pedra do Carmo, Maria Alferes, Perobinha, Pretos, Salto dos Pretos, Cachoeira dos Pretos.

RETIRO	Retiro, Sabia-Una.
SERTÃOZINHO	Abel, Alves, Can-Can, Pinhalzinho, Sertãozinho, Vargem Escura, Cabreiro, Cachoeirinha, Mineiro, Pitangueira.
TÚNEL SETE	Porto Danális, Rodovia Melo Freire, Rosário, Túnel Sete, Mosquito.
<b>ZONA URBANA</b>	
CIDADE	Centro
CIDADE	Conj. Hab. Bela Vista, Jd. Cruzeiro, Jd. São João I e II, Jd. São José, Jd. São Luiz, Beira Rio, Jd. Santa Angela, Solar da Mantiqueira. Nogueiras, Vila Sanches. Moretti

TABELA 3: ZONA RURAL E ZONA URBANA DE JOANÓPOLIS

A população de Joanópolis era de 11.768 habitantes<sup>91</sup> em 2012. O perfil demográfico evidencia que Joanópolis, assim como 69,0% dos 5563 municípios brasileiros<sup>91</sup>, configura-se como um município de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes), sendo totalmente dependente dos recursos da região para o atendimento a sua população. Os Joanopolenses são descendentes de Italianos, Portugueses, Espanhóis e Alemães; no último censo se auto-declararam como branco (84,3%), pardo (12,8%), negro (1,8%) ou outros (1,0%)<sup>91</sup>. A taxa de natalidade é baixa (12,10 por mil habitantes)<sup>95</sup>. Em 2012, 1681 crianças de zero a doze anos incompletos residiram no município, sendo 15,8% da população total. A distribuição das faixas etárias pode ser encontrada na seguinte figura:

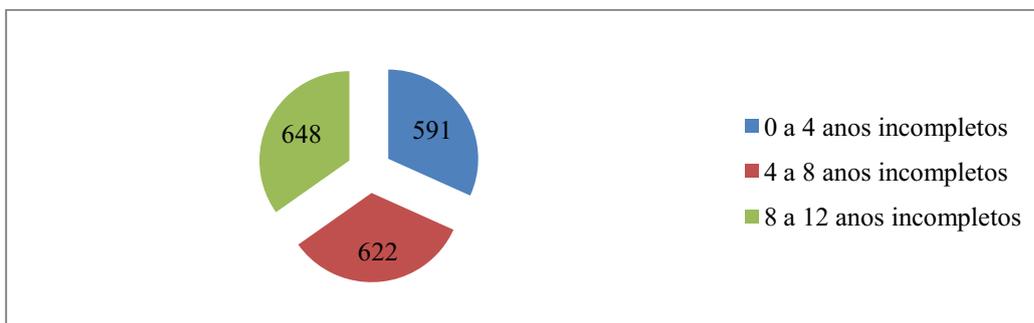


FIGURA 5: DISTRIBUIÇÃO DAS FAIXAS ETÁRIAS DAS CRIANÇAS RESIDENTES EM JOANÓPOLIS EM 2012

A Estrutura Socioeconômica do Município é baseada na agricultura e pecuária (6,52%), comércio (21,69%), serviços (42,44%), indústria (29,04%) e turismo<sup>95</sup>. O maior empregador do Município é a Prefeitura Municipal, com 430 funcionários em 2012<sup>96</sup>. Há grande deslocamento da população local para trabalhar em outras cidades da região. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, um índice composto avaliando a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico, é 0,766, comparada com 0,814 ao nível estadual<sup>95</sup>. O Índice de Gini Municipal é 0,39<sup>91</sup>: o índice de Gini é um índice entre 0 e 1 que mede a desigualdade. A renda per capita é de 1,87 salários mínimos<sup>95</sup>, comparada com 2,92 ao nível estadual. A incidência de pobreza, calculada como a percentagem dos domicílios com renda per capita até metade do salário mínimo, é 11,38%, comparável com 11,19% ao nível estadual<sup>95</sup>. A renda média per

capita era R\$607<sup>91</sup> durante o período do estudo, ou equivalente aos 1,87 salários mínimos<sup>95</sup>, bem menos dos 2,92 salários mínimos ao nível estadual. Em 2012 371 Famílias eram beneficiárias de transferência de renda, pelo Programa Bolsa Família<sup>97</sup>. O município pertence ao grupo 5 em relação ao Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)<sup>95</sup>, um índice composto de dimensões riqueza, longevidade e escolaridade. Este dado indica que Joanópolis é um município mais desfavorecido, tanto em riqueza como nos indicadores sociais.

A estrutura educacional municipal limita-se a conclusão do ensino médio. O município possui quatro escolas de ensino fundamental: três escolas públicas com três escolas rurais operacionais ligadas às escolas da cidade (veja mapa supra), e uma escola particular; e uma escola estadual de ensino médio. Há duas creches municipais, uma creche particular e duas pré-escolas (uma pública e uma particular). A taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais é 13,37 %, comparado com 6,64% ao nível estadual<sup>95</sup>. 77,06% da população de mais de 25 anos tem menos de oito anos de estudo, comparado com 55,55% ao nível estadual. 21,19% da população de 18 a 24 anos completou o ensino médio, a média estadual é 41,88%<sup>95</sup>.

### Sistema Municipal de Saúde

Em 2001 Joanópolis foi habilitada pelo Ministério da Saúde na *Gestão Plena* do Sistema de Saúde, assumindo as competências e responsabilidades do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal<sup>94</sup>. Em setembro de 2007, Joanópolis aderiu ao Pacto pela Saúde através do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde<sup>94</sup>. Joanópolis é integrante da Comissão Intergestor Regional (CIR) Bragança<sup>98</sup>, composta pelos municípios de Bragança Paulista, Piracaia, Pinhalzinho, Atibaia, Pedra Bela, Vargem, Tuiuti, Nazaré Paulista, Bom Jesus dos Perdões, Socorro, vinculado ao Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS VII), da Secretaria de Estado da Saúde.

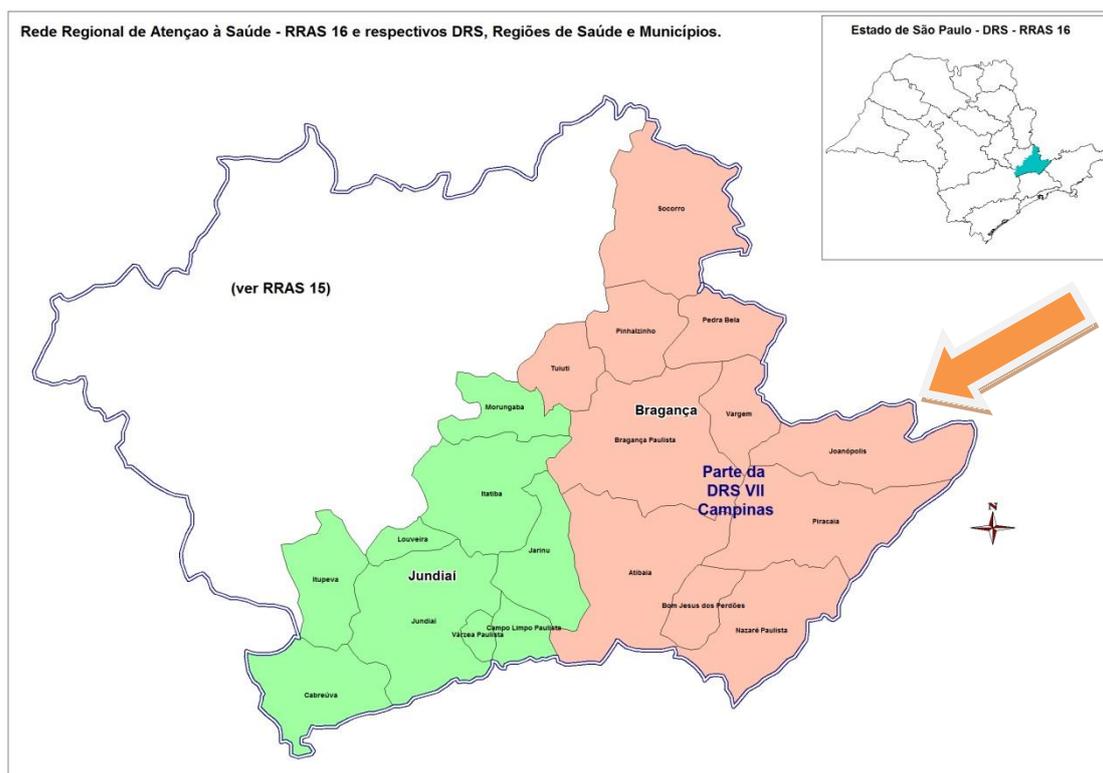


FIGURA 6: REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE 16 COM DETALHES DA REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGANÇA

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído pela Lei N°1131 de 13 de Março de 1998. A operacionalização do Fundo se dá através de contas próprias, movimentadas pelo Secretário Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei Municipal N°1130 de 13 de Março de 1998, possui regimento interno e realiza reuniões mensais. É composto por 24 membros (12 titulares/12 suplentes), representando 50% de usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% de representantes da administração. A última Conferência Municipal de Saúde foi realizada em 2011.

A estrutura dos serviços públicos de saúde<sup>99</sup> no Município é composta por uma (1) Unidade Básica de Saúde (UBS), um (1) Núcleo de Vigilância à Saúde (Vigilância Sanitária e Epidemiológica), um (1) Centro de Atendimento Odontológico e quatro consultórios odontológicos nas Escolas Municipais. Joanópolis possui um hospital Santa Casa de Misericórdia que está sob intervenção municipal, um núcleo de transporte sanitário, um SAMU (inaugurado em 2012), bem como a sede administrativa da Secretaria Municipal de saúde (SMS) com regulação e agendamento. Não existem equipamentos de saúde na zona rural, apenas ações de saúde itinerantes esporádicas. Os serviços particulares<sup>99</sup> no Município compõem-se por um consultório médico, cinco consultórios odontológicos, um laboratório, um centro de fisioterapia e uma psicóloga autônoma.

O hospital tem 20 leitos de internação, o que representa 1,71 leitos de internação por 1.000 habitantes<sup>94</sup>. O hospital oferece apenas atendimento à urgência e emergência e internações clínicas e pediátricas de baixa complexidade.

Durante uma parte do período de estudo, a UBS II de Joanópolis estava em reforma: as atividades médicas estavam acontecendo dentro da sala paroquial que foi compartimentada em salas de atendimento.

A equipe de profissionais na UBS II de Joanópolis é composta por duas enfermeiras (1,5 equivalente de tempo integral, full time equivalent - FTE in Inglês), cinco técnicas de enfermagem (3,75FTE), três clínicos (2 FTE), dois pediatras (1 FTE), dois ginecologistas (1 FTE), e outros especialistas como ortopedista (1/6 FTE), psiquiatra (1/5 FTE) e cardiologista (1/5 FTE). Em 2012 0,18 médicos atenderam 1000 habitantes<sup>99</sup>. Os pediatras atendem as crianças de 0 a 12 anos; os clínicos atendem as pessoas maiores de 12 anos. A Estratégia da Saúde da Família não estava implementada na cidade durante o período do estudo. 78,8% da população é usuário exclusivo do SUS<sup>94</sup>.

#### Estatística e indicadores de saúde

O perfil de mortalidade do município obedece às mesmas tendências nacionais, conforme segue.

#### **Mortalidade proporcional segundo principais - Grupos de Causas Joanopolis 2006 a 2011**

ANO	1ªCAUSA	2ªCAUSA	3ªCAUSA	4ªCAUSA	5ªCAUSA
2006	Doenças Aparelho Circulatório (43,24)	D.Aparelho Respiratório (14,8)	Neoplasias (13,5)	Causas Externas (8,1)	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais (6,7)
2007	Doenças Aparelho Circulatório (53,2)	D.Aparelho Respiratório (10,4)	Causas Externas (7,8)	Neoplasias (6,5)	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais (5,2)
2008	Doenças Aparelho Circulatório (50,0)	Neoplasias (17,5)	Causas Externas (12,5)	D.Aparelho Respiratório(7,5)	Algumas afecções geradas no período perinatal (3,8)
2009	Doenças Aparelho Circulatório (42,1)	D.Aparelho Respiratório (26,3)	Neoplasias (10,5)	D.Aparelho Digestivo (5,3)      D.Endocrinas, nut., metabólicas (5,3)	Causas Externas (1,8)      Algumas Afecções P. Perinatal (1,8)
2010	Doenças Aparelho Circulatório (39,3)	Neoplasias (14,8)	D.Aparelho Respiratório (11,7)      Causas Externas (11,7)	D.Endocrinas, nut., metabólicas (7,4)	D.Aparelho Digestivo (5,3)
2011	Doenças Aparelho Circulatório (28,1)	D.Aparelho Respiratório (16,9)	Neoplasias (14,6)	Causas Externas (8,1)	D.Endocrinas, nut., metabólicas (7,9)

Fonte: SIM/ SINASC - GVE X dados provisórios

TABELA 4: MORTALIDADE (SÉRIE) DO MUNICÍPIO DE JOANÓPOLIS

A porcentagem de mães adolescentes (com menos de 18 anos) era de 10,56% em 2009, comparada com 7,22% ao nível estadual<sup>95</sup>. 10,56% dos recém-nascidos tiveram um peso menos de 2,5kg<sup>95</sup>. A taxa de Mortalidade Infantil era 14,08 por mil nascidos vivos em 2009, comparada com a média estadual de 12,48%<sup>95</sup>.

O índice de desempenho do SUS (IDSUS) de Joanópolis de 2011 é entre 4 e 4,99<sup>84</sup>. O Índice de acesso à Atenção Básica é 5,08. Mencionamos dois indicadores deste índice: a cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde era de 44,4% e a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal era de 84,5% em 2011<sup>94</sup>. Como este resultado se relaciona com os dos outros municípios da Região de Saúde pode ser visualizado na seguinte figura.



FIGURA 7: ÍNDICE DE ACESSO DA ATENÇÃO BÁSICA (IDSUS 2011)

O Índice de efetividade de Atenção Básica é 9,9. Mencionamos dois indicadores do ultimo índice IDSUS: a proporção de Internações Sensíveis a AB era 23,6% em Joanópolis, e a cobertura com a vacina tetravalente em menores de um ano era 109,7% em 2011<sup>94</sup>. Como estes resultados se relacionam com os outros municípios pode ser visto na seguinte figura.

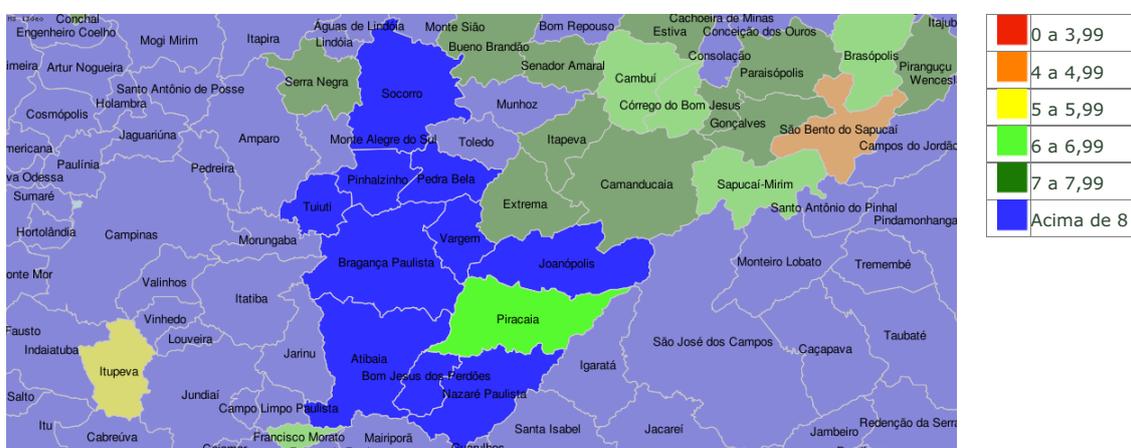


FIGURA 8: ÍNDICE DE EFETIVIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA (IDSUS 2011)

O Município de Joanópolis aderiu à segunda fase do PMAQ ao final de 2015: os resultados desta fase portanto ainda não estão disponíveis.

### 3. MÉTODO PARA AVALIAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS EM JOANÓPOLIS

---

No atual estudo optou-se por usar o modelo de Atenção Primária à Saúde descrito por Starfield, porque o detalhamento dos atributos (veja tabela 1) permite avaliar as características específicas de um sistema de saúde focado na APS. A ferramenta escolhida foi o PCAT porque permite avaliar a percepção dos usuários dos serviços de saúde.

Um estudo PCAT foi realizado para avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde que as crianças no município de Joanópolis utilizaram. O PCATool-Brasil foi utilizado em as duas versões, senda a versão criança e a versão profissional.

O projeto obteve aprovação ética da UNIFESP e Ghent University; as aprovações estão anexadas. O projeto de pesquisa foi pelo Conselho Municipal de Saúde e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde; a autorização está em anexo.

---

#### PCATOOL-BRASIL VERSÃO CRIANÇA

---

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde. A pesquisa foi amplamente divulgada nas diversas unidades de saúde do município.

Um teste de campo (*field test*) foi realizado com o PCATool-Brasil versão criança durante uma ação da Secretaria de Agricultura para avaliar a aceitabilidade, a duração do questionário, entre outros.

Cada pai ou responsável legal de uma criança entre 0 e 12 anos, procurando atendimento médico não urgente na UBS II de Joanópolis ou durante ação itinerante de saúde, foi convidado a participar neste estudo. Como as consultas pediátricas aconteceram quatro dias por semana (durante o período da manhã e da tarde), o estudo foi realizado durante estes períodos. O roteiro da pesquisa foi explicado ao participante e, após assinar o TCLE em duas vias, a entrevistadora leu as perguntas em voz alta e anotou as respostas. As boas normas de ética foram observadas: os responsáveis legais tiveram a possibilidade de se retirar da pesquisa à qualquer momento. No caso de um pai procurar atendimento para dois filhos ou mais, só um (1) PCATool-Brasil foi aplicado, por convenção, sobre a criança menor.

O PCATool-Brasil versão criança aplicado tem a seguinte estrutura:

Português

Inglês

Numero de  
perguntas

A	Grau de afiliação	Degree of affiliation	3
B	Acesso de primeiro contato - Utilização	Score First contact care. Use of services.	3
C	Acesso de primeiro contato - acessibilidade	Score First contact care. Accessibility	6
D	Longitudinalidade	Score Long term person care	14
E	Coordenação - Integração de cuidados	Score Coordination of care. Integrated services.	6
F	Coordenação- Sistema de informações	Score Coordination of care. Information systems	3
G	Integralidade - serviços disponíveis	Score Integrated care. Available services.	9
H	Integralidade - serviços prestados	Score Integrated care. Offered services.	5
I	Orientação familiar	Family oriented care.	3
J	Orientação comunitária	Community oriented care	4

TABELA 5: ESTRUTURA DE PCATool-BRASIL VERSÃO CRIANÇA

Os dados coletados foram tabulados em Excel, com dupla checagem.

### CÁLCULO DOS ESCORES DO PCATool-BRASIL VERSÃO CRIANÇA

O cálculo dos escores do PCATool-Brasil versão criança foi realizado observando as descrições do Manual do Ministério de Saúde<sup>64</sup>. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média dos valores das respostas: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). A inversão para os itens C2, C4, C5 e D10 foi realizada. Se a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), o escore deste componente não foi calculado para este entrevistado. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” foi transformado para valor “2”.

#### Grau de Afiliação (A):

O seguinte algoritmo foi empregado para calcular o Grau de Afiliação:

Score	Answers	Questions
Degree of affiliation = 1	All answers = <b>no</b>	Question 1 = Question 2 = Question 3 = <b>no</b>
Degree of affiliation = 2	One, two or three answers <b>yes</b> , but different, referring to different services	Question 1 ≠ Question 2 ≠ Question 3 ≠ <b>no</b>
Degree of affiliation = 3	Two answers <b>yes</b> , referring to the same service	Question 1 = Question 2 ou Question 1 = Question 3 or Question 2 = Question 3 and equal to <b>Yes</b>
Degree of affiliation = 4	All the answers <b>yes</b> , all referring to the same	Question 1 = Question 2 = Question 3 = <b>Yes</b>

TABELA 6: ALGORITMO USADO PARA CALCULAR O GRAU DE AFILIAÇÃO

Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens.  $\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$

Longitudinalidade (D): O escore para este atributo foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens.  $\text{Escore} = (D1+ D2+ D3+ D4+ D5+ D6+ D7+ D8+ D9+ D10 +D11 + D12 +D13 + D14) / 14$

Coordenação - Integração de Cuidados (E): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. O item E1 não entrou no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.  $\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6) / 5$

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

Integralidade - Serviços Disponíveis (G): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens.  $\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$

Integralidade - Serviços Prestados (H): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens.  $\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5) / 5$

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

Orientação Comunitária (J): O escore para este atributo foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4) / 4$

Todos os escores foram transformados numa escala de 0 a 10 utilizando a seguinte fórmula:  $[(\text{Escore obtido} - 1) \times 10] / 3$ .

O Escore Essencial de APS foi calculado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação), dividido pelo número de componentes.  $(A+B+C+D+E+F+G+H)/8$

O Escore Geral de APS foi calculado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação), somado aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes.

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

Os escores foram calculado em Excel.

Quanto mais alto o escore, melhor o escuro ou o atributo está sendo avaliada com 6,6 o *cut-off*.

#### ..... CALCULO DA AMOSTRA .....

A mostra foi calculada em 319, baseado na população de 1861 crianças residentes em Joanópolis em 2012<sup>91</sup>, para um nível de confiança de 95% e um intervalo de confiança de 5.

---

## PCATOOL-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL

---

### DESCRIÇÃO DOS RESPONDENTES

---

**Todos** os profissionais de saúde de nível superior, atendendo crianças na APS no município de Joanópolis, foram convidados a participar do estudo, assim como os gestores: o gestor municipal e o gestor da Unidade Básica de Saúde. N=8 era o universo total.

### DESCRIÇÃO DA FERRAMENTA

---

O PCATool-Brasil versão profissional aplicado é composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira:

	Português	Inglês	Numero de perguntas
A	Acesso de primeiro contato - acessibilidade	First contact care. Accessibility	9
B	Longitudinalidade	Long term person care	13
C	Coordenação - Integração de cuidados	Coordination of care. Integrated services.	6
D	Coordenação- Sistema de informações	Coordination of care. Information systems	3
E	Integralidade - serviços disponíveis	Integrated care. Available services.	22
F	Integralidade - serviços prestados	Integrated care. Offered services.	15
G	Orientação familiar	Family oriented care.	3
H	Orientação comunitária	Community oriented care	6

TABELA 7: PCATOOL-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL

A Secretaria Municipal de Saúde enviou o PCAT-Brasil versão profissional (em papel), acompanhado do TCLE em duas vias, a cada profissional de saúde com a solicitação de preencher e entregar o PCATool-Brasil versão profissional dentro de um prazo estabelecido, em envelope lacrado. Ressalta-se que as respostas foram anônimas.

### CALCULO DO ESCORE

---

Os escores dos atributos de APS foram calculados observando as orientações do Manual do Ministério de Saúde<sup>64</sup>.

O valor do item A9 foi invertido.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingiu 50% ou mais do total de itens de um componente (“A” a “H”), o escore deste componente para este entrevistado não foi calculado. O

escore deste componente para este entrevistado ficou em branco (“missing”). Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” foi transformado para valor “2” (“provavelmente não”).

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (A1 + A2 + A3 + A4 + A5 + A6 + A7 + A8 + A9) / 9$

Longitudinalidade (B): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens.  $\text{Escore} = (B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6 + B7 + B8 + B9 + B10 + B11 + B12 + B13) / 13$

Coordenação - Integração de Cuidados (C): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$

Coordenação - Sistema de Informações (D): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (D1 + D2 + D3) / 3$

Integralidade – Serviços Disponíveis (E): O escore para este componente foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (E1 + E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9 + E10 + E11 + E12 + E13 + E14 + E15 + E16 + E17 + E18 + E19 + E20 + E21 + E22) / 22$

Integralidade – Serviços Prestados (F): O escore para este componente deve ser calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio de acordo com as faixas etárias que o profissional de saúde atende.

Os profissionais atenderam todas as faixas etárias, então o escore foi calculado da seguinte maneira:  $\text{Escore} = (F1 + F2 + F3 + F4 + F5 + F6 + F7 + F8 + F9 + F10 + F11 + F12 + F13 + F14 + F15) / 15$

Orientação Familiar (G): O escore para este atributo foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (G1 + G2 + G3) / 3$ .

Orientação comunitária (H): O escore para este atributo foi calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.  $\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6) / 6$

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 a seguinte fórmula foi utilizada:  
[(Escore obtido – 1) X 10] / 3

O Escore Essencial de APS foi calculado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dividido pelo número de componentes.  $(A + B + C + D + E + F) / 6$

O Escore Geral de APS foi calculado pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e dos componentes que pertencem aos atributos derivados, dividido pelo número total de componentes.  
 $(A+B+C+D+E+(F)+(G+H)/8$

#### 4. MÉTODO PARA AVALIAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS EM JOANÓPOLIS

---

Para avaliar o acesso aos serviços de saúde para crianças em Joanópolis, os escores de APS dos usuários dos serviços públicos serão comparados com os escores dos usuários do setor suplementar.

Para avaliar o acesso geográfico, a localização da casa da criança será anotada, veja infra.

Para avaliar o acesso aos serviços de saúde para as crianças em Joanópolis os seguintes dados foram coletados com os mesmos respondentes (usuários) do estudo PCAT. Após responder o PCATool-Brasil versão criança, os responsáveis legais foram convidados à responder mais 15 perguntas: 09 perguntas sobre a situação social, econômica e demográfica da criança, 05 perguntas sobre a organização dos serviços de saúde e uma (01) pergunta sobre a qualidade dos serviços de saúde da UBS II de Joanópolis. A entrevistadora anotou as respostas.

---

#### DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

---

Os seguintes dados demográficos e socioeconômicos foram colecionados durante o estudo PCAT dos responsáveis legais:

1. A idade da criança sobre qual o PCATool-Brasil foi aplicado, expresso em anos e meses.
  - Durante a análise a idade foi recalculada em meses.
2. A localização do domicílio (casa) da criança. O bairro da criança foi anotado.
  - Durante a análise de dados os bairros foram organizados em três grupos: o centro urbano, a periferia urbana e a zona rural. Para algumas análises os bairros foram reagrupados em dois grupos: o centro urbano (a soma dos bairros do centro urbano e os da periferia urbana) e a zona rural.
3. A cor/etnia/raça da criança com as seguintes possibilidades de resposta: Negro, Branco, Pardo, Indígena, Asiático, Outro:... A pesquisadora leu as possibilidades e o responsável legal escolheu a resposta mais adequada para ele. Em outras palavras a definição de cor/etnia/raça, é uma autodeclaração, uma técnica também utilizada no censo do IBGE.
4. A religião da criança (Católico, Protestante/Evangélico, Espírita, Umbanda, Candomblé, Outro:...). A pesquisadora leu as possibilidades em voz alta e o

responsável legal verbalizou a resposta mais adequada, a qual foi anotada pela pesquisadora.

5. A duração do ensino dos responsáveis legais foi anotado como < 8 anos de ensino ou ≥ 8 anos de ensino, usando a maior escolaridade de um dos dois responsáveis legais. No caso em que a criança tinha apenas um responsável legal foi utilizado apenas esta informação.
6. A renda do responsável legal foi anotada como < 1 salário mínimo, 1 – 2 salários mínimos ou > 3 salários mínimos, usando a maior renda de um dos dois responsáveis. No caso em que a criança tinha apenas um responsável legal foi utilizada apenas esta informação.
7. A inclusão no programa “Bolsa família”: Sim ou não.
8. O meio de transporte usado para chegar até a localização onde o responsável procura serviços de saúde. A resposta foi anotada: A pé, Carro próprio, Moto própria, Cavalo ou charrete própria, Carro/moto de alguém que você conhece, Carona, Ônibus ou perua escolar (gratuito), Ônibus pago, Taxi, Outro.
9. A presença de plano de saúde para a criança: Sim, Não, ou Não sei. Se a criança possuía um plano de saúde, foi solicitado especificar a cobertura: nacional, local ou outro.

---

### PERGUNTAS AOS RESPONSÁVEIS LEGAIS

---

Cinco perguntas (sendo quatro (4) pré-definidas e uma (1) semi-aberta sobre a organização dos serviços de saúde foram efetivadas:

1. Quando o seu(sua) filho(a) fica doente, onde o(a) Senhor(a) leva o(a) seu(sua) filho(a)? Respostas possíveis: Farmácia, Centro de saúde, Hospital, Médico particular, Médico do convênio, Benzedeira, Medicina alternativa/complementar, Centro Espírita, Centro Evangélico, Centro Católico, Centro Umbanda, Centro Candomblé, Outro.
2. Por favor, especifique a localização das respostas da pergunta anterior.
3. O tempo gasto para chegar até o serviço de saúde procurado? Com as respostas anotadas de seguinte maneira: < 30 minutos, 31 – 59 minutos, 1 – 2 horas, > 2 horas.
4. A última vez que o(a) Senhor(a) levou seu(sua) filho(a) para uma consulta no centro de saúde de Joanópolis: qual é a sua opinião sobre o tempo de espera antes de ser atendido pelo médico? Com respostas anotadas como Muito mal (muito tempo), Mal, Normal, Bom (não tanto tempo), Muito bom (foi atendido rápido), ou Não se aplica.

5. Em sua opinião, como o(a) responsável legal, qual é o cuidado de saúde mais importante que o centro de saúde de Joanópolis oferece ou deveria oferecer? Descreve: ...

A pergunta pré-definida sobre a qualidade dos serviços do UBS II de Joanópolis:

1. Qual é a sua opinião sobre o tratamento médico que o(a) seu(sua) filho(a) recebeu? Com respostas anotadas como Muito mal, Mal, Normal, Bom, Muito bom, ou Não se aplica.

---

### ANÁLISE ESTATÍSTICA

---

Os dados foram tabulados em Excel, com dupla checagem. Alguns cálculos foram realizados em Excel.

Após exportação a análise estatística foi realizada com o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 23.0 para Windows para avaliar a distribuição das variáveis sociais, econômicas, e demográficas entre os diferentes grupos de respondentes. Usamos Anova para verificar se houve uma diferença significativa entre as médias. Usamos testes-T para comparação de médias. Usamos testes Qui-quadrado para estudo de associação com dados categóricos, nível de significância de 5%.

## 5. MÉTODO PARA AVALIAR A VIABILIDADE DE UM ESTUDO PCAT NUMA PEQUENA CIDADE RURAL

---

O método para avaliar a viabilidade (feasibility) de um estudo PCAT numa pequena cidade foi detalhar as horas trabalhadas neste estudo, calcular as despesas e registrar o tempo utilizado para realizar este estudo. O programa Excel foi utilizado para análise de dados.

## RESULTADOS

---

### 1. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS EM JOANÓPOLIS

---

#### RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO PCATOOL-BRASIL VERSÃO CRIANÇAS

---

##### DESCRIÇÃO DOS RESPONDENTES

---

A amostra dos respondentes do PCATool-Brasil versão criança foi calculado em 319. Por motivos explicados posteriormente (na seção dos resultados sobre acesso) uma nova amostra foi calculado para 500.

Dos 508 responsáveis legais que foram convidados a participar do estudo, seis (6) recusaram-se a participar (taxa de resposta = 98,82%). Os resultados do estudo PCAT na versão criança foram calculados com N= 502.

##### RESULTADOS DOS ESCORES

---

###### Grau de afiliação

Os responsáveis legais entrevistados, os pais, referem um grau de afiliação com a UBS de 7,96/10: os pais geralmente levam os seus filhos para o centro de saúde quando eles estão doentes.

Ressalta-se que todos os questionários preenchidos se referem à unidade de saúde de Joanópolis; mesmo os responsáveis legais que referem possuir plano de saúde para os seus filhos, indicaram que a UBS é o lugar onde eles levam o filho geralmente; por este motivo o PCATool-Brasil versão criança foi preenchido considerando a unidade de saúde de Joanópolis.

###### Acesso de primeiro contato - Utilização

O escore da utilização da UBS é 9,57: quando os pais entrevistados precisam uma consulta de rotina para os seus filhos, eles utilizam quase sempre a UBS de Joanópolis.

### Acesso de primeiro contato - acessibilidade

Os pais entrevistados consideram o centro de saúde inacessível para a atenção dos seus filhos (o escore da acessibilidade é 4,09): uma criança doente não consegue ser atendida no mesmo dia, os pais não conseguem atendimento médico quando eles consideram necessário e não conseguem marcar uma consulta por telefone.

### Longitudinalidade

Se avaliarmos os cuidados para as crianças ao longo do tempo, vemos que o escore da longitudinalidade é 5,48: a criança não é sempre atendida pelo mesmo médico ou enfermeiro, o médico ou a enfermeira não conhece a história clínica da criança, muitas vezes o médico não conhece bem a família e ele não pergunta quando prescreve um remédio se os pais vão conseguir obter o remédio.

### Coordenação - Integração de cuidados

O escore de coordenação - integração de cuidados é 8,54: os pais entrevistados estão satisfeitos sobre o encaminhamento para outras especialidades.

### Coordenação- Sistema de informações

O escore de coordenação - sistema de informações é 7,58: os pais entrevistados dizem que levam a carteirinha da vacinação para o centro de saúde, e dizem que o prontuário da criança está disponível na consulta.

### Integralidade - serviço disponíveis

Os pais entrevistados estão satisfeitos com os serviços disponíveis para toda a família: o centro de saúde oferece vacinas, métodos anticoncepcionais, aconselhamento para problemas de saúde mental, aconselhamento e testes de HIV: o escore de integralidade - serviços disponíveis é 7,20.

### Integralidade - serviços prestados

Quando perguntamos sobre os serviços prestados no centro de saúde, os pais são menos satisfeitos (escore de integralidade - serviços prestados é 6,23): os profissionais de saúde não dão orientações suficientes sobre alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado; não dão dicas como manter o lar seguro (por exemplo, como guardar medicamentos) ou como lidar com crianças com problemas de comportamento e não falam sobre o desenvolvimento dela (por exemplo, falam quando a criança vai começar a andar).

### Escore Essencial da APS

Se tomarmos em conta todos estes aspectos, podemos calcular um escore dos componentes essenciais de Atenção Primária à Saúde para as crianças (a média destes oito escores): o Escore Essencial da APS é 6,92/10.

Seguem os resultados dos dois atributos derivados da APS (a orientação familiar e comunitária).

#### Orientação familiar

O escore da orientação familiar é 2,04/10: o médico ou a enfermeira quase nunca pergunta aos pais qual é a opinião deles sobre o tratamento ou o cuidado dos seus filhos, quase nunca pergunta se existem doenças ou problemas na família da criança (como câncer, alcoolismo, ou depressão), e os pais acham que o profissional de saúde não se reuniria com outros membros da família da criança se o pai achasse necessário.

#### Orientação comunitária

O escore sobre os cuidados orientados para a comunidade, calculado a partir das respostas dos pais, é 0,01/10. Os pais dizem que nunca ninguém do centro de saúde faz visitas domiciliares e os profissionais de saúde não conhecem os problemas de saúde importantes do bairro; na visão dos pais os profissionais de saúde não fazem pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde e não convidam membros da família a participar do Conselho Municipal de Saúde.

### Escore geral de APS

Se considerarmos todos os escores acima citados, podemos calcular o Escore Geral de APS (a média dos 10 escores): 5,62/10.

Os resultados dos escores dos atributos e escores de APS, medidos pelo PCATool-Brasil versão criança, estão disponíveis na seguinte tabela:

	Português	Inglês	Numero de respostas válidas (N=)	Escore	CI (95%)
A	Grau de afiliação	Degree of affiliation	502	7,96	(7,77-8,15)
B	Acesso de primeiro contato - Utilização	First contact care. Use of services.	502	9,57	(9,46-9,69)
C	Acesso de primeiro contato - acessibilidade	First contact care. Accessibility	502	4,09	(3,93-4,26)
D	Longitudinalidade	Long term person care	502	5,48	(5,39-5,58)
E	Coordenação -	Coordination of care.	100	8,54	(7,88-9,20)

	Integração de cuidados	Integrated services.			
F	Coordenação- Sistema de informações	Coordination of care. Information systems.	502	7,58	(7,44-7,73)
G	Integralidade - serviços disponíveis	Integrated care. Available services	448	7,20	(7,097,32)
H	Integralidade - serviços prestados	Integrated care. Offered services	495	6,23	(5,89-6,57)
	<b>Escore Essencial de APS</b>	<b>Essential PHC-score</b>		<b>6,92</b>	<b>(6,82-7,01)</b>
I	Orientação familiar	Family oriented care	500	2,04	(1,83-2,26)
J	Orientação comunitária	Community oriented care	502	0,01	(-0,01,0,02)
	<b>Escore Geral de APS</b>	<b>General PHC-score</b>		<b>5,62</b>	<b>(5,53-5,70)</b>

TABELA 8: RESULTADOS DOS ATRIBUTOS E ESCORES DE APS (PCATool-BRASIL VERSÃO CRIANÇA)

Os escores menos de 6,6 são considerados não satisfatórios e são indicados em vermelho na tabela.

Os resultados estão distribuídos de seguinte maneira na população dos respondentes:

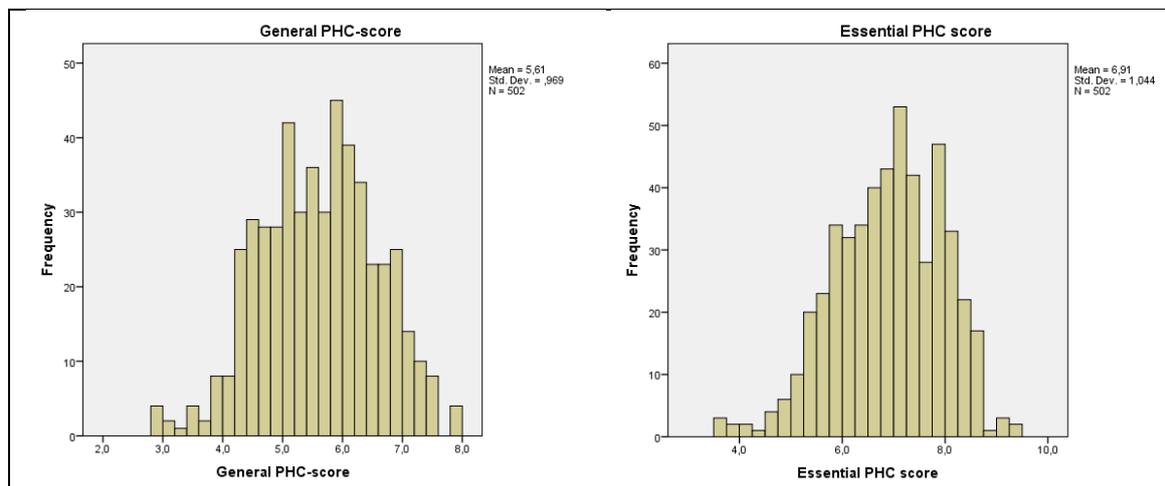


FIGURA 9: DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES DA APS NA POPULAÇÃO DE RESPONDENTES (PCAT V. CRIANÇAS)

---

## RESULTADOS DO PCATOOL-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL

---

### DESCRIÇÃO DOS RESPONDENTES

---

O universo completo dos profissionais de nível superior atendendo crianças é nove (9). A própria doutoranda, também clinica na UBS, não preencheu o PCATool. Dos oito (8) profissionais de saúde convidados para participar, um profissional enviou o questionário com comentário que não preencheu porque estava trabalhando há pouco tempo na UBS.

O estudo foi realizado com sete (7) participantes.

### RESULTADOS DOS ESCORES

---

#### Acesso de primeiro contato - acessibilidade

Os profissionais de saúde entrevistados avaliam o Acesso de primeiro contato - acessibilidade como 7,20/10. Este escore é resultado das respostas às perguntas sobre a abertura do serviço de saúde durante o fim de semana ou à noite, se os pacientes podem tirar dúvidas sobre a doença da criança por telefone, sobre a facilidade de marcação de consultas, sobre o tempo de espera antes de ser atendido, entre outros.

É um único atributo foi avaliado satisfatório ( $\geq 6,6$ ) pelos profissionais de saúde. Todos os outros escores tem um valor menor de 6,6 e, portanto estes estão insatisfatórios.

#### Longitudinalidade

O escore de Longitudinalidade é 5,57. Os profissionais entrevistados indicam que as crianças nem sempre são atendidas pelo mesmo profissional, que os pais nem sempre entendem o que o profissional pergunta, que eles não dão tempo suficiente para os pais falarem sobre suas preocupações, que não sabem onde a criança mora, que não teriam conhecimento se seus pacientes tem dificuldades de pagar por medicamentos, que não sabem todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando, entre outras perguntas.

#### Coordenação - Integração de cuidados

O escore de Coordenação - Integração de cuidados é 5,32. Os profissionais entrevistados indicam não ter conhecimento sobre todas as consultas que as crianças fazem com outros especialistas e não recebem informações da contra-referência (a referência da Atenção Secundária para a Atenção Primária por exemplo), entre outras questões.

### Coordenação- Sistema de informações

O escore da Coordenação - Sistema de informações é 4,44. Os profissionais entrevistados dizem que os pais raras vezes trazem os boletins de atendimento de emergência ou um relatório de alta hospitalar, os profissionais informam que não permitem aos pais olharem os prontuários dos filhos quando queiram, e os prontuários das crianças não estão sempre disponíveis.

### Integralidade - serviços disponíveis

O escore da Integralidade - serviços disponíveis é 5,95. Os profissionais entrevistados referem que os seguintes serviços estão disponíveis no Município: aconselhamento nutricional, imunizações, assistência social, serviços de saúde bucal, planejamento familiar, serviços de saúde mental, aconselhamento e testagem para HIV, consultas pré-natais, entre outros.

### Integralidade - serviços prestados

O escore da Integralidade - serviços prestados é 5,56. Os profissionais entrevistados indicam que dão dicas aos pais sobre alimentação saudável, sono adequado, segurança no lar e no carro, maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças, mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária, entre outros.

### Escore essencial de APS

Se calculamos a média destes sub-escores dos atributos de APS, podemos calcular o Escore essencial de APS, que é **5,67/10**.

Se avaliarmos os dois atributos derivados da APS, podemos dizer o seguinte sobre a orientação familiar e comunitária.

### Orientação familiar

O escore da Orientação familiar é 5,71. Os profissionais de saúde entrevistados geralmente não perguntam aos pais quais são as suas ideias ou opiniões ao planejar o tratamento e cuidado dos seus filhos, não perguntam sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias, e não estão dispostos ou capazes de atender membros da família da criança para discutir um problema de saúde ou problema familiar.

### Orientação comunitária

O escore da Orientação comunitária é 4,44. Os profissionais de saúde entrevistados indicam não realizar visitas domiciliares; indicam não ter conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende, não ouvir as opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde, não pesquisar se o serviço está satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas, não pesquisar identificar problemas de saúde na comunidade, não convidar os pais para participar do Conselho Municipal de Saúde.

### Escore geral de APS

Se calcularmos a média de todos os escores, conseguimos o Escore Geral de APS, que é 5,52/10.

Os resultados dos atributos e escores de APS, medidos pelo PCATool-Brasil versão profissional, estão tabeladas de seguinte maneira:

	Português	Inglês	Profissionais de saúde (N=7)
A	Acesso de primeiro contato - acessibilidade	First contact care. Accessibility	7,20
B	Longitudinalidade	Long term person care	5,57
C	Coordenação - Integração de cuidados	Coordination of care. Integrated services.	5,32
D	Coordenação- Sistema de informações	Coordination of care. Information systems	4,44
E	Integralidade - serviço disponíveis	Integrated care. Available services.	5,95
F	Integralidade - serviços prestados	Integrated care. Offered services.	5,56
	<b>Escore essencial de APS</b>	<b>Essential PHC-score</b>	<b>5,67</b>
G	Orientação familiar	Family oriented care.	5,71
H	Orientação comunitária	Community oriented care	4,44
	<b>Escore geral de APS</b>	<b>General PHC-score</b>	<b>5,52</b>

TABELA 9: RESULTADOS DOS ESCORES DOS ATRIBUTOS DE APS (PCATOOL-BRASIL VERSÃO PROFISSIONAL)

Os escores menores de 6,6 são considerados não satisfatórios e são indicados em vermelho na tabela.

Ressalta-se que os profissionais indicaram que eles atendem todas as faixas etárias o que influenciou o calculo do escore Integralidade – Serviços Prestados (F) (veja supra).

## 2. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS EM JOANÓPOLIS.

### DESCRIÇÃO DOS RESPONDENTES

A amostra dos respondentes do PCATool-Brasil versão criança foi calculado em 319. No período de 30/10/2013 - 22/01/2014 o PCATool-Brasil versão criança foi aplicado em 334 responsáveis legais.

A ideia original do estudo era avaliar o acesso aos serviços de saúde em suas dimensões e comparar os sub-grupos (usuários de unidades públicas versus usuários dos serviços do setor suplementar). A análise dos 334 tools mostrou que 37 respondentes indicaram ter um plano de saúde. Como o grupo era muito pequeno, foi decidido aumentar a amostra para aumentar a possibilidade de fazer análises neste subgrupo. Por este motivo a amostra foi recalculada para 500 respondentes.

No estudo realizado, o numero total de respondentes do estudo PCAT aplicando o PCATool-Brasil versão criança foi 502.

### RESULTADOS DOS DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

#### A idade das crianças.

A idade média das crianças era 62,43 meses de idade (CI 58,87 - 65,98) com a seguinte distribuição entre os respondentes:

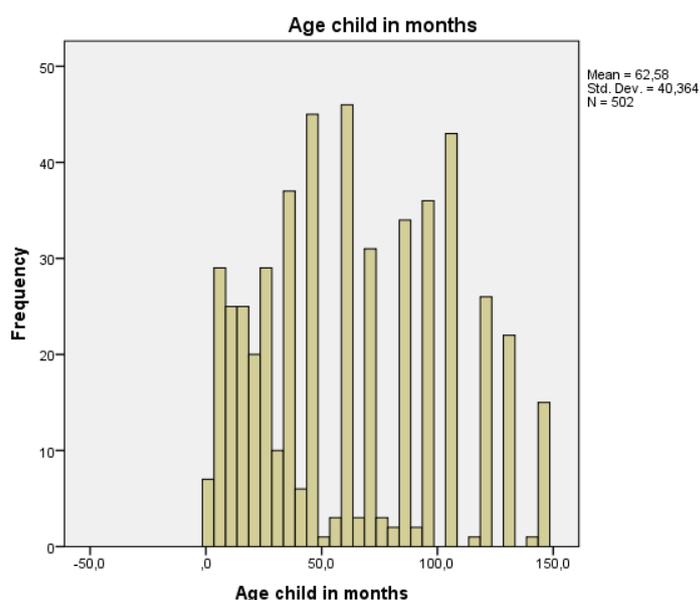


FIGURA 10: DISTRIBUIÇÃO DA IDADE ENTRE OS RESPONDENTES DO PCATOOL-BRASIL VERSÃO CRIANÇA

A localização do domicílio (casa) da criança.

Quase um terço dos responsáveis legais referiu que a criança morava na zona rural, um terço na periferia urbana e um terço no centro urbano. A localização do domicílio das crianças do estudo pode ser encontrada na seguinte tabela:

Location home child					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	city center	159	22,2	31,7	31,7
	urban periphery	195	27,2	38,8	70,5
	rural area	148	20,7	29,5	100,0
	Total	502	70,1	100,0	
Missing	System	214	29,9		
Total		716	100,0		

TABELA 10: LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO DAS CRIANÇAS DO ESTUDO PCAT

Se somarmos os respondentes do centro urbano e da periferia urbana, aprendemos que 70,5% dos respondentes mora na zona urbana e 29,5% na zona rural.

As respostas das perguntas sobre a situação demográfica, social e econômica estão resumidas na seguinte tabela:

Dado	Classificação	Numero	CI	%
<b>Cor/etnia/raça da criança autodeclarada pelo responsável legal</b>	Branco	481	-	95,8
	Pardo	18	-	3,6
	Negro	3	-	0,6
<b>Religião da criança informada pelo responsável legal</b>	Católica	326	-	64,9
	Evangélica	149	-	29,7
	Espírita	2	-	0,4
	Outra	25	-	5,0
<b>Duração de ensino do responsável legal</b>	< 8 anos de ensino	269	-	53,6
	≥ 8 anos de ensino	233	-	46,4
<b>Renda do responsável legal (N=501)</b>	< 1 salário mínimo	59	-	11,8
	1 – 2 salários mínimos	392	-	78,7
	> 2 salários mínimos	50	-	10,0
<b>Inclusão no programa “Bolsa família” (N=168)</b>	Sim	54	-	32,1
<b>Meio de transporte usado para chegar até as localizações onde o responsável procura serviços de saúde</b>	A pé	257	-	51,2
	Carro próprio	161	-	32,1
	Carona	60	-	12,0
	Ônibus pago	14	-	2,8
	Moto própria	6	-	1,2
	Taxi	3	-	0,6
	Ônibus ou perua escolar (gratuito)	1	-	0,2
<b>Presença de plano de saúde para a criança</b>	Sim	45	-	9,0
	Não	457	-	91,0
<b>Tipo de plano de saúde para a criança</b>	Cobertura nacional	12/45	-	26,7
	Cobertura local	33/45	-	71,7
	Não sei	1/45	-	2,2

TABELA 11: COMPILAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

A inclusão no programa de “Bolsa família” foi calculada sobre 168 respondentes.

Comparação amostra do estudo com os dados da população de Joanópolis

Os dados da amostra se relacionam com os dados da população geral de seguinte maneira:

		Joanópolis	%	Amostra	%
<b>População (N)</b>		11.768 in 2012			
<b>Crianças residentes</b>	0-4 anos	591	31,8	192	38,2
	4-8 anos	622	33,4	166	33,1
	8-12 anos	648	34,8	144	28,7
	<b>TOTAL</b>	<b>1861</b>		<b>502</b>	
<b>Localização domicílio da criança</b>	centro urbano			159	
	periferia urbana			195	
	-- Area urbana			354	
	Area rural			148	
<b>Educação responsável legal</b>	≤ 8 anos	9068	77,1	269	53,6
	> 8 anos	2700	22,9	233	46,4
<b>Cor-raça-etnia autodeclarada</b>	branco	9921	84,3	481	95,8
	pardo	1510	12,8	18	3,6
	negro	216	1,8	3	0,6
	amarelo	0	0,0	0	0
	indígena	0	0,0	0	0
	outra	121	1,0	0	0
<b>Plano de saúde</b>	sim	2497	21,2	45	9,0
	não	9271	78,8	457	91,0
<b>Bolsa família</b>	sim	371	3,2	54/168	32,1

TABELA 12: COMPARAÇÃO DA AMOSTRA COM A POPULAÇÃO

## RESULTADOS SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

As respostas das perguntas sobre a organização dos serviços de saúde e a qualidade do serviço de saúde na UBS II de Joanópolis encontram-se na seguinte tabela:

Question	Option	N	%
Place where caretaker takes child to when sick (N=502)	Health center	464	92,4
	Hospital	26	5,2
	Pharmacy	6	1,2
	Private health insurance doctor	4	0,8
	Private doctor (out of pocket)	2	0,4
Time spent to reach the health seeking service	< 30 minutes	501	99,8
	31 – 59 minutes	0	0
	1 – 2 hours	1	0,2
Perceived waiting time for a consultation last time parent took your child to the health center	Very bad (long waiting time)	215	42,8
	Bad	125	24,9
	Normal	150	29,9
	Good (not so long waiting time)	9	1,8
	Very good (was attended quickly)	3	0,6
Perceived quality of last consultation at the health center	Very bad	2	0,4
	Bad	9	1,8
	Normal	47	9,4
	Good	214	42,6
	Very good	226	45,0
	Don't know or Not applicable	4	0,8

TABELA 13: RESUMO DOS RESULTADOS SOBRE A QUALIDADE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

### Organização dos serviços de saúde na UBS II de Joanópolis

As respostas da pergunta sobre qual cuidado de saúde é considerado mais importante que o centro de saúde de Joanópolis oferece ou deveria oferecer, podem ser sintetizado da seguinte maneira:

Respostas	N	%
Presença de mais pediatras ou médicos atendendo crianças ou mais vagas	52	10,2
Mais horários abertos (fim de semana, à noite, médico de plantão para atender crianças)	189	37,6
Consulta sem agendar	296	59,0
Menos tempo de espera	64	12,7
Qualidade melhor	9	1,8
Nada a declarar	14	2,8

TABELA 14: RESUMO RESPOSTAS SOBRE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA UBS

Ressalta-se que os responsáveis legais podiam responder mais que um item.

## ANÁLISE DO ACESSO GEOGRÁFICO

Em primeiro lugar queríamos analisar se houve uma diferença no Escore de APS se consideramos a localização do domicílio da criança. Consideremos as três possibilidades: centro urbano, periferia urbana e zona rural. A análise para o Escore Essencial de APS pode ser encontrada nas seguintes tabelas.

### Descriptives

Essential PHC score

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					city center	159		
urban periphery	195	6,918	1,0150	,0727	6,775	7,062	3,7	9,3
rural area	148	6,844	1,0344	,0850	6,676	7,012	3,8	9,2
Total	502	6,906	1,0439	,0466	6,815	6,998	3,6	9,3

TABELA 15: ANÁLISE DE ESCORE ESSENCIAL DE APS SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DE DOMICÍLIO

### ANOVA

Essential PHC score

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,921	2	,461	,422	,656
Within Groups	545,013	499	1,092		
Total	545,935	501			

TABELA 16: ANOVA DE ESCORE ESSENCIAL DE APS SEGUINDO LOCALIZAÇÃO DE DOMICÍLIO

A análise para o Escore Geral de APS pode ser encontrada nas seguintes tabelas.

### Descriptives

General PHC-score

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					city center	159		
urban periphery	195	5,610	,9271	,0664	5,479	5,741	2,9	7,9
rural area	148	5,527	,9716	,0799	5,369	5,685	2,8	7,9
Total	502	5,608	,9685	,0432	5,523	5,693	2,8	7,9

TABELA 17: ANÁLISE DE ESCORE GERAL DE APS SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DE DOMICÍLIO

### ANOVA

General PHC-score

	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,844	2	,922	,983	,375
Within Groups	468,122	499	,938		
Total	469,967	501			

TABELA 18: ANOVA DE ESCORE GERAL DE APS SEGUINDO LOCALIZAÇÃO DE DOMICÍLIO

Não se observa diferenças significantes dos Escores de APS entre as três localidades de domicílio da criança.

Agrupamos a localização da casa da criança em dois grupos: zona urbana (somando os moradores do centro e da periferia urbana) e a zona rural.

Usamos testes-T e testes de Levene.

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Essential PHC score	Equal variances assumed	,000	,989	,872	500	,384	,0891	,1022	-,1117	,2899
	Equal variances not assumed			,877	278,883	,381	,0891	,1017	-,1110	,2892

TABELA 19: TESTE-T DO ESCORE ESSENCIAL DE APS PARA LOCALIZAÇÃO DE DOMICÍLIO

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper

General	Equal			1,21						
PHC-	variances	,008	,927	5	500	,225	,1151	,0948	-,0710	,3013
score	assumed									
	Equal			1,21						
	variances not			3	274,254	,226	,1151	,0950	-,0718	,3021
	assumed									

TABELA 20: TESTE-T DO ESCORE GERAL DE APS PARA LOCALIZAÇÃO DE DOMICÍLIO

Não houve diferenças significantes.

Em segundo lugar queríamos analisar se houve uma diferença no Escore de APS segundo o nível de educação do responsável legal.

#### Descriptives

Essential PHC score

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					less than 8	269		
more than 8	233	6,971	1,1357	,0744	6,824	7,118	3,6	9,3
Total	502	6,906	1,0439	,0466	6,815	6,998	3,6	9,3

TABELA 21: ANÁLISE DE ESCORE ESSENCIAL DE APS SEGUNDO NÍVEL DE EDUCAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

#### ANOVA

Essential PHC score

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,816	1	1,816	1,669	,197
Within Groups	544,119	500	1,088		
Total	545,935	501			

TABELA 22: ANOVA DE ESCORE ESSENCIAL DE APS SEGUNDO NÍVEL DE EDUCAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

#### Descriptives

General PHC-score

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					less than 8	269		
more than 8	233	5,689	1,0492	,0687	5,554	5,825	2,8	7,9
Total	502	5,608	,9685	,0432	5,523	5,693	2,8	7,9

TABELA 23: ANÁLISE DE ESCORE GERAL DE APS SEGUNDO NÍVEL DE EDUCAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

#### ANOVA

General PHC-score

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,833	1	2,833	3,033	,082
Within Groups	467,133	500	,934		
Total	469,967	501			

TABELA 24: ANOVA DE ESCORE GERAL DE APS SEGUNDO NÍVEL DE EDUCAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Não houve diferenças significantes.

Em terceiro lugar queríamos analisar a qualidade dos cuidados, informada pelos responsáveis legais, segundo a localização da casa da criança. A localização da casa da criança foi dividida em zona urbana (somando os moradores do centro da cidade e a periferia urbana) e zona rural. A qualidade dos cuidados foi dividida em três categorias: muita boa qualidade, boa qualidade, e má qualidade (juntando muito má qualidade, má qualidade e qualidade normal). Usamos testes Qui-Quadrado porque são variáveis categóricas.

**Perceivedqualityofcarein3cats \* Locationhomechild\_dich Crosstabulation**

			Locationhomechild_dich		Total
			1,00	2,00	
Perceivedqualit yofcarein3cats	1,00	Count	42	16	58
		% within Perceivedqualityofcarein3cats	72,4%	27,6%	100,0%
		% within Locationhomechild_dich	11,9%	11,1%	11,6%
		% of Total	8,4%	3,2%	11,6%
	4,00	Count	133	81	214
		% within Perceivedqualityofcarein3cats	62,1%	37,9%	100,0%
		% within Locationhomechild_dich	37,6%	56,3%	43,0%
		% of Total	26,7%	16,3%	43,0%
	5,00	Count	179	47	226
		% within Perceivedqualityofcarein3cats	79,2%	20,8%	100,0%
		% within Locationhomechild_dich	50,6%	32,6%	45,4%
		% of Total	35,9%	9,4%	45,4%
Total		Count	354	144	498
		% within Perceivedqualityofcarein3cats	71,1%	28,9%	100,0%
		% within Locationhomechild_dich	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	71,1%	28,9%	100,0%

TABELA 25: ANÁLISE DA QUALIDADE DOS CUIDADOS SEGUNDO LOCALIZAÇÃO DA CASA DA CRIANÇA

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,609 <sup>a</sup>	2	,000
Likelihood Ratio	15,677	2	,000
Linear-by-Linear Association	1,681	1	,195
N of Valid Cases	498		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,77.

TABELA 26: QUI-QUADRADO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS SEGUNDO LOCALIZAÇÃO

Há uma diferença **estatisticamente significativa** entre a localização e a qualidade dos serviços de saúde na UBS II de Joanópolis. O valor  $p < 0,001$  mostra uma significância forte. Os pais que moram na zona rural dão menos vezes o escore “muito bom” que pais que moram na zona urbana. Ou, em outras palavras, mais pais da cidade consideram a qualidade dos serviços de saúde da UBS como muito boa.

Em quarto lugar, queríamos saber se houve uma diferença entre a qualidade dos serviços de saúde (indicados pelos responsáveis legais) e o nível de educação dos pais. A qualidade foi dividida em três categorias (veja supra).

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,949 <sup>a</sup>	2	,229
Likelihood Ratio	2,955	2	,228
Linear-by-Linear Association	,090	1	,764
N of Valid Cases	498		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,67.

TABELA 27: QUI-QUADRADO DA QUALIDADE SEGUNDO NÍVEL DE EDUCAÇÃO

**Perceivedqualityofcarein3cats \* Years of schooling of the caretaker Crosstabulation**

			Years of schooling of the caretaker		Total
			less than 8	more than 8	
Perceivedqualit yofcarein3cats	1,00	Count	30	28	58
		% within Perceivedqualityofcarein3cats	51,7%	48,3%	100,0%
		% within Years of schooling of the caretaker	11,2%	12,2%	11,6%
		% of Total	6,0%	5,6%	11,6%
4,00	Count	125	89	214	
	% within Perceivedqualityofcarein3cats	58,4%	41,6%	100,0%	
	% within Years of schooling of the caretaker	46,5%	38,9%	43,0%	
	% of Total	25,1%	17,9%	43,0%	
5,00	Count	114	112	226	
	% within Perceivedqualityofcarein3cats	50,4%	49,6%	100,0%	
	% within Years of schooling of the caretaker	42,4%	48,9%	45,4%	
	% of Total	22,9%	22,5%	45,4%	
Total	Count	269	229	498	
	% within Perceivedqualityofcarein3cats	54,0%	46,0%	100,0%	
	% within Years of schooling of the caretaker	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	54,0%	46,0%	100,0%	

TABELA 28: ANÁLISE DE QUALIDADE DE SERVIÇOS SEGUNDO NÍVEL DE EDUCAÇÃO

Não houve diferença significativa.

### 3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE UM ESTUDO PCAT NUMA PEQUENA CIDADE RURAL.

Para realizar este estudo já foram investidas 1.241 horas trabalhadas, das quais 39% na elaboração do projeto, 21% na coleta de dados, 13% na tabulação de dados e 14% na análise de dados, escrever o relatório e divulgar os resultados. O estudo começou em 2012 e está sendo finalizado no início de 2016. O orçamento é estimado em R\$ 12.900,00 (equivalente para 3.181,00 USD no dia 12-01-2016). A seguinte tabela resume os dados:

	Time		Budget		Timeline	
	Man hours		Value in R\$	Equivalent in USD	Starting date	Final date
<b>Writing study protocol</b>	480	hours	0	0	01/04/2012	30/07/2012
<b>Getting ethical approval</b>	48	hours	0	0	30/07/2012	18/02/2013
<b>Getting approval from local health authorities</b>	30	hours	0	0	01/08/2012	01/07/2013
<b>Informing health professionals and staff health center</b>	24	hours	0	0	01/06/2013	20/07/2013
<b>Preparing data collection (copying tools and consents)</b>	8	hours	1.800	663	01/06/2013	25/07/2013
<b>Training of the interviewers</b>	56	hours	0	0	01/07/2013	30/07/2013
<b>Collecting data PCATool-Brasil</b>	265	hours	5.100	1.879	25/07/2013	11/08/2014
<b>Transportation, communication</b>			1.000	368		
<b>Input data (double-check)</b>	160	hours	4.000	1.474	01/05/2014	01/12/2014
<b>Analyzing data</b>	40	hours	0	0	05/01/2015	11/01/2015
<b>Writing up results</b>	50	hours	0	0	12/01/2015	05/02/2015
<b>Divulgating results</b>	80	hours	1.000	368	12/01/2015	ongoing
	<b>1.241</b>	<b>hours</b>	<b>12.900</b>	<b>4.753</b>		

TABELA 29: RESUMO DA VIABILIDADE DO ESTUDO PCAT NUMA CIDADE DE PEQUENO PORTE

Observa-se que o tamanho da amostra do estudo realizado foi maior que o tamanho da amostra calculado (N=502 versus N=319).

## 4. DISCUSSÃO

---

### 1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE CRIANÇAS EM JOANÓPOLIS, SP

---

O primeiro estudo visou avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde que as crianças de 0 a 12 anos utilizaram no Município de Joanópolis. Discutiremos a avaliação dos serviços do ponto de vista dos responsáveis legais e do ponto de vista dos profissionais de saúde.

---

#### RESPONSÁVEIS LEGAIS DAS CRIANÇAS UTILIZADORAS DOS SERVIÇOS DE APS EM JOANÓPOLIS

---

##### Grau de afiliação com a UBS e utilização dos serviços da UBS de Joanópolis

Os pais entrevistados consideram o centro de saúde de Joanópolis como referência para os seus filhos quando surge um novo problema de saúde. Os pais entrevistados utilizam o centro de saúde quase sempre quando os seus filhos estão doentes.

##### Acessibilidade da UBS de Joanópolis

Apesar da excelente utilização do centro de saúde, os pais entrevistados referem que os serviços de saúde na UBS são inacessíveis para os seus filhos.

Considerando os dados do CNES<sup>99</sup>, e observando a realidade na UBS, constatamos que, durante o período do estudo, a carga horária total dos dois pediatras era de 39 horas semanais, durante quatro dias por semana. Com estes dados podemos calcular a densidade médica para a população das crianças entre 0 a 12 anos: 0,6 médicos por um (1) mil habitantes menores de doze anos. Esta densidade é abaixo da média nacional<sup>18</sup> (razão médico/1 mil habitantes é 2,11), e abaixo da média preconizada pela OMS, sendo uma taxa de três médicos por um (1) mil habitantes<sup>100</sup>. Observa-se que, durante o período do estudo, as enfermeiras não atenderam crianças, nem os clínicos.

A densidade médica explica parcialmente o escore baixo da acessibilidade, mas não explica o tempo de espera dentro da unidade e o aconselhamento telefônico, dados considerados no componente da acessibilidade. Quais fatores poderão explicar a baixa acessibilidade? Se observarmos a organização dos serviços da UBS, notamos o seguinte modelo. Os pais chegam antes das 7 horas da manhã, para pegar uma ficha para serem atendidos de manhã, ou chegam antes das 12 horas, para os filhos serem atendidos à tarde. Existe uma cota: o médico atende 12 ou 16 crianças por período. Aqueles pais que não conseguiram pegar uma ficha têm as seguintes opções: esperar

para o período da tarde, ou voltar para o dia seguinte, ir para outro serviço de saúde (o Pronto Socorro da Santa Casa ou um médico particular) ou passar seu filho com o clínico geral. No período do estudo os clínicos gerais não atenderam crianças.

Um estudo realizado pelo Tribunal de Contas da União<sup>101</sup> revelou que 80% dos pacientes atendidos nos prontos-socorros dos hospitais gerais de São Paulo são classificados na tabela de risco como casos não urgentes e deveriam ser tratados nas UBSs. A organização dentro das UBSs pode contribuir para os resultados deste estudo: os pacientes não urgentes utilizam o Pronto Socorro porque não conseguem um atendimento na UBS. Quais são as possíveis intervenções para contornar esta situação? O acolhimento, termo introduzido por Franco<sup>102</sup>, significa que cada e qualquer usuário que adentre o centro de saúde, terá uma escuta ativa e qualificada às suas demandas por um profissional capacitado durante todo o horário de funcionamento da unidade<sup>103; 104</sup>. Durante o estudo o acolhimento estava parcialmente implementado na UBS: o acolhimento é além da classificação de vulnerabilidade e da avaliação de risco ao usuário; todos os profissionais precisam de capacitação própria para aumentar o acesso aos serviços de saúde e a resolutividade<sup>105</sup>.

Nesta discussão há outro aspecto importante, sendo as crenças dos pais (*health beliefs*). As respostas dos questionários mostraram que 59% dos pais quer que os seus filhos estejam atendidos sem agendar, 37,6% quer um aumento do número de pediatras ou médicos que atendem as crianças, 12,7% refere que prefere menos tempo de espera e 37,6 % deseja que os serviços de saúde estejam abertos em mais horários (sendo à noite e durante o fim de semana). Vários pais declararam que não querem as consultas agendadas porque “a criança não escolhe a hora de ficar doente”. Talvez possamos deduzir que a maioria dos pais quer serviços de saúde para os seus filhos, com preferência oferecidos pelo pediatra, durante 24 horas diárias e 7 dias por semana. Apesar de entender os desejos dos pais, há alguns outros aspectos a serem considerados.

Em 2014 Joanópolis aderiu ao Programa Mais Médicos para o Brasil<sup>20; 21</sup>: dois médicos cubanos reforçaram o corpo clínico. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) não estava implementada em Joanópolis durante o estudo, mas em 2015 duas equipes foram montadas, atuando dentro da única UBS do Município. A proporção prevista pela Política Nacional de Atenção Básica<sup>17</sup> (PNAB) prevê uma equipe de Estratégia de Saúde da Família para 3.000 a 4.000 habitantes. No caso de Joanópolis isto significa que o Município deveria ter três equipes completas de ESF<sup>17</sup>, ou um modelo intermediário de PSF completo e uma UBS com equipe ESF associada. Dentro da ESF é a equipe multiprofissional providenciando cuidados integrais e continuados dos

usuários<sup>17</sup>, inclusive das crianças. Ressalta que dentro da PNAB as tarefas estão atribuídas a todos os membros da equipe. Por exemplo, a realização de atenção à saúde de “atividades programadas e de atenção à demanda espontânea”, “aos indivíduos em todas as fases do desenvolvimento humano” para o enfermeiro e “aos indivíduos sob sua responsabilidade” para o médico<sup>29</sup>. Por último o médico de família e comunidade é “o especialista em cuidar das pessoas, da família e da comunidade, acompanhando as pessoas ao longo da vida, independentemente do gênero ou idade ...”<sup>4</sup>, então é o médico que atende também crianças dentro do contexto familiar e comunitário.

O que podemos concluir? O modelo assistencial, tão desejado pelos pais, é centrado no médico (ainda de preferência o pediatra), o que contrasta com o modelo de cuidados proposto no Brasil: um acolhimento realizado por todos os integrantes da equipe multiprofissional pode melhorar a acessibilidade, se houver um número suficiente de profissionais de saúde, inclusive médicos atendendo crianças.

Porém estes dados não invalidam as informações importantes que os pais trazem sobre a acessibilidade dos serviços (veja supra).

Mencionamos que o Índice de acesso à Atenção Básica do IDSUS também era baixo, sendo 4,08/10 em 2011.

#### Longitudinalidade dos cuidados para crianças em Joanópolis

Os pais entrevistados avaliam o cuidado ao longo do tempo para os seus filhos como insatisfatório. Um fator que pode contribuir para explicar este dado é a alta rotatividade dos médicos atendendo crianças no município. Não há pediatra nem médico de família concursado; já houve uma troca de dois integrantes do PMMB<sup>20; 21</sup>. Se considerarmos a Demografia Médica no Brasil<sup>18</sup> a fixação do profissional médico é um desafio para o sistema de saúde. Nesta publicação os médicos apontam como fatores de fixação no local de trabalho: a remuneração (98,3%), condição de trabalho (98,2%), qualidade de vida (97,9%), ambiente sem violência (97,2%), possibilidade de aperfeiçoamento e especialização (96,9%), plano de carreira (96,7%), e reconhecimento profissional (96,5%). Em Joanópolis a remuneração para o médico concursado é baixa (R\$ 34,77/Hora)<sup>106</sup>, não há plano de carreira para os profissionais de saúde, e as possibilidades de especialização são inexistentes. O Estado de São Paulo quer “desenvolver estratégias de integração formal em parceria com as instituições de ensino ... para a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, incluindo municípios que não são sede dessas instituições de ensino.”<sup>27</sup>, o que seria ideal para profissionais trabalhando num contexto como Joanópolis.

Porém a rotatividade de médicos não explica totalmente o escore baixo. Os pais entrevistados indicam que eles não conseguem conversar com os profissionais de saúde sobre suas preocupações sobre a saúde dos filhos por exemplo. Isto tem muito mais a ver com a atitude dos profissionais de saúde e o método de abordagem dos usuários. O médico de família e comunidade é o *um clínico e comunicador habilidoso que utiliza a abordagem centrada na pessoa*<sup>4</sup>, porem todos os profissionais de saúde estão sendo convidados a utilizar esta abordagem. Um currículo baseado em competências<sup>5</sup> (atitude, competências teóricas e habilidades práticas, inclusive técnicas de comunicação) é um grande avanço na formação destes profissionais. Dentro do Estado de São Paulo há iniciativas neste sentido para “... o desenvolvimento efetivo das diretrizes curriculares de profissionais, incorporando conceitos, conhecimento das políticas desenvolvidas no SUS e para o SUS.”<sup>27</sup>.

#### Coordenação dos serviços na UBS

Os dois componentes de Coordenação (Integração de cuidados e Sistema de informações) são considerados como satisfatórios pelos pais.

Os pais entrevistados conseguem uma referência para outro nível de atenção ou outra especialidade. As referências são, em grande parte, para o Ambulatório de Especialidades Médicas em Atibaia, como para as especialidades de oftalmologia, neurologia ou ortopedia pediátrica. Com certeza, a criação do AME<sup>107</sup> foi fundamental para os pequenos municípios.

Os pais referem que os prontuários estão muitas vezes presentes e levam as carteiras de vacinação. O fichário dos prontuários guarda os prontuários em papel, há um computador para procurar o numero de prontuário. As carteiras de vacinação “em espelho”, guardadas na UBS, estão organizadas.

#### A integralidade dos serviços na UBS

A integralidade dos serviços disponíveis é considerada razoável pelos pais entrevistados. Os pais referem que há uma oferta de vacinas, planejamento familiar etc.

A integralidade dos serviços prestados é menos do que o adequado. Os pais referem que os profissionais de saúde não fornecem suficientes dicas sobre segurança no lar, por exemplo.

### A orientação familiar e comunitária

Os resultados dos escores da orientação familiar e comunitária são alarmantes. Como já mencionamos a Estratégia de Saúde da Família não estava implementada durante o período da coleta de dados: não tinha PACS e nem os médicos do Programa PMMB<sup>21</sup>. O que significa que não existia uma estratégia específica voltada para a família e a comunidade. Porém considerando as características de Joanópolis, sendo um município com extensa zona rural, ações itinerantes de saúde são de extrema importância para chegar até a comunidade. Também, cuidados centrados na pessoa, e não na doença, são fundamentais para qualquer abordagem do nível primário<sup>3</sup>. Conhecer os antecedentes familiares das crianças que se consultam no centro de saúde, faz parte de uma propedêutica estabelecida em medicina e cursos de enfermagem<sup>108</sup>. Ainda mais, a participação social é um direito constitucional<sup>14</sup>, e deveria ser encorajada a qualquer momento, em qualquer situação.

## COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE APS DESTE ESTUDO COM OUTROS ESTUDOS USANDO O PCATool VERSÃO CRIANÇA EM BRASIL.

Uma revisão de literatura foi realizada, usando os termos de busca “PCAT, PCATool, Primary Care Assessment Tool, Atributos de Atenção Básica e Atributos de Atenção Primária à Saúde” nas bases de dados Scielo e Lilacs, e usando os termos de busca “PCAT, PCATool, Primary Care Assessment Tool, Attributes of Primary Health Care” em Pubmed. Após a exclusão das duplicadas obtivemos 256 referências. Destas referências selecionamos os artigos sobre o PCAT realizado em Brasil, na versão criança, descrevendo pelo menos dois atributos de APS. Os estudos que utilizaram ambas as versões, a versão criança e a versão adulta, foram excluídas quando não foi possível avaliar os escores na versão criança separados da versão adulta. Os estudos usando o PCATool em versão adaptada para avaliar os serviços de tuberculose também foram excluídos, assim como os estudos sobre adolescentes. Segue um resumo dos estudos usando o PCATool Brasil na versão criança em Brasil<sup>75 76 77 78 79 80 81 82</sup>. Em caso de um artigo descrever vários modelos de APS, descrevemos os escores do modelo tradicional, o da UBS.

	Ponnet	Araujo	Leão	Marques	Reichert	Vaz	Mesquita	Furtado	Araujo	da Silva	de Oliveira
<b>Ano</b>	2016	2014	2011	2014	2016	2015	2014	2013	2015	2016	2015
<b>N</b>	502	548	350	76	344	344	419	59	377	586	247
<b>Tipo</b>	UBS	17 ESF e 531 UBS	49 ESF, 15 PA CS, 15 UBS	1 ESF	53 ESF	53 ESF	9 UB Se 13 ESF	5 ESF	306 UB Se 71 ESF	ESF	482: 235 ESF e 247 UBS
<b>Urbana, rural</b>	R	U	44UR, 05R	R Quilombo	U	U	U	U	U		U
<b>Município=M Distrito Sanitário=DS Região = R</b>	1M	1M	1M	1M	1M	1 DS	1M	1M	2 R	11M	1M
<b>Estado</b>	SP	PR	MG	MG	PB	PB	MG	SP	DF	MG	PR
<b>Grau de afiliação</b>	7,96	-	5,5	-	-	-	-		5,47		1,7
<b>Acesso de primeiro contato - Utilização</b>	9,57	-	8,0	9,1	-	-		3,6	8,06	7,99	5,8
<b>Acesso de primeiro contato - acessibilidade</b>	4,09	-	7,7	4,8	-	-	4,7	3,4	5,45	4,87	2,6
<b>Longitudinalidade</b>	5,48	-	5,8	6,1	-	6,6	7,8	3,4	5,75	6,66	3,4
<b>Coordenação - Integração de cuidados</b>	8,54	-	4,0	5,6	-	-	5,0	3,7	5,56	6,88	5,8
<b>Coordenação- Sistema de informações</b>	7,58	-		6,9	-	-		3,5	8,16	6,98	5,2
<b>Integralidade - serviços</b>	7,20	-	5,8	6,3	-	-	5,6	2,3	6,13	5,18	4,7

<b>disponíveis</b>											
<b>Integralidade - serviços prestados</b>	6,23	-	7,8	5,5	-	-	5,6	3,8	6,02	6,50	
<b>Escore Essencial de APS</b>	6,92	-	6,8	-	-	-	5,3	3,1	6,32	6,44	
<b>Orientação familiar</b>	2,04	4,4	3,5	3,8	3,7	-	4,7	3,2	4,97	5,10	3,5
<b>Orientação comunitária</b>	0,01	5,1	1,3	5,8	5,7	-	5,4	3,4	3,04	5,69	1,8
<b>Escore Geral de APS</b>	5,62	-	5,7	6,4	-	-	5,2	3,0	5,85	6,21	3,9

TABELA 30: COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE APS EM BRASIL (PCATool-BRASIL V. CRIANÇA)

Observa-se que um estudo foi realizado nos quilombos<sup>83</sup> e em um cenário misto de zona urbana e rural<sup>76</sup>. Observamos que a acessibilidade está baixa em todos os estudos, exceto no estudo de Leão. Os escores dos atributos derivados de APS, a orientação familiar e comunitária, estão inadequados em todos os estudos.

## MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Os estudos realizados no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)<sup>65 66 109</sup>, iniciativa do Ministério da Saúde, com objetivo de implantar e consolidar a Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes, mostraram que “a *Estratégia Saúde da Família em centros urbanos de grande porte ou mesmo nas áreas metropolitanas encontra ... desafios ... na abordagem de temas complexos como o contexto socioambiental urbano e o cuidado voltado para o núcleo familiar...*”.<sup>109</sup>. Os estudos mostraram “a *necessidade de refletir sobre a saúde em relação à dinâmica urbana*”<sup>110</sup>. “A *diversidade de comportamento dos indicadores e modelos de Atenção Básica apontada pela pesquisa contribui para reafirmar o que os estudiosos do tema saúde e urbanização atestam: as condições de vida e saúde advindas da dinâmica urbana têm uma influencia cada vez maior e mais importante sobre a organização e o funcionamento do sistema de saúde, sobre tudo, em relação à Atenção Básica.*”<sup>110</sup>.

Porem, o atual estudo aponta que um município de pequeno porte enfrenta os mesmos problemas em relação à organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde: os usuários referem que os serviços são inacessíveis, e não há orientação familiar ou comunitária. Se estes dados são constantes em diferentes locais, com diferentes dinâmicas, a pergunta se levanta: O que estamos avaliando com o PCAT? Neste estudo o Cronbach’s alpha foi calculado.

Scale (Numbers of itens post-validation)	Cronbach’s alpha Harzheim N=468 2006	Scale (Numbers of itens post-validation)	Cronbach’s alpha Ponnet N=502 2016
		Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (3)	
		Acesso de primeiro contato - Utilização (3)	0,44
<b>Acesso – primeiro contato (6)</b>	0,79	Acesso de primeiro contato - Acessibilidade (6)	0,46
<b>Continuidade - relação interpessoal (10)</b>	0,83	Longitudinalidade (14)	0,55
<b>Coordenação – integração de cuidados (5)</b>	0,86	Coordenação - Integração de cuidados (5)	0,97
		Coordenação - Sistema de informações (3)	0,21
<b>Integralidade – serviços básicos disponíveis (4)</b>	0,74	Integralidade - Serviços disponíveis (9)	0,50
<b>Integralidade – serviços complementares disponíveis (5)</b>	0,76		
<b>Integralidade – ações de promoção e prevenção recebidas (5)</b>	0,82	Integralidade - Serviços prestados (5)	0,91
<b>Orientação familiar (6)</b>	0,80	Orientação familiar (3)	0,35
<b>Orientação comunitária (4)</b>	0,88	Orientação comunitária (4)	não

TABELA 31: CRONBACH'S ALPHA

Os alphas do atual estudo não são altos. Observa-se que o PCATool-Brasil difere do PCAT original: há uma diferença em número de perguntas e, conseqüentemente, no conteúdo da ferramenta. O que nos leva a perguntar se o PCATool-Brasil é o melhor instrumento para avaliar os serviços de APS no país.

Outra pergunta que surge é qual Atenção Primária de Saúde está sendo avaliada? O ponto de partida foi o modelo de Starfield, porém neste estudo, como em outros estudos realizados no Brasil (veja supra), os entrevistados avaliam os atributos de APS como inadequados: especialmente os atributos derivados (a orientação familiar e comunitária), mas também alguns atributos essenciais. Os resultados de uma APS inadequada parecem não depender de um contexto urbano ou rural, nem de um modelo de APS (ESF ou APS tradicional).

Não pretendo dar uma resposta sobre o que entendemos por Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde no Brasil, porém gostaria de discutir o papel da Medicina de Família e Comunidade na construção da Atenção Básica no país.

O Brasil *"contava, em outubro de 2015, com 399.692 médicos e uma população de 204.411.281 habitantes, o que corresponde à razão de 1,95 médico por 1.000 habitantes."*<sup>18</sup> 59% dos médicos brasileiros têm título de especialista, representando 228.862 médicos. Destes especialistas, 4.022 são Médicos de Família e Comunidade.

Apesar de contextos completamente diferentes, gostaria de fazer uma comparação com a Bélgica, meu país de origem, onde há um sistema universal de saúde, com uma densidade médica de 2,9 por 1000 habitantes<sup>111</sup> (em 2012). Há 16.144 médicos de família atuando, 28698 especialistas em outras áreas e 6578 médicos sem especialidade<sup>112</sup>. Comparando Brasil com a Bélgica, observa-se que no primeiro país 1% dos médicos são especialistas em MFC e no segundo 31,40%.

Sobre a residência em Medicina da Família e Comunidade observa-se uma diferença na formação dos médicos de famílias entre os dois países. No Brasil a residência de Medicina de família e comunidade representa 8% do total de vagas de residência médica; menos de 30% destas vagas têm sido ocupadas<sup>113</sup>. Na Bélgica há 551 residentes em Medicina da família e 4.399 residentes em outras especialidades, o que representa 11% de todas as vagas de residência<sup>112</sup>. A formação do médico de família é interuniversitária em Flandres (a parte onde se fala Holandês): ao final da formação cada residente em medicina da família deve ter adquirido sete competências centrais:

Atenção Primária à Saúde, atenção à saúde focada na pessoa, habilidades específicas em resolutividade de problemas de saúde, abordagem integrada, atenção focada na comunidade, abordagem biopsicossocial, educação médica e profissional continuada, síntese e integração em relação a todas as facetas e os aspectos da pessoa, suas queixas, seus objetivos, suas expectativas, suas doenças, seus problemas e as terapias. As competências são aferidas em exames teóricos e práticos: uma prova OSCE (Objective Structured Clinical Examination) afere as habilidades de consulta e de comunicação, os conhecimentos e as habilidades no campo da medicina baseada em evidências, a tomada de decisão médica, as habilidades clínicas e técnicas e o conhecimento de gestão de serviço de APS<sup>114</sup>.

Reconheço que o Médico de Família não é o único profissional atuando na Atenção Primária à Saúde, porém ele tem um papel fundamental. Sobre esta atuação posso confirmar o seguinte: na Bélgica e em Holanda (onde se usa a língua holandesa), a grande maioria dos médicos de família usa as mesmas diretrizes para abordar as queixas mais frequentes dentro da APS, sendo as “Diretrizes holandeses para o médico de família”<sup>115</sup>. No Brasil, apesar de existir o “Projeto Diretrizes”<sup>116</sup> da Associação Médica Brasileira (ABM), observo que não há um consenso generalizado entre os médicos de família sobre a abordagem das queixas e problemas de saúde mais frequentes na prática diária. Porém no meu país de origem este consenso existe sim, então a maioria dos médicos de família conhece e utiliza as mesmas diretrizes. O que significa que o papel deste profissional está muito claro no contexto belga. Como o médico de família tem um papel fundamental atuando na APS, isto ajuda a definir sobre que tipo de APS falamos na Bélgica. Observo que no Brasil há divergências sobre o papel do MFC na APS, o que contribui, a meu ver, que a APS ainda não está consolidada no país.

---

## PROFISSIONAIS DE SAÚDE

---

Qual é o ponto de vista dos profissionais de saúde de nível superior sobre a APS para crianças em Joanópolis?

Nota-se o número pequeno dos profissionais, porém é quase o universo completo dos profissionais atuando na rede. O que se observa é que os profissionais avaliam todos os componentes como insatisfatórios, menos a acessibilidade.

### Acessibilidade dos serviços APS

Os profissionais de saúde entrevistados consideram os serviços como acessíveis. Observa-se que a UBS funciona no horário comercial e está fechada no fim de semana e durante os feriados.

### Longitudinalidade

Os profissionais entrevistados referem não oferecer cuidados de saúde suficientes para as crianças ao longo do tempo. Talvez a rotatividade dos profissionais (veja supra) pode explicar este dado parcialmente.

### Coordenação - Integração de cuidados

Os profissionais entrevistados consideram a integração dos cuidados insuficiente. Os profissionais não perguntam sobre as referências, mas muitas vezes não há uma contra-referência de um nível secundário ou terciário para o nível primário por escrita disponível.

### Coordenação - sistema de informações

Os profissionais entrevistados consideram o sistema de informações como insuficiente. Talvez a falta de prontuário eletrônico e equipamentos eletrônicos pode explicar este fato. O e-SUS Atenção Básica<sup>23</sup> pretende reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, e pode parcialmente remediar isto.

### Integralidade dos serviços disponíveis e prestados

Os escores estão abaixo do escore adequado. Apesar da política do SUS de providenciar atenção de saúde para todos<sup>14</sup>, a realidade, às vezes, é diferente: os profissionais de saúde estão confrontados com falta de material (vacinas, testes rápidos ou reagentes para testes rápidos, material para suturas etc). Talvez isso possa explicar parcialmente este resultado.

### Orientação familiar e comunitária

Os profissionais entrevistados avaliam os atributos de orientação e comunitária como muito mal.

### COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE APS DESTE ESTUDO COM OUTROS ESTUDOS SOBRE CRIANÇAS USANDO O PCATOOL NA VERSÃO PROFISSIONAL NO BRASIL.

Referimos para o parágrafo anterior sobre a revisão de literatura. Seleccionamos os estudos de PCAT sobre crianças realizados no Brasil, usando o PCATool-Brasil na versão profissional. O único artigo seleccionado relata o estudo de Araújo <sup>80</sup>. Os escores dos atributos estão na seguinte tabela:

		Ponnet	Araujo
	Ano	2016	2015
	N	7	15
	Tipo	UBS	UBS
A	Acesso de primeiro contato - acessibilidade	7,2	3,2
B	Longitudinalidade	5,6	7,53
C	Coordenação - Integração de cuidados	5,3	7,61
D	Coordenação- Sistema de informações	4,4	9,19
E	Integralidade - serviços disponíveis	6	5,97
F	Integralidade - serviços prestados	5,6	8,36
	<b>Escore essencial de APS</b>	<b>5,7</b>	<b>6,98</b>
G	Orientação familiar	5,7	7,57
H	Orientação comunitária	4,4	6,67
	<b>Escore geral de APS</b>	<b>5,5</b>	<b>7,01</b>

TABELA 32: COMPARAÇÃO DOS ESCORES DE APS (PCATOOL-BRASIL V. PROF.)

Araujo descreve um escore negativo para a acessibilidade e a integralidade - serviços disponíveis; todos os outros escores são considerados adequados.

## RELAÇÃO ENTRE OS ESCORES DE APS DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS E DOS PROFISSIONAIS

Como os escores referidos pelos responsáveis legais se correlacionam com os dos profissionais de saúde?

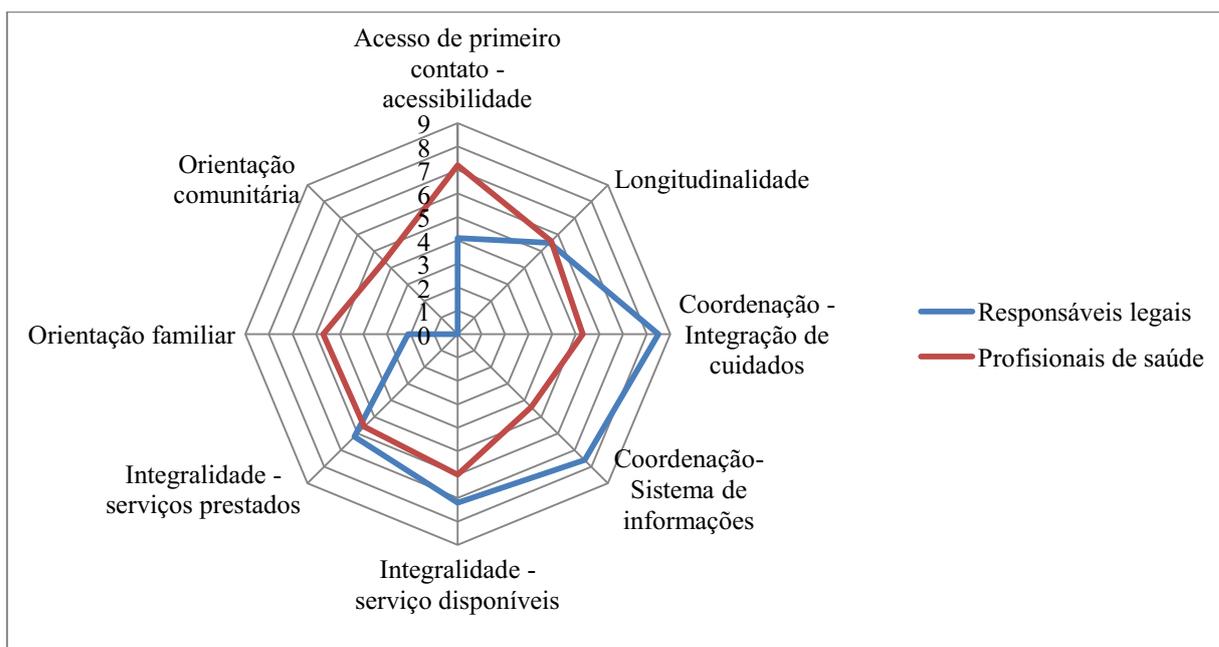


FIGURA 11: DIAGRAMA DOS ESCORES DE APS DE PONTO DE VISTA DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Há uma grande discrepância entre o escore de acessibilidade de ponto de visto dos profissionais e do ponto de visto dos pais. Os profissionais consideram os serviços acessíveis, os pais discordam. Isto não foi observado no estudo de Araújo<sup>80</sup>.

A diferença entre usuarios e profisionais de saúde em relação à orientação familiar e comunitaria é acentuada no estudo de Ibañez, sendo 80%-40% para enfoque familiar e 60%-40% para orientação comunitária<sup>65</sup>.

Outra discrepancia entre os responsaveis legais e os profissionais se situa na coordenação: a integração de cuidados (escore 8,54 - 5,32) e o sistema de informações (escore 7,58 - 4,44). Os serviços de saúde em nosso país estão hierarquizadas: a APS deveria funcionar como a porta de entrada e as crianças que precisam cuidados em outro nivel, precisam de uma carta de referencia para chegar em outro nivel. Sem uma consulta ao nivel de Atenção Primária não é possivel chegar ao nivel secundário, no setor público. A visão dos pais é contrária à visão dos profissionais de saúde. No Brasil a cultura de consultar “o especialista” é muito forte, a

Atenção básica é vista “como lugar de coisas simples”<sup>117</sup>. No cenário atual onde as especialidades contam inúmeras subespecialidades, não há dúvida sobre a importância do papel do especialista geral: um médico que pode guiar o paciente dentro do sistema de saúde. Além do profissional, também precisa-se de um sistema de informações bem elaborado: não só o paciente circula dentro do sistema de saúde, mas junto com ele, deverá circular a informação sobre o paciente. Dentro da construção do SUS há dois aspectos fundamentais para o eixo da coordenação dos serviços de saúde: o papel do médico de família e comunidade (veja definição na introdução), e o prontuário eletrônico, o e-SUS AB<sup>23</sup>. Talvez se houvesse uma perfeita implementação destes dois aspectos a sociedade brasileira conseguiria vencer as barreiras simbólicas<sup>117</sup> e poderia apreciar a Atenção Primária à Saúde em sua plenitude, inclusive na importância da coordenação dos cuidados.

## 2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS EM JOANÓPOLIS, SP

---

O estudo tentou avaliar as dimensões de acesso aos serviços de APS, baseando-se nos modelos descritos anteriormente.

O intuito original deste estudo era comparar os escores de APS entre os usuários do SUS e os do setor suplementar. Não foi possível alcançar este objetivo, porque não houve pais que indicassem usar os serviços de APS do setor suplementar. Isto se deve provavelmente ao fato de estudar o acesso realizado, como já mencionamos. Infelizmente não foi possível realizar os PCATs em domicílio por limitações financeiras. Porém o delineamento do próximo estudo sobre acesso aos serviços de saúde na Região de Saúde de Bragança, abrangendo 11 municípios, prevê a realização dos PCATs nas escolas, o que permitirá comparar o desempenho da APS entre os serviços do setor público e aqueles do setor suplementar.

As políticas públicas brasileiras, sem dúvida nenhuma, procuram oferecer um acesso universal e igualitário<sup>14</sup> aos serviços de Atenção Primária à Saúde<sup>17</sup> para qualquer criança em qualquer Município. Observou-se, durante o período de estudo, uma alteração de Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde (N=4).

Observa-se que há um sub-financiamento federal do SUS o que dificulta a provisão de Atenção Básica pelos municípios, especialmente os pequenos municípios: os municípios “elevaram sua participação de 25% para 54% do total do financiamento público da saúde, o mesmo não ocorrendo com a União, cuja participação porcentual caiu de 75% para 46%.<sup>118b</sup>” A atual crise financeira pode acentuar este cenário porque supõe-se que vários Brasileiros não consigam mais pagar o plano de saúde e estão migrando para uma utilização exclusivo dos serviços de SUS.

Sobre os Recursos Humanos que constituem a APS podemos afirmar que o número de profissionais trabalhando na APS está crescendo<sup>31</sup>. Sobre o profissional médico podemos dizer que há maior formação de médicos de família e comunidade, e há um aumento pelo PMMB<sup>20; 21</sup>. Porém, no Município estudado não há um médico de família atuando, e os integrantes do PMMB começaram trabalhar em 2014, com a instalação dos PACS em 2015.

Não houve diferença significativa entre os escores de APS segundo o nível de educação do responsável legal. Como já mencionamos o estudo entrevistou os pais

que já estavam na UBS, em vez dos pais dentro dos domicílios dos quais 50% se localiza na zona rural.

Sobre o uso dos serviços de saúde podemos dizer que não houve diferença nos escore de APS entre a localização dos serviços de saúde segundo a localização do domicílio. Observa-se que estudamos o acesso realizado, veja infra. Porém podemos observar o seguinte em relação ao acesso geográfico: das crianças que chegam aos serviços de saúde 32% mora no centro urbano, 39% mora na periferia urbana e 30% mora na zona rural. O fato de as crianças da zona rural representarem 1/3 das crianças estudadas significa que as crianças provenientes da zona rural conseguem acessar os serviços de Atenção Primária à Saúde.

Porém se considerarmos a faixa etária e a localização da casa da criança, observamos o seguinte:

<b>Crianças</b>	<b>N total</b>	<b>Moradores zona urbana</b>	<b>Moradores zona rural</b>
0-2 anos incompletos	106	88 (83%)	18 (17%)
2-6 anos incompletos	181	123 (68%)	58 (32%)
6-12 anos incompletos	215	143 (66,5%)	72 (33,5%)

TABELA 33: DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS EM FAIXAS ETÁRIAS E LOCALIZAÇÃO DA CASA

De todas as crianças entre 0 a 2 anos de idade que chegaram até os serviços de APS e que participaram do estudo, 17% era da zona rural, das faixas etárias 2-6 anos e 6-12 anos a porcentagem das crianças da zona rural era respectivamente 32% e 33,5%.

Sobre o uso dos serviços podemos observar o seguinte: há uma distribuição normal da idade das crianças estudadas (figura 10). Considerando as faixas etárias observamos que quase 1/3 são crianças de 0 a 4 anos, 1/3 crianças de 4 a 8 anos e 1/3 crianças entre 8 e 12 anos (tabela 12). O Ministério da Saúde <sup>119</sup> recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, duas consultas no segundo ano de vida e depois consultas anuais. Esta recomendação implica que crianças menores de dois anos de idade frequentem mais os serviços de saúde, o que às vezes implica que crianças maiores de dois anos de idade têm menos acesso aos serviços de saúde, o que não foi observado neste estudo. O fato de todas as faixas etárias sendo igualmente representadas neste estudo, significa que há acesso aos serviços de saúde para as crianças em Joanópolis, mesmo estudando o acesso realizado.

Sobre a satisfação dos usuários podemos dizer que menos pais da zona rural referem que eles recebem atenção “muito bom” para os seus filhos. Um futuro estudo deveria ser realizado para poder explicar este fato.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA VIABILIDADE DE REALIZAR UM ESTUDO PCAT NUMA PEQUENA CIDADE RURAL

---

Observa-se que a amostra neste estudo foi grande (N=502) por razões explicadas anteriormente, conseqüentemente o orçamento foi maior de que seria para um estudo com menos participantes. Estima-se que o valor para um estudo com a amostra calculada para N=334 teria um custo de 10.000,00R\$.

O Ministério de Saúde disponibilizou o PCATool-Brasil<sup>64</sup> e indicou que o mesmo pode ser usado “*como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro*” para “*identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços*”<sup>64</sup>. Na prática alguns problemas se impõem.

O Ministério de Saúde não prevê nenhum tipo de financiamento deste tipo de estudo. No caso do atual estudo o numero de amostra foi maior (veja supra), mas mesmo realizado em pequena escala, um estudo PCAT tem um certo orçamento.

Outra dificuldade é a análise de dados. Calcular os escores de PCAT é possível, mas precisa-se de tempo, precisa-se controlar a qualidade dos dados, precisa-se de um mínimo de infraestrutura (computador) e conhecimento técnico (Excel). Num cenário ideal o Ministério da Saúde, ou outro órgão, disponibilizaria uma ferramenta eletrônica que facilita o cálculo dos escores, para ajudar os profissionais de saúde e os gestores no campo.

Outro ponto é o papel do gestor (o secretário municipal de saúde e o gestor da unidade) que é fundamental para o sucesso ou não de realizar tal estudo. Dentro da ótica de avaliar a qualidade dos serviços é importante avaliar a estrutura e o processo dos serviços para o planejamento das ações de APS. Porém há outros fatores que podem interferir: a política local, a visão do gestor, ...

Ainda mais, realizar um estudo PCAT não é factível sem a colaboração de um profissional motivado que treine os entrevistadores, cheque a qualidade dos dados, analise os dados e faça a divulgação dos dados.

Neste caso realizar um estudo de pesquisa numa cidade rural era um desafio por fatores práticos: o espaço dentro da unidade era pequeno, a conexão por internet não é sempre boa, às vezes até há falta de energia na época de chuva ...

Quais são as possíveis soluções?

O PMAQ tem como intuito instalar um padrão de qualidade das unidades de APS comparável em nível nacional, por um processo de auto-avaliação e aprendizagem, aumentando a capacidade dos gestores municipais, com objetivo final de oferecer serviços com maior acesso e qualidade aos usuários.

Uma integração ensino-serviço no âmbito municipal com atuação nas áreas de assistência, ensino e pesquisa, está sendo considerada no Estado de São Paulo<sup>27</sup>, o que seria favorável para uma pequena cidade rural como Joanópolis.

## 4. POTENCIAIS E LIMITAÇÕES DO ATUAL ESTUDO

---

### POTENCIAIS DO ESTUDO

---

O estudo avaliou os serviços de APS em uma cidade de pequeno porte: há poucos estudos no Brasil sobre este tema.

O acesso aos serviços de saúde foi realizado para todas as faixas etárias estudadas.

O acesso aos serviços de APS também foi realizado para as crianças que moram na zona rural, que representaram um terço da população estudada.

O estudo mostrou que a orientação familiar e comunitária foi insatisfatória neste município de pequeno porte, o que também foi observado em outros estudos que avaliaram os serviços de APS em grandes centros urbanos. Em outras palavras, a suposição que nas pequenas cidades ou em cidades rurais os serviços de saúde são mais orientados para o contexto familiar ou comunitário, **não** se mostrou verdadeira, neste estudo.

Outro potencial é que a avaliação foi realizada no intuito de avaliar a qualidade dos serviços de saúde para posteriormente melhorar os atributos indicados como inadequados, em outras palavras, de utilizar o PCATool como ferramenta de avaliação e planejamento.

Como a ESF não estava implantada este estudo PCAT pode servir como *baseline* para avaliar o impacto futuro.

O estudo levantou perguntas como “o que o PCATool está medindo?” e “que tipo de APS está sendo avaliado?” que poderiam ser respondidas em futuros estudos.

---

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

---

Há duas grandes limitações neste estudo.

A primeira limitação é que o estudo avaliou o **acesso realizado**<sup>32</sup>: os pais já estavam no centro de saúde quando foram questionados sobre o uso dos serviços de saúde para os seus filhos. Isto é uma grande limitação deste estudo. O primeiro delineamento deste estudo previu entrevistar os pais em domicílio, o que significaria avaliar o **acesso potencial** dos serviços de saúde<sup>32</sup>. Porém esta possibilidade foi logo descartada: o território municipal é extenso, e precisar-se-ia um orçamento bem maior para realizar um estudo deste tipo. Ainda mais, as estradas rurais estão em péssimo estado durante a época das chuvas o que dificulta a chegada até as casas das pessoas. Num segundo esboço do estudo pensávamos em realizar o estudo PCAT seguindo a rede do transporte escolar, já que esta atende todos os bairros municipais. Também neste cenário seria necessário um orçamento maior. Surgiu a ideia de entregar a cada aluno das escolas no Município um PCATool-versão criança para os pais preencherem: esta ideia foi rejeitada porque o nível de instrução dos habitantes é baixo. Então o estudo PCAT foi realizado dentro do centro de saúde (e durante as ações itinerantes esporádicas), avaliando o **acesso realizado** no sentido que Andersen descreveu.

A segunda limitação é o fato que este estudo só avalia um município, fato discutido durante a qualificação do projeto de pesquisa no âmbito do doutorado. A nossa opinião é de que a avaliação de um município permite:

- conhecer a realidade do sistema de saúde de um pequeno município é importante, lembrando que a maioria das cidades no Brasil são de pequeno porte<sup>91</sup>,
- especialmente uma cidade rural, já que a maioria dos estudos PCAT no Brasil são realizados nos grandes centros urbanos -veja supra,
- o orçamento é menor, já que o estudo foi realizado com financiamento próprio,
- dentro da política de descentralização, o município é responsável por organizar os serviços de APS<sup>17</sup>

Porém, apesar de os municípios terem a responsabilidade de “*garantir a oferta da Atenção Básica no seu território*”<sup>27</sup>, “*resolver “todas” as necessidades e/ou demandas de saúde no município pode resultar em altos custos e respostas pouco eficazes. Reconhecer outros pontos de atenção na Região de Saúde, que possam responder a essas necessidades potencializa a capacidade de resposta dos municípios e*

*racionaliza os gastos com o setor. Nesse sentido, a pactuação regional, orientada por necessidades da população e pelo perfil epidemiológico local, é imprescindível para a garantia da integralidade na atenção à saúde.”* <sup>27</sup>

Ainda mais a avaliação de serviços de Atenção Primária à Saúde pode ser entendida pelo eixo da equidade (veja fundamentos) como parâmetro de qualidade dos serviços de saúde.

Por estas razões a doutoranda, sob orientação de Prof. Marcelo Demarzo e Prof<sup>a</sup>. Sara Willems, escreveu o projeto de pesquisa intitulado “Equidade no acesso de crianças à Atenção Primária à Saúde na região bragantina (CIR Bragança) no Estado de São Paulo (Brasil)”, que está sendo realizado com financiamento da CAPES durante o período 2014 - 2017. Este estudo será a continuidade do atual estudo.

## 5. CONCLUSÕES

---

O atual estudo avaliou os serviços de Atenção Primária à Saúde que as crianças de 0 a 12 anos utilizaram num município de pequeno porte, o Município de Joanópolis, SP, do ponto de vista dos responsáveis legais e dos profissionais de saúde. Os responsáveis legais (os pais) entrevistados avaliam os serviços de saúde para os seus filhos como 5,62/10 (Escore Geral de Atenção Primária à Saúde), o que é inferior ao determinado de 6,60. Os pais apontam uma insatisfação com os atributos de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade-serviços prestados, e orientação familiar e comunitária. Se considerarmos o Escore Essencial de APS a média é 6,92. Os profissionais de saúde entrevistados consideram os serviços como inadequados: o escore geral de Atenção Primária à Saúde é 5,52 e o escore essencial é 5,67. O único atributo considerado adequado é a acessibilidade. Há uma discrepância de escores entre os pais e os profissionais de saúde sobre a acessibilidade dos serviços de saúde para as crianças em Joanópolis. Os atuais resultados, num município de pequeno porte, são comparáveis com os resultados dos estudos publicados nos grandes centros urbanos: em ambos os cenários a orientação familiar e comunitária é insatisfatória, o que nós leva a perguntar sobre que tipo de APS falamos no Brasil.

O estudo aprofundou-se na dimensão de acesso aos serviços de saúde. Observou-se que quase um terço das crianças estudadas são moradoras da zona rural: mesmo tendo uma barreira geográfica as crianças rurais conseguiram acessar os serviços de APS neste estudo. As crianças de todas as faixas etárias conseguiram acessar os serviços de APS nesta pesquisa: a distribuição normal da idade das crianças estudadas é um indicador de acesso aos serviços de saúde, mesmo estudando o acesso realizado. Os pais que moram na zona rural consideram a qualidade dos cuidados prestados menos vezes como “muito bom” comparado com os pais que moram na zona urbana (valor  $p < 0,001$ ). O estudo mostrou também que a realização de um estudo de avaliação dos serviços usados de Atenção Primária à Saúde utilizando a ferramenta PCATool-Brasil nesta pequena cidade rural requereu um investimento de 1.241 horas trabalhadas, assim como um orçamento estimado em R\$ 12.900,00, e precisou também de profissionais de saúde e gestores motivados para executa-la. Vale ressaltar que o orçamento poderia ser menor num outro estudo considerando que neste estudo a amostra era maior que a calculada.

O atual estudo avaliou os pais dentro da UBS, o que significa que avaliamos o acesso realizado e não o acesso potencial, o que é uma limitação deste estudo. Também estudamos o município como individual, e não integrado na Região de Saúde. Por outro lado, é um estudo avaliando os serviços de APS de um pequeno Município rural,

o que preenche uma lacuna na literatura brasileira. O estudo foi realizado na ótica de avaliação de qualidade dos serviços com o intuito de melhorar o planejamento e a qualidade dos serviços para todos os usuários menores de 12 anos no Município.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1 **IOM. Primary Care in Medicine: A Definition. In A Manpower Policy for Primary Health Care : Report of a Study. Washington, D.C.: National Academy Press, 1978. Ch. 2.**
- 2 **WHO. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nation's Children's Fund. Health for All Series No. 1. Geneva.: World Health Organization. 1978.**
- 3 **STARFIELD, B. Primary care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.:** New York: Oxford University Press 1998.
- 4 **ALLEN, J. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. WONCA Europa, 2002.**
- 5 **BRASIL. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade.**
- 6 **MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv Res**, v. 38, n. 3, p. 831-65, Jun 2003. ISSN 0017-9124 (Print) 0017-9124.**
- 7 **PARCHMAN, M. L.; CULLER, S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. **J Fam Pract**, v. 39, n. 2, p. 123-8, Aug 1994. ISSN 0094-3509 (Print) 0094-3509.**
- 8 **STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. ISSN 0887-378X (Print) 0887-378x.**
- 9 **WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv**, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992. ISSN 0020-7314 (Print) 0020-7314.**
- 10 **SCHAFER, W. et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. **BMC Family Practice**, v. 12, n. 1, p. 115, 2011. ISSN 1471-2296. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/115> >.**
- 11 **CHANG, C. H. et al. Primary care physician workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes. **Jama**, v. 305, n. 20, p. 2096-104, May 25 2011. ISSN 0098-7484.**

- 12 KRINGOS, D. et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. **Br J Gen Pract**, v. 63, n. 616, p. e742-50, Nov 2013. ISSN 1478-5242. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24267857> >.
- 13 BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**: Diário Oficial da União 1990.
- 14 BRASIL. **Constituição Federal. Artigos 196 - 200.**
- 15 BRAZIL. **Federal Law Nº 8.142, December 28th of 1990. Lays out on community participation in the management of the Unified Health System and on the intergovernmental transfers of financial resources on health and other matters.**
- 16 BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93.**
- 17 \_\_\_\_\_. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União 2006.
- 18 SCHEFFER, M. **Demográfica médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. CREMESP. CFM.**
- 19 BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012 Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.**
- 20 BRASIL. **Programa Mais Médicos. Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013.**
- 21 \_\_\_\_\_. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 12.871, DE 22 DE OUTUBRO DE 2013. Conversão da Medida Provisória nº 621, de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.**

- 22 \_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.645, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).**
- 23 \_\_\_\_\_ **Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.**
- 24 **BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro 2001. Norma de Operacionalização de Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. 2001.**
- 25 \_\_\_\_\_ **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.: Diário Oficial da União 2006.**
- 26 \_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde. Portaria No 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 30 de dezembro de 2010.**
- 27 **BRASIL. DELIBERAÇÃO CIB/SS Nº 34. Diário Oficial do Estado; Poder Executivo, São Paulo, SP, 25 maio 2012, Seção I, p.24-5.**
- 28 \_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. .**
- 29 \_\_\_\_\_ **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).**
- 30 **PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, May 21 2011. ISSN 0140-6736.**
- 31 **SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A.; PORTO, S. M. [The public-private mix in the Brazilian Health System: financing, delivery and utilization of health services]. *Cien Saude Colet*, v. 13, n. 5, p. 1431-40, 2008 Sep-Oct 2008. ISSN 1678-4561. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18813646> >.**
- 32 **ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, v. 36, n. 1, p. 1-10, Mar 1995. ISSN 0022-1465 (Print) 0022-1465.**
- 33 **ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, v. 9, n. 3, p. 208-20, Fall 1974. ISSN 0017-9124 (Print) 0017-9124.**

- 34 DONABEDIAN, A. Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. **Medical Care**, v. 6, n. 3, p. 181-202, 1968. ISSN 00257079. Disponível em: < <http://www.jstor.org/stable/3762934> >.
- 35 \_\_\_\_\_. Evaluating the quality of medical care. 1966. **Milbank Q**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005. ISSN 0887-378X (Print) 0887-378x.
- 36 PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, n. 2, p. 127-40, Feb 1981. ISSN 0025-7079 (Print) 0025-7079.
- 37 TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&nrm=iso) >.
- 38 VAN DRIEL, M. L. et al. Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. **J Eval Clin Pract**, v. 11, n. 5, p. 417-29, Oct 2005. ISSN 1356-1294 (Print) 1356-1294.
- 39 STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. **Int J Health Serv**, v. 31, n. 3, p. 545-66, 2001. ISSN 0020-7314 (Print) 0020-7314.
- 40 SHI, L. **Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50:161W-175W.**
- 41 STARFIELD, B. et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **J Fam Pract**, v. 46, n. 3, p. 216-26, Mar 1998. ISSN 0094-3509. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9519019> >.
- 42 LEE, J. H. et al. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **Int J Qual Health Care**, v. 21, n. 2, p. 103-11, Apr 2009. ISSN 1353-4505.
- 43 BERRA, S. et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. Validity and reliability of the Argentine version of the PCAT-AE for the evaluation of primary health care. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 1, p. 30-39, 2013/01PY - 2013 Disponível em: < [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 44 HAGGERTY, J. L. et al. Validation of instruments to evaluate primary healthcare from the patient perspective: overview of the method. **Healthc Policy**, v. 7, n. Spec Issue, p. 31-46, Dec 2011. ISSN 1715-6572 (Print) 1715-6572.

- 45 YANG, H. et al. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. **Int J Qual Health Care**, v. 25, n. 1, p. 92-105, Feb 2013. ISSN 1464-3677. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23175535> >.
- 46 WANG, W. et al. Development and validation of the Tibetan primary care assessment tool. **Biomed Res Int**, v. 2014, p. 308739, 2014.
- 47 PIZZANELLI, M. et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. Validation of the Primary Care Assessment Tool (PCAT) in Uruguay. **Rev. méd. Urug**, v. 27, n. 3, p. 187-189, 2011/09PY - 2011 Disponível em: < <http://www.rmu.org.uy/revista/2011v3/art9.pdf> >.
- 48 AOKI, T.; INOUE, M.; NAKAYAMA, T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. **Family Practice**, v. 33, n. 1, p. 112-117, 2016. Disponível em: < <http://fampra.oxfordjournals.org/content/33/1/112.abstract> >.
- 49 PASARÍN, M. I. et al. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. **Atención Primaria**, v. 39, n. 08, p. 395-401, 2007. ISSN 27. Disponível em: < <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-a-tool-to-evaluate-primary-13108988> >.
- 50 LEE, J. H. et al. Association of the length of doctor-patient relationship with primary care quality in seven family practices in Korea. **J Korean Med Sci**, v. 28, n. 4, p. 508-15, Apr 2013. ISSN 1011-8934.
- 51 HAGGERTY, J. L. et al. Accessibility from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. **Healthc Policy**, v. 7, n. Spec Issue, p. 94-107, Dec 2011. ISSN 1715-6572 (Print) 1715-6572.
- 52 \_\_\_\_\_. Comprehensiveness of care from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. **Healthc Policy**, v. 7, n. Spec Issue, p. 154-66, Dec 2011. ISSN 1715-6572 (Print) 1715-6572.
- 53 SHI, L. et al. Primary care quality: community health center and health maintenance organization. **South Med J**, v. 96, n. 8, p. 787-95, Aug 2003. ISSN 0038-4348 (Print) 0038-4348.
- 54 SUNG, N. J. et al. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. **Int J Qual Health Care**, v. 22, n. 6, p. 493-9, Dec 2010. ISSN 1353-4505.
- 55 CASSADY, C. E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4 Pt 2, p. 998-1003, Apr 2000. ISSN 0031-4005 (Print) 0031-4005.

- 56 MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Manag Care**, v. 18, n. 6, p. 44-8, Jun 2009. ISSN 1062-3388 (Print) 1062-3388.
- 57 CLANCY, D. E. et al. Evaluating group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. **Diabetes Educ**, v. 29, n. 2, p. 292-302, Mar-Apr 2003. ISSN 0145-7217 (Print) 0145-7217.
- 58 ROWAN, M. S. et al. Upholding the principles of primary care in preceptors' practices. **Fam Med**, v. 34, n. 10, p. 744-9, Nov-Dec 2002. ISSN 0742-3225 (Print) 0742-3225.
- 59 RUSSELL, G. et al. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. **Fam Pract**, v. 27, n. 5, p. 535-41, Oct 2010. ISSN 0263-2136.
- 60 STEVENS, G. D.; SHI, L. Racial and ethnic disparities in the quality of primary care for children. **J Fam Pract**, v. 51, n. 6, p. 573, Jun 2002. ISSN 0094-3509 (Print) 0094-3509.
- 61 TOURIGNY, A. et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. **Can Fam Physician**, v. 56, n. 7, p. e273-82, Jul 2010. ISSN 0008-350x.
- 62 WONG, S. Y. et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**, v. 10, p. 397, 2010. ISSN 1471-2458.
- 63 HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006/08PY - 2006 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 64 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO, B. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. Primary care assessment tool PCATool-Brasil. **A. Normas e Manuais Técnicos**, p. 80-80, 2010/00PY - 2010 Disponível em: < [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_atencao\\_primaria.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_atencao_primaria.pdf) >.
- 65 IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 683-703, 2006. ISSN 1413-8123. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300016&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&nrm=iso) >.

- 66 VIANA, A. L. D. Á.; IBANEZ, N. **Avaliação do Desempenho da Atenção Básica em Municípios com mais de 100 mil Habitantes no Estado de São Paulo: pesquisa com usuários e profissionais de saúde.** Cadernos de Atenção Básica - Estudos Avaliativos 3. São Paulo: Cedec/Consórcio Medicina USP: 55-88 p. 2006.
- 67 HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Serv Res**, v. 6, p. 156, 2006. ISSN 1472-6963.
- 68 VAN STRALEN, C. J. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s148-s158, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&nrm=iso) >.
- 69 CARLA SILVANA DE OLIVEIRA E, S. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. The comprehensive nature of primary health care: evaluation from the user standpoint. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 4407-4415, 2014-11 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104407\(=pt\)](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104407(=pt)) >.
- 70 SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **2011**, v. 20, n. 4, 2011-01-01 2011. ISSN 1984-0470. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29730> >.
- 71 ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Primary Health Care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006/09PY - 2006 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 72 MOTTA, M. C. et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 13, n. 9, p. 1137-41, Sep 2009. ISSN 1027-3719.
- 73 FIGUEIREDO, T. M. R. M. D. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. Desempeño de la atención básica en el control de la tuberculosis. Performance of primary healthcare services in tuberculosis control. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 5, p. 825-831, 2009/10PY - 2009 Disponível em: < [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&) >.Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 74 NOGUEIRA, J. D. A. et al. Enfoque familiar e orientação para a comunidade no controle da tuberculose. Family focus and community orientation in

tuberculosis control. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 2, p. 207-216, 2011/06PY - 2011 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.

- 75 ARAUJO, J. P. et al. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta paul. enferm**, v. 27, n. 5, p. 440-446, 2014/10PY - 2014 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 76 LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. D. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011/09PY - 2011 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 77 REICHERT, A. P. D. S. et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. Family and community orientation in children's primary healthcare. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 1, p. 119-127, 2016/01PY - 2016 Disponível em: < [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 78 VAZ, E. M. et al. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. **Rev Gaucha Enferm**, v. 36, n. 4, p. 49-54, Dec 2015. ISSN 0102-6933 (Print) 0102-6933.
- 79 FURTADO, M. C. et al. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 554-61, Mar-Apr 2013. ISSN 0104-1169.
- 80 ARAÚJO, R. D. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. D. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Perception of users and health professionals in the Federal District: the attributes of primary care. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 387-399, 2015/06PY - 2015 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 81 SILVA, S. A. D.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. Evaluación de la asistencia al niño en la Estrategia de Salud de la Familia. Evaluating child care in the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 54-61, 2016/02PY - 2016 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 82 VANESSA BERTOGLIO COMASSETTO ANTUNES DE, O.; MARIA DE LA Ó RAMALLO, V. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. Asistencia a la salud del niño según sus familias: comparación entre modelos de Atención Primaria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 30-36, 2015-02 2015. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100030\(=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100030(=pt) >.

- 83 MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. Primary Care and maternal and child health: perceptions of caregivers in a rural 'quilombola' community. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 365-371, 2014/02PY - 2014 Disponível em: < [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&) >.
- 84 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS**. 2011.
- 85 MARMOT, M. **Fair society, healthy lives. The Marmot review. Executive summary**. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. 2010.
- 86 MARMOT, M.; BELL, R. Fair society, healthy lives. **Public Health**, v. 126 Suppl 1, p. S4-10, Sep 2012. ISSN 0033-3506.
- 87 MARMOT, M. **Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region**. European Social Determinants and Health Divide Review.: World Health Organization Regional office for Europe 2010.
- 88 \_\_\_\_\_. **Status Syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy**. Bloomsbury 2004.
- 89 **United Nations' Millenium Development Goals**.: United Nations.
- 90 **United Nations' Convention on the Rights of the Child. Article 24**.: United Nations.
- 91 BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- 92 \_\_\_\_\_. **Lei No. 8.069, de 13 julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências**. JURÍDICOS., P. D. R. C. C. S. P. A.
- 93 \_\_\_\_\_. **IBGE. Census 2010**. 2010.
- 94 \_\_\_\_\_. **Ministério de Saúde. Departamento de Informatica do SUS**. [www2.datasus.gov.br](http://www2.datasus.gov.br).
- 95 \_\_\_\_\_. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Disponível em: < [www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br) >. Acesso em: 09/04.

- 96 **BRASIL, J. Plano Municipal de Saúde, 2014 - 2017.**
- 97 **BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.**  
Disponível em: < [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br) >. Acesso em: 09/04.
- 98 **BRASIL, M. D. S. Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. 2009.**
- 99 **BRASIL. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).**
- 100 **World Health Organization. [www.who.int](http://www.who.int).**
- 101 **BRASIL. Tribunal de Contas. Acórdão 693/2014-Plenário.**
- 102 **FRANCO, T. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Públ. 1999; 15(2):345-353.**
- 103 **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**
- 104 **MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I.; COTTA, R. M. [Progress and challenges facing user acceptance in the implementation and qualification of the Unified Health System in Primary Healthcare: a review of the bibliographical output in Brazil]. Cien Saude Colet, v. 17, n. 8, p. 2071-85, Aug 2012. ISSN 1413-8123.**
- 105 **DE OLIVEIRA, C. et al. O papel de acolhimento na Atenção Primária à Saúde: o papel na graduação em medicina. Boletim do Instituto de Saúde. Volume 15- no 2 - Dezembro 2014. p43-56. ISSN 1518-1812.**
- 106 **BRASIL. Joanópolis. Concurso público. Edital N0 03-2011 (retificado).**
- 107 **BRASIL. Estado de São Paulo. Decreto nº 54.377, de 26 de maio de 2009. Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, o Ambulatório Médico de Especialidades Atibaia - AME Atibaia e dá providências correlatas.**
- 108 **BATES. Propedêutica médica.**
- 109 **MENDONÇA, M. H. M. D.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. D. Á. Atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s4-s5, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: <**

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300001&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300001&nrm=iso) >.
- 110 VIANA, A. L. D. Á. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s79-s90, 2008. ISSN 0102-311X. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300013&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300013&nrm=iso) >.
- 111 OECD. **Practising physicians (doctors) 2014/1**. Disponível em: <  
<http://dx.doi.org/10.1787/doctors-table-2014-1-en> >.
- 112 BELGIË. **PlanCAD Artsen 2004-2012, Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, Directoraat-generaal Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, mei 2015**
- 113 <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso em: 27th of April.
- 114 ICHO. Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHOfzw). **Eindtermen huisartsgeneeskunde. Versie dd. 06/10/2006**. <http://www.icho-info.be/brochures/>.
- 115 WIERSM, T. et al. **NHG-Standaarden voor de huisarts 2013**.
- 116 BRASIL. **Projeto Diretrizes**. <http://www.projetodiretrizes.org.br/amb.php>. Consultado em 27 de abril 2016.
- 117 CECILIO, L. C. D. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2893-2902, 2012. ISSN 1413-8123. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100006&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&nrm=iso) >.
- 118 DOS SANTOS, N. R. [The evolution of the Brazilian National Health System, strategic courses of action and strategies to understand these actions]. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 2, p. 429-35, Mar-Apr 2007. ISSN 1413-8123.
- 119 BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). ISBN 978-85-334-1970-4.**

## ANEXOS

---

### 1. APROVAÇÃO DO CEP UNIFESP

---

O parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP pode ser consultado no site <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>.

Título do Projeto de Pesquisa: Atenção Primária à Saúde das Crianças no Município de Joanópolis, São Paulo, Brasil.

Número do CAAE: 02244812.0.0000.5505

Número do Parecer: 534652

Quem Assinou o Parecer: José Osmar Medina Pestana

Pesquisador Responsável: Liz Ponnet

Data Início do Cronograma: 01/06/2015

Data Fim do Cronograma: 28/02/2016

Contato Público: Liz Ponnet

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Atenção Primária à Saúde das Crianças no Município de Joanópolis, São Paulo, Brasil.

**Pesquisador Responsável:** Liz Ponnet

Área Temática:	Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;
----------------	---

**Versão:** 6

**CAAE:** 02244812.0.0000.5505

**Submetido em:** 31/07/2013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo

**Situação da Versão do Projeto:** Aprovado

**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal:	Financiamento Próprio
-------------------------	-----------------------

A versão em papel (com assinatura) pode ser lida nas seguintes duas paginas.





## 2. APROVAÇÃO DO CEP DA UNIVERSIDADE DE GHENT

---

O parecer do Comitê de Ética da Universidade de Gent, Bélgica está nas 2 seguintes paginas. O parecer pode ser consultado sob número de registro belga B670201420498.





### 3. OS TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

#### 1. TCLE DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS

---

##### **Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

Nº do Instrumento: \_\_\_\_\_

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo: “Avaliação do acesso à Atenção Primária à Saúde das Crianças no Município de Joanópolis, São Paulo, Brasil”. Esta pesquisa pretende identificar e analisar os fatores que influenciam o acesso de Atenção Primária à Saúde das crianças de Joanópolis.

Sua participação é voluntária para responder um questionário com duração estimada em 30 (trinta) minutos. O local da entrevista será no posto de saúde do seu bairro, no dia e horário que o(a) Sr(a) achar mais oportuno. Um par de pesquisadores, devidamente identificados e treinados para esta finalidade, conduzirá a entrevista.

As perguntas serão sobre o(a) seu(sua) filho(a), e tratam-se sobre nove (9) aspectos da Atenção Primária à Saúde, sendo o grau de afiliação do seu filho com o sistema de saúde, a primeira consulta, o acesso, o seguimento de um possível problema de saúde do(a) seu(sua) filho(a), o integração dos cuidados para o(a) seu filho(a), os sistemas de informação sobre a saúde do(a) seu(sua) filho(a), os serviços de saúde disponíveis (por exemplo as vacinas), os serviços de saúde prestados, a orientação familiar e a orientação comunitária.

Não está previsto benefício direto ou imediato aos participantes. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo de sua participação. Os dados coletados serão guardados no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador principal é o Professor Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo, sito à Rua Borges Lagoa, 1341, 2º andar, tel.: (11) 5576-4848 voip 1879, e-mail demarzo@unifesp.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, localizado na Rua Botucatu, 572 - 1º andar conj 14: tel 55 (11) 5571-1062 / 55 (11) 5539-7162 - Horário de atendimento: das 9:00 as 13:00hs - e:mail cepunifesp@unifesp.br.

Poderá haver riscos mínimos para sua saúde, em decorrência de sua participação na pesquisa, como se sentir emocional ou fisicamente desconfortável na extensão das respostas aos questionários ou sob constrangimento diante de alguma questão ou mais, em particular. Na ressalva que para participar deste estudo é necessário o preenchimento completo de todo o questionário proposto, é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

É seu direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também, não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o participante da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação do acesso à Atenção Primária à Saúde das Crianças no Município de Joanópolis, São Paulo, Brasil”.

#### Consentimento pós-informação

Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do(a) participante

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

\_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

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

\_\_\_\_\_

---

## 2. TCLE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

---

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Nº do Instrumento: \_\_\_\_\_

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo: “**Avaliação do acesso à Atenção Primária à Saúde das Crianças no Município de Joanópolis, São Paulo, Brasil**”. Esta pesquisa pretende identificar e analisar os fatores que influenciam o acesso de Atenção Primária à Saúde das crianças de Joanópolis.

Sua participação é voluntária para responder um questionário com duração estimada em 30 (trinta) minutos. O local da entrevista será o seu próprio local de trabalho, no dia e horário que o(a) Sr(a) achar mais oportuno. A própria pesquisadora ou um par de pesquisadores, devidamente identificados e treinados para esta finalidade, conduzirão a entrevista.

As perguntas tratam-se sobre oito (8) aspectos da Atenção Primária à Saúde, sendo a acessibilidade, o seguimento de um possível problema de saúde, o integração dos cuidados, os sistemas de informação, os serviços de saúde disponíveis, os serviços de saúde prestados, a orientação familiar e a orientação comunitária.

Não está previsto benefício direto ou imediato aos participantes. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo de sua participação. Os dados coletados serão guardados no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o Professor Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo, sito à Rua Borges Lagoa, 1341, 2º andar, tel.: 11-70252648, e-mail demarzo@unifesp.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, localizado na Rua Botucatu, 572 - 1º andar conj 14: tel 55 (11) 5571-1062 / 55

(11) 5539-7162 - Horário de atendimento: das 9:00 as 13:00hs - e:mail cepunifesp@unifesp.br.

Poderá haver riscos mínimos para sua saúde, em decorrência de sua participação na pesquisa, como se sentir emocional ou fisicamente desconfortável na extensão das respostas aos questionários ou sob constrangimento diante de alguma questão ou mais, em particular. Na ressalva que para participar deste estudo é necessário o preenchimento completo de todo o questionário proposto, é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo. Fica garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

É seu direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também, não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o participante da pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Avaliação do acesso à Atenção Primária à Saúde das Crianças no Município de Joanópolis, São Paulo, Brasil”**.

#### Consentimento pós-informação

Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_

Data     /     /    

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_

Data     /     /

## 4. PROTOCOLO DE OBTENÇÃO DE DADOS

Segue a autorização da Secretária Municipal de Saúde.

ATN SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Joanópolis, 05/08/2013

Ilma. Sra. Grazielle Cristina dos Santos Bertolini,

Por meio deste venho solicitar a sua autorização para realizar o estudo "Avaliação do acesso à Atenção Primária à Saúde das Crianças do Município de Joanópolis, Estado de São Paulo, Brasil.", uma pesquisa sendo realizada pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. Prof. Marcelo Marcos Fiva Demarzo é o Pesquisador Principal, e eu, Dra. Liz Ponnet, sou a Pesquisadora Responsável. Ressalte-se que o estudo teve a aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

Como é do conhecimento da Ilma. Senhora, o estudo é composto de três partes:

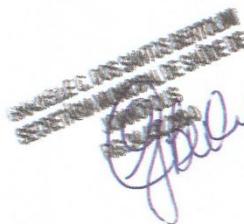
- 1) Aplicação do PCATool-Brasil dos profissionais e gestores municipais de saúde
- 2) Aplicação do PCATool-Brasil dos responsáveis legais dos menores de 12 anos
- 3) Um estudo qualitativo com profissionais e gestores de saúde, assim como representantes da comunidade

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Aproveito a oportunidade para manifestar protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Dra. Liz Ponnet



Em 06/08/13,  
Recebo  
De acordo a  
Realização de  
Estudo.

## 5. COMUNICAÇÃO ORAL: QUAIS SERVIÇOS DE SAÚDE OS PAIS UTILIZAM PARA SEUS FILHOS MENORES DE DOZE ANOS NA CIDADE DE JOANÓPOLIS?

---

### V CONGRESSO PAULISTA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

13 a 16 de novembro de 2014

Ribeirão Preto - SP

#### COMUNICAÇÕES ORAIS

##### CO.34

#### **Avaliação do grau de afiliação e do acesso de primeiro contato numa cidade do interior de São Paulo.**

Ponnet L2,1, Willems S1, Bertolini GS3, Samoto AK4, Demarzo MMP2

1Ghent University (Bélgica) - Departamento de Medicina de Família e Atenção Primária à Saúde,

2Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Saúde Coletiva,

3Secretaria Municipal de Saúde - SMS - Joanópolis - SP,

4Região de Saúde Bragança - DRS VII Campinas

#### **Introdução**

Joanópolis é uma das 11 cidades que compõem a Região de Saúde Bragança. A população de 12.422 habitantes concentra-se de forma proporcional entre a zona urbana e a zona rural. No centro há uma UBS (com clínico geral, pediatra, ginecologista e outros especialistas como psiquiatra) e um Pronto Socorro oferecendo retaguarda 24 horas. Na zona rural são ofertadas ações itinerantes de saúde. A Estratégia de Saúde da Família não está implantada. A população usuária exclusiva do SUS é 82,2%.

#### **Objetivo**

O objetivo deste estudo é descrever e avaliar o grau de afiliação e o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde das crianças menores de doze anos de Joanópolis.

#### **Métodos**

Cada responsável legal apresentando-se na UBS com um menor foi convidado a participar do estudo. Após assinatura do TCLE, o PCATool-Brasil versão criança e um pequeno questionário foram aplicados em 334 responsáveis legais no período de 30/10/2013 até 22/01/2014. O PCATool é um instrumento de avaliação de 10 componentes da Atenção Primária à Saúde (APS), entre outros, o grau de afiliação e o acesso (utilização e acessibilidade) de primeiro contato.

#### **Resultados**

O escore de grau de afiliação do serviço de APS é 7,8/10. O escore de acesso de primeiro contato – utilização é 9/10 e de acesso de primeiro contato - acessibilidade 3,9/10. As respostas à pergunta “Em sua opinião, qual serviço de saúde o centro de

saúde deveria oferecer?” foram quase unânimes no sentido de mais pediatras e mais horas trabalhadas (também à noite e no fim de semana).

### **Conclusões e reflexões**

Embora haja uma boa utilização dos serviços de saúde em Joanópolis e a confirmação dos pais da existência de um serviço e/ou profissional de saúde que conhece melhor seu filho, a acessibilidade aos serviços é avaliada como péssima. Os pais não conseguem uma consulta no mesmo dia, relatam esperar muito tempo para uma consulta e não conseguem aconselhamento por telefone. O resultado do estudo parece contraditório uma vez que há disponibilidade de pediatra 39 horas semanais distribuídos em 4 dias da semana, além de 152 horas de clínicos na UBS. Talvez uma das explicações esteja ligada à cultura do atendimento por especialista em um modelo imediatista, à semelhança do encontrado no estudo realizado pelo Tribunal de Contas da União, que revelou que 80% dos pacientes atendidos nos PS de hospitais gerais de São Paulo são classificados segundo o risco como casos não urgentes que deveriam ser tratados nas UBSs.

6. ARTIGO: QUALITY OF CHILD HEALTH CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY; JOURNAL OF HUMAN GROWTH AND DEVELOPMENT 2013; 23(2): 151-156.

---

A doutorando é co-autora do seguinte artigo publicado.

Sales MLH, et al. Quality of child health care in the Family Health Strategy; Journal of Human Growth and Development 2013; 23(2): 151-156

Manuscript submitted June 01 2012, accepted for publication Dec 19 2012.













7. ARTIGO: ACOLHIMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
PAPEL NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA; BIS V15 – Nº 2 –  
DEZEMBRO 2014.

---

A doutoranda é co-autora do seguinte artigo publicado.





























## 8. NOTA TÉCNICA. INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE.

---

Novos Caminhos. Numero 10. Proposta de avaliação de desempenho das regiões de saúde. Nota técnica. Indicador sintético regional: avaliação do desempenho do sistema de saúde. 30 paginas. [www.resbr.net.br](http://www.resbr.net.br)

Autores: Liza Yurie Teruya Uchimura, Edgard Rodrigues Fusaro, Maria Paula Ferreira, Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, Carlos Eduardo Menezes de Rezende, Paulo Henrique dos Santos Mota, Guilherme Arantes Mello, Marcelo Marcos Piva Demarzo, Liz Ponnet e Ana Luiza d'Ávila Viana.

\* Os autores integram o grupo de pesquisadores do projeto Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes).

[https://www.researchgate.net/publication/303486133\\_Indicador\\_sintetico\\_regional\\_avaliao\\_do\\_desempenho\\_do\\_sistema\\_de\\_saude?showFulltext=1&linkId=5744e0d608aea45ee8538215](https://www.researchgate.net/publication/303486133_Indicador_sintetico_regional_avaliao_do_desempenho_do_sistema_de_saude?showFulltext=1&linkId=5744e0d608aea45ee8538215)

**9. PESQUISA: EQUIDADE NO ACESSO DE CRIANÇAS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REGIÃO BRAGANTINA (CIR BRAGANÇA) NO ESTADO DE SÃO PAULO (BRASIL).**

A doutoranda escreveu este projeto de pesquisa, sob orientação dos professores Marcelo M P Demarzo e Sara Willems. A doutoranda é co-pesquisadora neste estudo. O projeto está sendo realizado com financiamento da CAPES durante o período 2014 - 2017.

**PROGRAMA CIÊNCIA SEM FRONTEIRAS – BOLSAS NO PAÍS**

**MODALIDADE PESQUISADOR VISITANTE ESPECIAL – PVE**

**CHAMADA DE PROJETOS MEC/MCTI/CAPES/CNPq/FAPs**

**Nº 09/2014**

**LINHA 1**

**PROJETO DE PESQUISA**

**PROPONENTE:** Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

**COORDENADORA:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8795620569662647>

**PROFESSOR VISITANTE ESPECIAL:** Prof<sup>a</sup>. Sara Willems

Professor Tenure Track “Equity in Health”, Department of General Practice and Primary Health Care, Faculty of Medicine and Health Sciences, Ghent University, Belgium.

Currículo CsF (anexo)

Principais publicações: <https://biblio.ugent.be/person/801001384026>

Contato: [sara.willems@ugent.be](mailto:sara.willems@ugent.be)

**PESQUISADOR ANFITRIÃO / COORDENADOR TÉCNICO:**

Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP. Orientador Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP.

CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9242996936416312>

Contato: [demarzo@unifesp.br](mailto:demarzo@unifesp.br)

**TÍTULO DO PROJETO** – Equidade no acesso de Crianças à Atenção Primária à Saúde na região bragantina (CIR Bragança) no Estado de São Paulo (Brasil).